Maria Francisca Costa Augusto

RELATÓRIO DE ESTÁGIO INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE MENTAL PERINATAL

2026

PIAGET
ENSINO SUPERIOR

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VILA NOVA DE GAIA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Maria Francisca Costa Augusto

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Intervenções de Enfermagem Especializada em Saúde Mental Perinatal

Vila Nova de Gaia, 2026

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET VILA NOVA DE GAIA

INSTITUTO POLITÉCNICO JEAN PIAGET DO NORTE

Intervenções de Enfermagem Especializada em Saúde Mental Perinatal

Maria Francisca Costa Augusto

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação da Professora Doutora Mafalda Silva

Vila Nova de Gaia, 22 de maio 2026

“Act as if what you do makes a difference. It does.”

— **William James**

AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente relatório de estágio representa o culminar de um percurso formativo exigente, desafiante e profundamente transformador, que não teria sido possível sem o contributo de diversas pessoas e instituições.

Em primeiro lugar, expresso o meu profundo agradecimento à Professora Doutora Mafalda Silva, orientadora deste trabalho, pela disponibilidade constante, pelo rigor científico, pela orientação clara e pelo acompanhamento próximo ao longo de todo o processo de construção do relatório. A sua postura orientadora, sempre focada na procura de soluções e na superação construtiva dos desafios, foi determinante para a concretização deste percurso com segurança, qualidade e confiança.

Dirijo igualmente uma palavra de reconhecimento a todos aos docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelo contributo científico e humano ao longo destes dois anos. Destaco, de forma particular, a Professora Neide Feijó, pela presença contínua ao longo do mestrado, pelo acompanhamento em diferentes contextos de estágio e pelo estímulo constante à reflexão crítica, sobretudo no domínio da comunicação terapêutica. A sua influência marcou profundamente a forma como hoje compreendo e exerço a relação com a pessoa cuidada.

Agradeço também aos enfermeiros orientadores de estágio, nos diferentes contextos clínicos, pela partilha generosa de conhecimento especializado, pela confiança depositada e pelas oportunidades de aprendizagem proporcionadas. Cada um, na sua área de intervenção, contribuiu de forma decisiva para a consolidação da minha identidade enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

Aos meus colegas e amigos de curso, deixo uma palavra sincera de gratidão pelo espírito de entreajuda, companheirismo e apoio mútuo que marcaram este percurso. A partilha constante, o incentivo nas fases mais

exigentes e a celebração das conquistas tornaram esta caminhada mais leve e significativa.

No plano pessoal, agradeço profundamente à minha família e às minhas melhores amigas Rita e Ana, pelo suporte incondicional ao longo deste processo, pela escuta atenta e pela motivação constante. Em especial ao meu marido, pela confiança inabalável nas minhas capacidades, pelo incentivo constante para superar dúvidas e limitações e pela paciência demonstrada nas longas horas dedicadas ao estudo e à escrita. A sua presença foi, e é, um pilar essencial na minha vida.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, o meu sincero agradecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

%– Percentagem

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ARS Norte – Administração Regional de Saúde do Norte

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CCF – Cuidado Centrado na Família

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI – Centros de Respostas Integradas

CTPP – Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS- Direção Geral de Saúde

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

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECEM-TZ – Essential Coaching for Every Mother – Tanzania

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

ECSM- Equipas Comunitárias de Saúde Mental

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EMT – Estimulação Magnética Transcraniana

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale

ESSJP – Escola Superior de Saúde Jean Piaget

ESSJPVNG- Escola Superior de Saúde Jean Piaget Vila Nova de Gaia

GAM – Grupo de Ajuda Mútua

HAVEN – Hear, Ask, Validate, Encourage, Normalise

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

IPJPN – Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte

ISBAR – Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation

MeSH – Medical Subject Headings

MI – Monitorização Infantil

MMSE – Mini-Mental State Examination

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCC – População, Conceito e Contexto

PDCA – Plan – Do – Check – Act

PNP – Pré-Natal Psicológico

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSSR – Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva

PPP – Preparação para o Parto

RAMa – Residência de Apoio Máximo

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RPP – Revisão do Puerpério

RSI – Rendimento Social de Inserção

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TOC – Perturbação/Transtorno Obsessivo-Compulsiva

UAP – Unidade de Alcoologia do Porto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UDN – Unidade de Desabituação do Norte

RESUMO

A saúde mental assume um papel central na promoção do bem-estar ao longo do ciclo vital, exigindo respostas de cuidados diferenciadas, integradas e centradas na pessoa. No contexto da saúde mental perinatal, período reconhecido pela sua particular vulnerabilidade emocional e psicossocial, persistem lacunas relevantes na organização de respostas especializadas, nomeadamente no âmbito da intervenção de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume um papel fundamental na promoção da saúde mental das mulheres, dos recém-nascidos e das famílias, através da conceção, implementação e avaliação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. Estas intervenções visam favorecer a adaptação aos processos de transição associados à gravidez, puerpério e à parentalidade, promovendo o bem-estar psicológico, regulação emocional, a literacia em saúde mental e o fortalecimento dos recursos pessoais e familiares.

Com o intuito de aprofundar esta problemática, foi desenvolvida uma *scoping review*, com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, identificando as suas características, objetivos, modalidades de implementação, instrumentos de avaliação e resultados reportados. A metodologia adotada seguiu as recomendações do *Joanna Briggs Institute*, com recurso à estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), à definição prévia de critérios de inclusão e exclusão, à pesquisa sistematizada da literatura, à seleção dos estudos e à síntese narrativa dos dados. Os resultados evidenciam o contributo positivo das intervenções de enfermagem na promoção da saúde mental perinatal, embora revelem lacunas na estruturação e implementação de respostas especializadas, particularmente no contexto português.

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional tem como objetivo descrever e analisar criticamente o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, integrando os diferentes contextos de prática clínica, designadamente internamento de agudos, cuidados de saúde mental na comunidade e cuidados diferenciados em contexto de desabituação. Ao longo dos ensinos clínicos, a implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, em contexto individual e grupal, permitiu compreender a intervenção do enfermeiro especialista, destacando-se a promoção da regulação emocional, do bem-estar psicológico, da adesão terapêutica e da reabilitação psicossocial como dimensões transversais à prática clínica especializada.

No decurso da prática clínica em contexto comunitário, emergiu um interesse particular pela área da saúde mental perinatal, o qual fundamentou o desenvolvimento da componente de investigação integrada neste relatório. A articulação entre a prática clínica e a investigação permitiu consolidar competências comuns e especificas do enfermeiro especialista, reforçando a pertinência da criação de consultas de enfermagem em saúde mental perinatal, sustentadas na evidência científica e orientadas para as necessidades das mulheres, famílias e comunidades.

Conclui-se que este percurso contribuiu para o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como para uma reflexão crítica sobre a necessidade de modelos de intervenção estruturados, diferenciados e especializados em saúde mental perinatal.

Palavras-Chave: Gestantes; Período pós-parto, Promoção da saúde; Saúde mental perinatal; Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, Cuidados de enfermagem; Gravidez.

ABSTRACT

Mental health plays a central role in promoting well-being throughout the life course, requiring differentiated, integrated, and person-centred care responses. In the context of perinatal mental health, a period recognised for its particular emotional and psychosocial vulnerability, significant gaps remain in the organisation of specialised services, especially in the field of mental health and psychiatric nursing interventions.

In this context, the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing assumes a fundamental role in promoting the mental health of women, newborns, and families, through the design, implementation, and evaluation of psychotherapeutic, psychosocial, and psychoeducational interventions. These interventions aim to foster adaptation to the transitional processes associated with pregnancy, the postpartum period, and parenthood, promoting psychological well-being, emotional regulation, mental health literacy, and the strengthening of personal and family resources.

In order to deepen this issue, a s*coping* review was carried out with the aim of mapping the available scientific evidence on nursing interventions in perinatal mental health, identifying their characteristics, objectives, modalities of implementation, assessment instruments, and reported outcomes. The methodology followed the recommendations of the Joanna Briggs Institute, using the PCC (Population, Concept, and Context) strategy, the prior definition of inclusion and exclusion criteria, a systematic literature search, study selection, and narrative data synthesis. The results highlight the positive contribution of nursing interventions to the promotion of perinatal mental health, although they also reveal gaps in the structuring and implementation of specialised responses, particularly in the Portuguese context.

This Professional Report aims to describe and critically analyse the training path developed within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, integrating the different clinical practice contexts, namely acute inpatient care, mental health community care, and

specialised care in addiction settings. Throughout the clinical placements, the implementation of psychotherapeutic, psychosocial, and psychoeducational interventions, in individual and group settings, enabled an in-depth understanding of the expert nurse's intervention, with particular emphasis on the promotion of emotional regulation, psychological well-being, treatment adherence, and psychosocial rehabilitation as transversal dimensions to specialised clinical practice.

During clinical practice in the community setting, a particular interest in perinatal mental health emerged, which underpinned the development of the research component integrated into this report. The integration between clinical practice and research enabled the consolidation of both common and specific competencies of the specialist nurse, reinforcing the relevance of establishing nursing clinics in perinatal mental health, grounded in scientific evidence and oriented towards the needs of women, families, and communities.

It is concluded that this training path contributes to the development of advanced competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing, as well as to critical reflection on the need for structured, differentiated, and specialised intervention models in perinatal mental health.

Keywords: Pregnant women; Postpartum period; Health promotion; Perinatal mental health; Mental health and psychiatric nursing; Nursing care; Pregnancy.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Indicadores de Processo 124
Tabela 2. Indicadores de Resultado 124
Tabela 3. Indicadores de Impacto 125
Tabela 4. Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados consultadas. 220
Tabela 5. Características dos estudos incluídos na *scoping review* 226
Tabela 6. Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal 229

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes centrais da Teoria das Transições de Afaf Meleis (adaptado de Meleis et al., 2000). 45
Figura 2. Fluxograma do processo de seleção dos estudos 225

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS V

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS VII

RESUMO XI

ABSTRACT XIII

ÍNDICE DE TABELAS XV

ÍNDICE DE FIGURAS XVII

INTRODUÇÃO 23

PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 31

1. Caracterização dos contextos de estágio 49

1.1. Internamento de Agudos 49

1.2. Cuidados de Saúde na Comunidade 70

1.3. Cuidados Diferenciados 99

2. Competências comuns do enfermeiro especialista 129

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica 167

4. Considerações finais 195

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO 201

1. Resumo 203

2. Abstract 205

3. Enquadramento teórico 207

4. Finalidade e objetivos 215

5. Metodologia 217

5.1. Critérios de Elegibilidade 217

5.2. Desenho do estudo 218

5.3. Considerações éticas 224

6. Resultados 225

7. Discussão 235

8. Conclusão 239

CONSIDERAÇÕES FINAIS 241

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 245

ANEXOS 303

ANEXO I: Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS – P) 305

ANEXO II: Planos de sessão Intervenção Psicoterapêutica: “O Círculo das Emoções” 307

ANEXO III: Cronograma da Intervenção Psicoterapêutica: “O Círculo das Emoções” 313

ANEXO IV: Quadro das Emoções- Recurso Terapêutico de Continuidade 315

ANEXO V: Descrição Detalhada da Intervenção “O Círculo das Emoções” 317

ANEXO VI: Quadro dos Resultados da Intervenção Psicoterapêutica: “O Círculo das Emoções” 325

ANEXO VII: Avaliação da Sessão da Intervenção Psicoterapêutica: “O Círculo das Emoções” 327

ANEXO VIII: Cronograma do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto 329

ANEXO IX: Planos de Sessão do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto 331

ANEXO X: Descrição Detalhada da Intervenção “Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto” 339

ANEXO XI: Diário do Autocuidado 357

ANEXO XII: Questionário de Avaliação da Sessão do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto 363

ANEXO XIII: Escala de *Empowerment* da Grávida 365

ANEXO XIV: Escala de Crenças Disfuncionais Face à Maternidade 369

ANEXO XV: Apresentação PowerPoint das Sessões do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto 371

ANEXO XVI: Apresentação dos Resultados das Sessões do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto 385

ANEXO XVII: Cronograma do Projeto de Melhoria Contínua “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional” 387

ANEXO XVIII: Descrição Detalhada das Atividades Propostas no Planeamento das Sessões “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional” 389

ANEXO XIX: Planos de Sessão Projeto de Melhoria Contínua “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional” 399

ANEXO XX: Apresentação PowerPoint do Projeto de Melhoria Contínua “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional” 403

ANEXO XXI: Planos de Sessão das Intervenções Breves na UDN 409

ANEXO XXII: Apresentação PowerPoint do “O Círculo das Emoções”, no XVI Congresso Internacional da ASPESM 425

ANEXO XXIII: Comprovativo de Presença no XVI Congresso Internacional da ASPESM.....429

ANEXO XXIV: Comprovativo de Presença no II Encontro de Redução de Riscos e Minimização de Danos do CRI de Braga 431

ANEXO XXV: Comprovativo de Presença nas I Jornadas da CPCJ de Lousada .433

ANEXO XXVI: Construir Vínculos, Criar Pontes: Práticas Colaborativas em Saúde Mental 435

ANEXO XXVII: Comprovativo de Presença nas 2.ªs Jornadas em Enfermagem de Saúde Mental na ULSTS 439

ANEXO XXVIII: Comprovativo de Participação na NursID Spring School 2025....443

ANEXO XXIX: Apresentação PowerPoint da Proposta Inovadora do Projeto Podcast.Educa.....447

ANEXO XXX: Ias Jornadas do Dia Mundial da Saúde Mental Materna 451

ANEXO XXXI: II Jornadas do Dia Mundial da Saúde Mental Materna 453

ANEXO XXXII: 2.º Congresso Nacional do Luto Perinatal 457

ANEXO XXXIII: Poster ISNR Intervenção Breve de Regulação Emocional em Unidade de Desabituação: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade.....459

ANEXO XXXIV: Comunicação Oral ISNR Impacto de uma intervenção psicoeducacional conduzida por enfermeiro especialista na saúde mental perinatal 461

ANEXO XXXV: Comunicação Oral ISNR Consultas de enfermagem em saúde mental perinatal: s*coping* review 465

ANEXO XXXVI: Consultas de Enfermagem em Saúde Mental Perinatal: Protocolo *Scoping Review* 469

ANEXO XXXVII: Intervenções de Enfermagem em Saúde Mental Perinatal: Scoping Review.....477

ANEXO XXXVIII: Ambientes de Prática Clínica Positivos: Comunicação, Gestão de *Stress* e Prevenção da Violência.....493

ANEXO XXXIX: Comprovativo Sessão Ambientes de Prática Clínica Positivos ...495

ANEXO XL: Plano de Sessão Ambientes de Prática Clínica Positivos 497

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional enquadra-se no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, nos anos letivos de 2024/2025 e 2025/2026.

Este relatório constitui parte integrante do processo conducente à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assume-se como um trabalho científico de natureza descritiva, analítica e critico reflexiva, sustentado na mobilização de conhecimentos teóricos, na prática clínica supervisionada e na evidência científica. Tem como finalidade explicitar o percurso formativo desenvolvido, analisar criticamente as aprendizagens adquiridas e evidenciar o desenvolvimento das competências comuns e especificas necessárias ao exercício profissional especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, de acordo com o enquadramento legal e regulamentar aplicável, nomeadamente o Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, o Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril, e o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. O presente trabalho será objeto de discussão em provas públicas, perante um júri, nos termos do Regulamento Geral dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre.

O percurso formativo decorreu entre novembro de 2024 e maio de 2026, perfazendo um total de 18 meses dos quais cinco meses corresponderam a ensino clínico. Os estágios realizaram-se em três contextos distintos: internamento de agudos, cuidados de saúde mental na comunidade e cuidados diferenciados em contexto de desabituação. Esta diversidade de contextos permitiu uma visão mais abrangente da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em diferentes níveis de cuidados, possibilitando a mobilização progressiva de competências técnico-científicas, relacionais, éticas, psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

O primeiro ensino clínico decorreu em contexto de internamento de agudos, numa instituição de saúde mental na região Norte do país, perfazendo um total de 405 horas. Este total incluiu 205 horas de estágio, 10 horas de seminários, 10 horas de orientação tutorial e 180 horas de trabalho autónomo do estudante, centrado na pesquisa bibliográfica, análise criticada prática e consolidação das aprendizagens. Este contexto permitiu contactar com situações clínicas de elevada complexidade, frequentemente marcadas por sofrimento psíquico intenso, descompensação psicopatológica, necessidade de estabilização clínica e intervenção terapêutica especializada.

O segundo ensino clínico realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente à Unidade Local de Saúde de São João, com um total de 205 horas de estágio, no âmbito da prática clínica em contexto comunitário. Este contexto possibilitou o desenvolvimento de competências no domínio da intervenção em saúde mental junto da pessoa, família, grupos e comunidade, com particular enfoque na promoção da saúde mental, prevenção da doença, identificação precoce de situações de vulnerabilidade psicológica e intervenção em processos de transição ao longo do ciclo vital. A proximidade aos contextos de vida das pessoas permitiu uma compreensão mais integrada dos determinantes sociais, familiares e relacionais da saúde mental, favorecendo a implementação de intervenções ajustadas às necessidades reais da população.

O terceiro ensino clínico decorreu em contexto de cuidados diferenciados, numa unidade especializada de desabituação situada na região Norte do país, com uma carga horária de 175 horas de estágio. Este contexto integrou respostas especializadas dirigidas a pessoas com comportamentos aditivos e dependências, permitindo o aprofundamento de competências na avaliação clínica, planeamento, implementação e avaliação de intervenções terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. A complexidade das situações acompanhadas exigiu a mobilização de conhecimentos técnico-científicos avançados, bem como o desenvolvimento de competências ao nível da relação terapêutica, gestão emocional, comunicação, tomada de decisão clínica e trabalho em equipa multidisciplinar.

À semelhança do primeiro ensino clínico, os restantes contextos integraram momentos de orientação tutorial e seminários em contexto académico, bem como trabalho autónomo, centrado na pesquisa bibliográfica análise crítica da evidencia científica e reflexão sobre a prática clínica. Este modelo formativo permitiu não só o desenvolvimento de competências técnicas e científicas, mas também o fortalecimento da capacidade de análise, tomada de decisão, pensamento crítico e intervenção terapêutica em contextos clínicos complexos, em consonância com os objetivos definidos para o ensino clínico em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Num contexto de crescente complexidade dos cuidados de saúde, marcado pela evolução científica, pelas transformações sociais, e pelo aumento das necessidades em saúde mental, a prática de enfermagem exige uma atuação diferenciada, sustentada na melhor evidência disponível e orientada para respostas ajustadas às necessidades da pessoa, família e comunidade (Saeed et al., 2025). Neste enquadramento, a formação contínua assume-se como um elemento estruturante do desenvolvimento profissional, permitindo a atualização de conhecimentos, o aprofundamento de competências e a consolidação de uma prática clínica mais reflexiva, crítica e especializada (Hakvoort et al., 2022).

A frequência do presente Mestrado surge, assim, na continuidade de um percurso profissional de 13 anos enquanto enfermeira, marcado por experiências diversificadas e progressivamente desafiantes. Nos últimos sete anos, o exercício profissional numa unidade de medicina, com particular enfoque na área do Acidente Vascular Cerebral, proporcionou o contacto contínuo com pessoas em situação de elevada vulnerabilidade, frequentemente associada a dependência funcional, alterações cognitivas, sofrimento emocional e impacto significativo nas dinâmicas familiares. Este contexto permitiu desenvolver competências técnicas e relacionais relevantes, mas também evidenciou limitações na resposta às dimensões emocionais e psicológicas da pessoa e da família, despertando a necessidade de aprofundar conhecimentos na área da saúde mental.

A reflexão sobre a prática, aliada ao contacto com situações de sofrimento psíquico frequentemente não valorizadas ou insuficientemente

abordadas, consolidou progressivamente o interesse pela área da saúde mental e psiquiátrica, enquanto dimensão essencial e indissociável do cuidar em enfermagem. Este percurso formativo representa, por isso, não apenas uma evolução académica, mas também um reposicionamento profissional, orientado para uma prática mais integrada, centrada na pessoa, sensível às transições ao longo do ciclo de vida e sustentada numa abordagem terapêutica especializada.

Durante a prática clínica em contexto comunitário, emergiu de forma particular o interesse pela saúde mental perinatal. A transição para a parentalidade constitui um período de elevada vulnerabilidade emocional marcado por alterações hormonais, físicas, psicológicas, familiares e sociais significativas (Howard & Khalifeh, 2020). Embora a gravidez e o pós-parto sejam frequentemente associados à realização pessoal e à idealização da maternidade, este período pode também ser acompanhado por *stress*, ansiedade, tristeza, ambivalência, sentimentos de inadequação e sofrimento emocional, muitas vezes silenciados por expectativas sociais em torno do papel materno (Singla et al., 2021).

Estima-se que uma proporção significativa de mulheres experiencie sintomas de ansiedade, depressão ou outras perturbações emocionais durante o período perinatal (Alderdice, 2020; Harrison, 2024). Estas alterações podem repercutir-se não apenas na saúde materna, mas também no estabelecimento do vínculo mãe-bebé, na dinâmica familiar, no desenvolvimento infantil e na saúde mental futura da criança (Howard & Khalifeh, 2020; Webb et al., 2021). Apesar da relevância clínica e social desta problemática, muitas mulheres continuam a não ser identificadas ou acompanhadas adequadamente, devido à ausência de rastreio sistemático, ao estigma associado à doença mental, à desvalorização do sofrimento emocional e à insuficiência de recursos especializados (Zhu et al., 2024; Dubreucq et al., 2024).

Neste contexto, a promoção da saúde mental perinatal constitui uma área prioritária de intervenção em enfermagem, exigindo respostas diferenciadas, integradas e centradas na mulher, no recém-nascido, na família e no seu contexto relacional e comunitário. O Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) assume particular relevância neste domínio, uma vez que detém competências específicas para intervir na promoção da saúde mental, prevenção da doença, avaliação das respostas humanas aos processos de transição, identificação de necessidades em saúde mental e implementação de intervenções terapêuticas orientadas para a recuperação, adaptação e reabilitação psicossocial.

A intervenção do EEESMP concretiza-se através da mobilização de competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, sustentadas na relação terapêutica, na escuta ativa, na validação emocional, na promoção do *insight*, na capacitação e no fortalecimento dos recursos pessoais e familiares. No âmbito da saúde mental perinatal, estas intervenções podem contribuir para apoiar a mulher na adaptação à gravidez, ao puerpério e à parentalidade, promovendo o bem-estar emocional, a regulação emocional, a literacia em saúde mental, a autonomia e a vinculação precoce (Alves et al., 2023).

Apesar dos avanços verificados, a literatura evidencia barreiras persistentes à implementação e integração de cuidados especializados em saúde mental perinatal nos serviços de saúde, nomeadamente a ausência de protocolos clínicos estruturados, a escassez de formação estruturada, a subvalorização da saúde emocional no período perinatal e a insuficiência de investigação em populações e contextos diversos (Webb et al., 2021; Alves, 2024). Face a esta realidade, o presente relatório integra uma componente de investigação orientada pela seguinte questão: Que intervenções de enfermagem em saúde mental são descritas na literatura dirigidas a mulheres no período perinatal, em diferentes contextos de prestação de cuidados?

A relevância desta questão assenta na necessidade de mapear e sistematizar a evidência disponível sobre intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, de modo a fundamentar o desenvolvimento e a consolidação de respostas especializadas, estruturadas e sustentadas na evidência científica, ajustadas às necessidades das mulheres, famílias e comunidades. Do ponto de vista metodológico, a componente de investigação assume a forma de uma *scoping review*, metodologia adequada para mapear

a evidência existente em áreas emergentes, heterogéneas ou ainda pouco sistematizadas. Esta abordagem permite identificar os tipos de intervenções descritas, os objetivos, modalidades de implementação, instrumentos de avaliação, resultados reportados, lacunas de conhecimento e oportunidades de desenvolvimento futuro.

Na elaboração do presente relatório articulou-se a evidência científica disponível com a experiência desenvolvida nos diferentes contextos de prática clínica. Esta abordagem permitiu analisar o desenvolvimento das competências comuns e especificas do enfermeiro especialista, bem como refletir sobre o contributo das atividades realizadas para a consolidação de uma prática especializada de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes fundamentais, interligadas entre si, refletindo a articulação entre a componente clínica e a componente de investigação, em consonância com as orientações do ensino clínico e com os objetivos do curso de mestrado.

A Parte I é dedicada à aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, centrando-se na análise do percurso formativo realizado nos diferentes contextos de estágio. Inicia-se com a apresentação do enquadramento teórico-conceptual que sustenta a prática clínica, com recurso a modelos de referência em enfermagem de saúde mental, permitindo uma leitura fundamentada das intervenções desenvolvidas. Seguidamente, procede-se à caracterização dos contextos de estágio — internamento de agudos, cuidados de saúde mental na comunidade e cuidados diferenciados em contexto de desabituação —, evidenciando a especificidade de cada contexto e o seu contributo para o desenvolvimento de competências especializadas.

Posteriormente, é realizada uma análise crítico-reflexiva do percurso desenvolvido, estruturada em torno das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros. Esta análise integra a descrição das intervenções implementadas, a mobilização de conhecimentos teóricos e científicos, a reflexão sobre as aprendizagens adquiridas e a identificação dos contributos da prática clínica para a evolução profissional. Esta componente vai ao encontro do

preconizado para o ensino clínico, enquanto espaço privilegiado de desenvolvimento de competências técnicas, científicas, relacionais e éticas, assente numa aprendizagem ativa, supervisionada e reflexiva.

A Parte II corresponde à componente de investigação, centrada na temática da saúde mental perinatal. Inicia-se com o enquadramento conceptual do fenómeno em estudo, seguindo-se a apresentação da metodologia adotada, nomeadamente a realização de uma *scoping review*, de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute*. Posteriormente, são apresentados os resultados obtidos, bem como a sua análise e discussão crítica, estabelecendo-se uma articulação entre a evidência científica e a prática clínica observada. Esta parte culmina com a apresentação das conclusões do estudo, destacando as implicações para a prática de enfermagem e identificando áreas prioritárias de desenvolvimento futuro.

O relatório termina com uma reflexão final integradora sobre o percurso formativo, evidenciando os principais contributos do ensino clínico e da investigação para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista. São ainda apresentadas as limitações do trabalho e sugestões para investigação futura, reforçando a articulação entre a evidência científica, a prática clínica e o desenvolvimento de respostas especializadas Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para elaboração deste relatório recorreu-se às “Normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget Vila Nova de Gaia (ESSJPVNG). As referências bibliográficas foram elaboradas segundo as normas da *American Psychological Association*, 7ª edição.

PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A presente parte do relatório tem como finalidade analisar o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a partir do percurso formativo realizado nos diferentes contextos de ensino clínico. Esta análise é sustentada no enquadramento científico e regulamentar da especialidade, na evidência disponível em saúde mental, nos referenciais teóricos de enfermagem mobilizados e na reflexão crítica sobre as experiências desenvolvidas em contexto de prática clínica supervisionada.

A saúde mental constitui uma dimensão indissociável da saúde global, sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como mais do que a ausência de perturbação mental. Integra a capacidade da pessoa para lidar com as adversidades da vida, desenvolver as suas potencialidades, estabelecer relações significativas, trabalhar de forma produtiva e participar ativamente na comunidade em que se insere. Neste sentido, a saúde mental assume-se como fundamento essencial para o bem-estar, qualidade de vida, autonomia, funcionalidade e participação social (OMS, 2022).

A compreensão da saúde mental exige uma abordagem ampla e integrada, uma vez que as dimensões mentais, físicas e sociais do funcionamento humano são interdependentes e influenciam-se mutuamente através de mecanismos fisiológicos, comportamentais, relacionais, culturais e sociais. Assim, a promoção da saúde mental não se limita à prevenção da doença mental, implicando antes um processo ativo de fortalecimento da resiliência individual e comunitária, de desenvolvimento de competências pessoais, de criação de ambientes protetores e de promoção da capacidade

das pessoas exercerem maior controlo sobre a sua saúde e bem-estar (OMS, 2022).

A literatura evidencia que o estado de saúde mental resulta de uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, culturais e ambientais (Sousa & Marques, 2025). Entre os determinantes mais relevantes encontram-se as condições de vida, o nível de escolaridade, a segurança laboral, o acesso aos cuidados de saúde, a qualidade das relações interpessoais e o suporte social. Por outro lado, a pobreza, a exclusão social, a discriminação, o desemprego, a violência, o isolamento e a ausência de redes de apoio constituem fatores de risco significativos para o desenvolvimento de sofrimento psíquico e perturbações mentais (Sousa & Marques, 2025; OMS, 2022). Inversamente, ambientes seguros, inclusivos e promotores de participação social funcionam como fatores protetores e favorecedores de saúde mental positiva (Sousa & Marques, 2025).

Nas últimas décadas, as perturbações mentais têm assumido crescente relevância em saúde pública, não apenas pela sua elevada prevalência, mas também pelo impacto que exercem na qualidade de vida, funcionalidade, autonomia, integração social e utilização dos serviços de saúde (Zanardo et al., 2021). A nível mundial, a OMS estima que uma proporção significativa da população viva com uma perturbação mental, sendo as perturbações de ansiedade e depressivas algumas das condições mais frequentes (OMS, 2022). Apesar da existência de intervenções eficazes, muitas pessoas continuam sem acesso a cuidados adequados, situação que reforça a necessidade de respostas especializadas, acessíveis, integradas e centradas na pessoa (Hormazábal-Salgado et al., 2024).

Para além da prevalência clínica das perturbações mentais, persiste um importante ónus associado ao estigma, à discriminação e à violação de direitos humanos das pessoas com doença mental. Historicamente, estas pessoas têm sido particularmente vulneráveis à exclusão social, à institucionalização prolongada e à negação de direitos fundamentais, nomeadamente no acesso ao emprego, à habitação, à educação, aos cuidados de saúde e à participação plena na comunidade (OMS, 2022). Neste contexto, a proteção dos direitos humanos constitui um princípio indissociável

da prestação de cuidados de qualidade, devendo os sistemas de saúde mental orientar-se pelo princípio da alternativa menos restritiva, privilegiando respostas comunitárias, abertas e promotoras de autonomia, em detrimento de modelos exclusivamente institucionais e hospitalocêntricos (Vieira et al., 2023). A resposta aos desafios atuais da saúde mental exige, por isso, uma abordagem multissetorial, que ultrapasse o setor da saúde e envolva áreas como a educação, habitação, emprego, proteção social e justiça. A promoção e proteção da saúde mental requerem a transformação dos ambientes onde as pessoas vivem, estudam, trabalham e estabelecem relações, de modo que estes deixem de constituir fontes de sofrimento e passem a funcionar como contextos promotores de resiliência, inclusão e participação social (Sousa et al., 2023), uma vez que os determinantes sociais como o emprego, a habitação e a educação moldam diretamente as oportunidades de saúde (Sousa & Marques, 2025). Neste sentido, a reorganização dos serviços de saúde mental tem vindo progressivamente a deslocar o foco dos modelos centrados no internamento psiquiátrico para redes integradas de cuidados baseados na comunidade, articuladas com os cuidados de saúde primários e orientadas para a recuperação, autonomia e reintegração psicossocial da pessoa. (Sousa et al., 2023).

Esta visão encontra-se alinhada com o Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013–2030 da Organização Mundial da Saúde e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, reforçando que a saúde mental constitui um direito humano fundamental e uma prioridade global de saúde pública (OMS, 2022).

Em Portugal, esta problemática assume particular relevância, sendo o país frequentemente apontado como apresentando uma elevada prevalência de problemas de saúde mental no contexto europeu, com particular expressão das perturbações ansiosas e depressivas (EAPN Portugal, 2021). A nível mundial, estima-se que cerca de uma em cada oito pessoas viva com uma perturbação mental, correspondendo, em 2019, a aproximadamente 970 milhões de pessoas. As perturbações de ansiedade e depressão representam as condições mais frequentes, afetando cerca de 301 milhões e 280 milhões de pessoas, respetivamente. No contexto europeu, a

Região Europeia da Organização Mundial da Saúde apresenta uma prevalência estimada de 14,2%, uma das mais elevadas entre as diferentes regiões mundiais (OMS, 2022).

Os dados epidemiológicos, em Portugal, revelam uma realidade particularmente preocupante. Em 2019, o país apresentava a prevalência mais elevada de doença mental entre os países da União Europeia, estimando-se que 19,3% da população apresentasse uma perturbação mental. Quando incluídos os transtornos associados ao consumo de álcool e drogas, este valor sobe para 23,2% da população, correspondendo a cerca de um em cada cinco portugueses. As perturbações de ansiedade constituem o grupo mais prevalente, afetando cerca de 9,08% da população, particularmente jovens entre os 10 e os 29 anos, enquanto a depressão afeta aproximadamente 5,88% dos portugueses, com maior incidência nas faixas etárias mais envelhecidas. Observam-se ainda diferenças significativas em função do género, verificando-se taxas mais elevadas de ansiedade e depressão nas mulheres e maior prevalência de perturbações relacionadas com o consumo de substâncias nos homens (EAPN Portugal, 2021).

Para além da elevada prevalência, as perturbações mentais representam uma importante carga individual, social e económica. Em Portugal, constituem a quarta principal causa de anos de vida ajustados pela incapacidade, sendo responsáveis por elevados níveis de sofrimento, incapacidade funcional e impacto familiar. Em 2019, registaram-se 975 óbitos por suicídio e lesões autoinfligidas, correspondendo a uma taxa de 9,5 mortes por 100.000 habitantes. Paralelamente, estima-se que os encargos associados à doença mental representem cerca de 3,7% do Produto Interno Bruto nacional, traduzindo um impacto económico aproximado de 6,6 mil milhões de euros (EAPN Portugal, 2021).

Paralelamente, persistem limitações no acesso aos cuidados de saúde mental, associadas a desigualdades regionais, tempos de espera, insuficiência de recursos especializados, barreiras económicas e estigma. A pandemia por COVID-19 agravou esta realidade, observando-se um aumento dos sintomas ansiosos e depressivos, bem como uma maior procura de cuidados e aumento do consumo de psicofármacos, evidenciando a

vulnerabilidade da população e a necessidade de reorganização e reforço das respostas em saúde mental (EAPN Portugal, 2021). Esta conjuntura evidenciou a vulnerabilidade da população e reforçou a necessidade de reorganização e fortalecimento das respostas em saúde mental, sobretudo através de modelos assistenciais integrados, comunitários, preventivos e centrados na pessoa, família e comunidade.

Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume um papel diferenciado na resposta às necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades. A sua intervenção ultrapassa uma perspetiva centrada exclusivamente na sintomatologia ou na doença, assumindo uma abordagem holística, relacional, terapêutica e centrada na pessoa, nas suas potencialidades, nos seus recursos e no contexto em que se insere. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção da doença, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Esta definição evidencia a centralidade da pessoa e das suas respostas humanas aos processos de vida, saúde, doença, crise, sofrimento e adaptação. A prática do EEESMP implica a capacidade de estabelecer relações terapêuticas significativas, mobilizando o próprio enfermeiro enquanto instrumento terapêutico. Esta dimensão exige autoconhecimento, consciência crítica, capacidade reflexiva, gestão emocional e utilização intencional da comunicação terapêutica (Fernandes & Anastácio, 2022). A relação terapêutica constitui, assim, um elemento estruturante da intervenção especializada em saúde mental, permitindo criar condições de segurança, confiança, validação emocional e colaboração no processo de cuidados (Fernandes & Anastácio, 2022; Sousa et al., 2025).

A especificidade da intervenção do EEESMP, decorre ainda da mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, que permitem desenvolver um juízo clínico singular (Fernandes & Anastácio, 2022) e uma intervenção diferenciada nos vários contextos de cuidados (Sousa Gago et al., 2023). Esta prática exige a

mobilização de saberes científicos, técnicos, humanos e relacionais, bem como níveis elevados de julgamento clínico, tomada de decisão e capacidade reflexiva (OE, 2018; Fernandes & Anastácio (2022). Simultaneamente, o exercício especializado pressupõe a integração das competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A análise do desenvolvimento destas competências é realizada à luz do enquadramento regulamentar atualmente em vigor, nomeadamente o Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril, sem prejuízo das orientações formativas vigentes à data de realização dos ensinos clínicos. A complexidade dos processos de sofrimento psíquico e das transições vivenciadas pelas pessoas ao longo do ciclo de vida exige, assim, que a prática do EEESMP seja sustentada por referenciais teóricos capazes de orientar a compreensão da experiência humana, da relação terapêutica e dos processos adaptativos como as propostas de Peplau, Meleis e Roy (Bittencourt et al., 2018). Neste sentido, a prática especializada deve ser segura, ética, cientificamente fundamentada, centrada na pessoa e orientada para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. O EEESMP assume, por isso, um papel essencial na promoção da saúde mental, prevenção da doença, intervenção precoce, reabilitação psicossocial, capacitação da pessoa e família, redução do estigma e defesa dos direitos das pessoas com experiência de sofrimento psíquico ou doença mental.

O ensino clínico constituiu um momento essencial de integração entre teoria, prática e desenvolvimento da identidade profissional. De acordo com o guia de orientação da ESSJPVNG, o Estágio Profissional com Relatório constitui uma componente fundamental para o desenvolvimento das competências especializadas, procurando proporcionar experiências que dotem o estudante de competências técnicas, científicas, relacionais, humanas e éticas, centradas na pessoa, família, grupos e comunidade.

Esta unidade curricular pretende promover uma aprendizagem ativa, contínua e reflexiva, na qual o estudante assume um papel proativo no seu processo formativo.

No âmbito do Estágio Profissional com Relatório, é preconizada a mobilização dos conhecimentos teórico-práticos adquiridos, a aplicação do processo de enfermagem em todas as suas etapas, a execução de cuidados especializados, o desenvolvimento de estratégias de comunicação e relação de ajuda, a realização de intervenções psicoeducativas e a investigação de problemas emergentes da prática clínica.

Foi neste enquadramento que decorreu o percurso formativo desenvolvido nos três contextos de prática clínica: internamento de agudos, cuidados de saúde na comunidade e cuidados diferenciados em contexto de desabituação. A diversidade destes contextos permitiu compreender a saúde mental como fenómeno complexo, relacional e contextual, que se manifesta de forma distinta ao longo do ciclo vital e em diferentes níveis de cuidados.

O contexto de internamento de agudos possibilitou o contacto com pessoas em situação de sofrimento psíquico intenso, descompensação psicopatológica, crise, vulnerabilidade acrescida e necessidade de intervenção terapêutica especializada. Este contexto exigiu a mobilização de competências de observação clínica, comunicação terapêutica, gestão da relação, avaliação do risco, planeamento de cuidados, intervenção em crise e trabalho em equipa multidisciplinar.

O contexto comunitário permitiu uma compreensão mais alargada das necessidades em saúde mental da pessoa, família e comunidade, com enfoque na promoção da saúde, prevenção da doença, identificação precoce de situações de vulnerabilidade psicológica e intervenção em processos de transição ao longo do ciclo vital. A proximidade aos contextos de vida das pessoas favoreceu uma abordagem mais integrada das determinantes sociais, familiares e relacionais da saúde mental.

Por sua vez, o contexto de cuidados diferenciados em desabituação permitiu aprofundar competências dirigidas à pessoa com comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente ao nível da relação terapêutica, motivação para a mudança, prevenção da recaída, capacitação, gestão emocional, psicoeducação, promoção da autonomia e reintegração social. A complexidade destas situações clínicas evidenciou a importância da

continuidade dos cuidados, da articulação interdisciplinar e da intervenção centrada na recuperação.

A experiência clínica possibilitou, assim, o desenvolvimento progressivo das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, articulando a intervenção direta com a reflexão crítica, a supervisão clínica, a pesquisa científica e a construção de conhecimento aplicado à prática. A aprendizagem em contexto clínico revelou-se essencial para a consolidação de uma prática especializada, assente na evidência científica, na ética profissional, na relação terapêutica e na resposta às necessidades singulares da pessoa em sofrimento psíquico.

A leitura e interpretação do percurso foram sustentadas por referenciais teóricos que permitiram compreender a pessoa em sofrimento psíquico de forma holística, integrada e sensível ao contexto. Estes referenciais constituem um alicerce fundamental para a prática de enfermagem, na medida em que conferem sustentação científica, filosófica e conceptual ao exercício profissional, orientando a compreensão dos fenómenos humanos, a tomada de decisão clínica e a intencionalidade terapêutica das intervenções desenvolvidas (Riegel et al., 2023). A enfermagem não pode ser dissociada do corpo de conhecimento teórico que sustenta a disciplina, uma vez que é através dele que o enfermeiro atribui significado à experiência da pessoa e estrutura uma prática clínica crítica, reflexiva e centrada nas respostas humanas aos processos de vida, saúde, doença e transição (Lacerda et al., 2024).

A mobilização de modelos conceptuais favorece o desenvolvimento do pensamento crítico e da consciência reflexiva, permitindo ao enfermeiro interpretar de forma mais abrangente as necessidades da pessoa e intervir de modo individualizado, intencional e fundamentado. (Riegel et al., 2023).

Ao integrar pressupostos filosóficos e humanistas, a prática clínica deixa de se restringir à execução técnica de procedimentos, assumindo-se como uma intervenção relacional, terapêutica e sensível à singularidade de cada pessoa, à sua história, ao seu contexto e à vivência subjetiva do sofrimento mental (Riegel et al., 2023). Pelo contrário, a ausência de referenciais teóricos estruturados pode constituir um fator limitador da

autonomia profissional e da operacionalização dos cuidados especializados, conduzindo frequentemente a práticas fragmentadas, pouco sistematizadas e excessivamente centradas no modelo biomédico (Esteves & Amaral, 2023).

Considerando a diversidade de referenciais teóricos existentes em enfermagem, optou-se por privilegiar, no presente relatório, dois modelos conceptuais centrais: a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A seleção destes referenciais decorre da sua relevância para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e da sua adequação aos diferentes contextos de prática clínica experienciados ao longo do percurso formativo.

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau permite compreender a relação terapêutica enfermeiro-pessoa como instrumento central do cuidado especializado valorizando a comunicação terapêutica, a empatia, a escuta ativa, a presença terapêutica e do uso de si enquanto instrumento de intervenção. Por sua vez, a Teoria das Transições de Meleis possibilita interpretar os processos de mudança, vulnerabilidade, adaptação e reconstrução identitária experienciados pelas pessoas, famílias e comunidades ao longo do ciclo vital.

Em conjunto, estes referenciais sustentaram a apreciação clínica, o planeamento das intervenções, a análise das experiências vividas nos contextos de estágio e a reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências especializadas.

Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, publicada em 1952, constitui um referencial estruturante da enfermagem psiquiátrica, ao conceptualizar a relação enfermeiro-pessoa como um processo terapêutico, interpessoal e dinâmico. Este modelo sustenta a importância da comunicação, da escuta, da empatia, da presença terapêutica e do uso de si enquanto instrumento de cuidado (Bittencourt et al., 2018; Almeida et al., 2005). Peplau compreende a enfermagem como uma arte terapêutica centrada na relação interpessoal, na qual o enfermeiro e a pessoa desenvolvem um processo

colaborativo orientado para a identificação de necessidades, compreensão do sofrimento, redução da ansiedade, promoção do crescimento pessoal e fortalecimento da autonomia (Martins et al., 2024). Nesta perspetiva, a pessoa é reconhecida como um ser único, biopsicossocial, inserido num contexto relacional e ambiental que influencia o seu processo de saúde, doença e recuperação (Almeida et al., 2005).

A teoria organiza a relação terapêutica em quatro fases sequenciais e interdependentes: orientação, identificação, exploração e resolução. Na fase de orientação, momento em que a pessoa reconhece uma necessidade de ajuda e o enfermeiro procura compreender o problema, reduzir a ansiedade e estabelecer uma relação de confiança (Dal'Bosco et al., 2021; Costa et al., 2025). Esta fase assume particular importância em saúde mental, uma vez que o primeiro contacto pode influenciar a adesão da pessoa ao processo terapêutico e a perceção de segurança nos cuidados. Na fase de identificação, a pessoa começa a reconhecer as suas necessidades, dificuldades e recursos, envolvendo-se de forma progressiva no processo terapêutico. O enfermeiro apoia a pessoa na compreensão da experiência vivida, promovendo o *insight*, a expressão emocional e o reconhecimento das suas capacidades. Esta fase permite que a pessoa deixe de ocupar uma posição exclusivamente passiva no processo de cuidados, assumindo gradualmente um papel mais ativo e colaborativo. A fase de exploração corresponde ao momento em que a pessoa utiliza, de forma mais efetiva, os recursos terapêuticos disponíveis. O enfermeiro apoia a exploração de sentimentos, dificuldades, estratégias de *coping* e alternativas de resposta, promovendo autonomia, capacitação e tomada de decisão. Em contexto de saúde mental, esta fase pode assumir particular relevância na gestão da ansiedade, no desenvolvimento de competências emocionais, na adesão ao plano terapêutico e na preparação para a continuidade dos cuidados. Por fim, a, fase de resolução caracteriza-se pela progressiva desvinculação terapêutica, consolidando as aprendizagens adquiridas e promovendo maior independência da pessoa. Esta fase não significa abandono, mas antes a integração da experiência terapêutica num processo de crescimento,

autonomia e reorganização pessoal. (Söyünmez & Söylemez, 2024; Pounds & Newton, 2025).

Ao longo deste processo, o enfermeiro assume múltiplos papéis terapêuticos, nomeadamente enquanto educador, conselheiro, líder, pessoa-recurso e facilitador do crescimento pessoal (Fitri & Nursanti, 2025). A mobilização destes papéis exige competências comunicacionais, relacionais e reflexivas avançadas, bem como capacidade de autoconhecimento e utilização consciente da relação terapêutica como instrumento de intervenção.

Nos diferentes contextos de estágio, a Teoria das Relações Interpessoais revelou-se particularmente relevante na construção da relação terapêutica com pessoas em sofrimento psíquico, em situação de crise, internamento, desabituação, vulnerabilidade emocional ou acompanhamento comunitário. Em situações de internamento agudo, a utilização da comunicação terapêutica, da escuta ativa e da validação emocional permitiu favorecer a redução da ansiedade, a criação de vínculo e a adesão ao processo de cuidados (Su et al., 2024; Yang et al., 2022; Hall & Shearer, 2025; Morais & Oliveira, 2024). No contexto comunitário, a relação terapêutica foi essencial para compreender a pessoa no seu ambiente de vida, identificar necessidades e promover intervenções ajustadas. Em contexto de desabituação, a qualidade da relação terapêutica revelou-se determinante para trabalhar a motivação, a ambivalência, a prevenção da recaída e a reconstrução do projeto de vida (Pereira et al., 2023; Fitri & Nursanti, 2025).

Este referencial permitiu valorizar a singularidade da experiência subjetiva da pessoa, compreender os significados atribuídos ao sofrimento e desenvolver intervenções centradas na empatia, autenticidade, congruência, respeito e aceitação incondicional. Particularmente em situações de sofrimento psíquico intenso, tratamento involuntário, crise emocional ou processos de desabituação, tornou-se evidente que a qualidade da relação terapêutica influencia significativamente a adesão terapêutica, a confiança nos cuidados, a participação da pessoa e os ganhos em saúde mental.

Simultaneamente, a teoria de Peplau reforçou a consciência de que o EEESMP utiliza a si próprio como instrumento terapêutico, exigindo capacidade contínua de autorreflexão, gestão emocional, consciência das

próprias atitudes, crenças, limites respostas emocionais. Desta forma, este modelo revelou-se não apenas orientador da prática clínica, mas também um instrumento fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional, em consonância com as competências específicas definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, constitui um dos referenciais teóricos mais relevantes para a enfermagem contemporânea, particularmente no domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao centrar-se na compreensão das experiências humanas de mudança, vulnerabilidade, adaptação e reconstrução ao longo do ciclo vital (Ramalho Neto et al*.,* 2016). Enquanto teoria de médio alcance, apresenta um nível de abstração intermédio, permitindo a articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica, através da compreensão de fenómenos concretos vivenciados pelas pessoas em diferentes contextos de vida e saúde (Meleis et al*.,* 2000; Meleis, 2010). A teoria resulta de um percurso conceptual progressivamente desenvolvido por Afaf Meleis, tendo sido consolidada como teoria de médio alcance com a publicação de *Experiencing transitions: An emerging middle-range theory*, sendo mais tarde sistematizada na obra *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*.

Meleis conceptualiza a transição como a passagem de um estado, condição ou situação para outra, envolvendo processos complexos de reorganização interna, redefinição identitária, adaptação comportamental, reconstrução de significados e integração de novos papéis. Mais do que um evento isolado, a transição corresponde a um processo dinâmico, multidimensional e situado no tempo, frequentemente marcado por períodos de instabilidade, vulnerabilidade e necessidade de adaptação (Meleis, 2010). Neste sentido, as transições constituem experiências humanas universais, podendo ser desejadas ou inesperadas, positivas ou geradoras de sofrimento, dependendo da forma como são experienciadas e dos recursos disponíveis para lhes responder (Bittencourt et al., 2018; Sanhueza-Muñoz et al*.,* 2024).

Ao longo do ciclo de vida, as pessoas experienciam múltiplas transições relacionadas com alterações no estado de saúde, papéis sociais, relações interpessoais, dinâmicas familiares, funcionalidade, identidade ou contextos socioculturais. Estas mudanças exigem frequentemente a aquisição de novos conhecimentos, o desenvolvimento de competências adaptativas e a reorganização do autoconceito, podendo traduzir-se em crescimento e desenvolvimento pessoal ou, inversamente, em sofrimento, desorganização e vulnerabilidade psicológica (Meleis et al*.,* 2000).

A teoria revela-se particularmente pertinente para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma vez que muitas experiências de sofrimento psíquico ocorrem associadas a processos transicionais complexos. O diagnóstico de uma doença mental, o internamento psiquiátrico, a adaptação à cronicidade, os comportamentos aditivos, a transição para a parentalidade, a vivência do papel de cuidador informal, a perda de funcionalidade, o envelhecimento ou a reintegração comunitária constituem exemplos transições que podem gerar sofrimento, vulnerabilidade e necessidade de intervenção especializada (Sanhueza-Muñoz et al., 2024; Bittencourt et al., 2018).

A teoria das transições organiza-se em torno de diferentes componentes estruturantes, nomeadamente a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras, os padrões de resposta e as terapêuticas de enfermagem dirigidas à promoção de transições saudáveis (Meleis, 2010).

No que respeita à natureza das transições, Meleis identifica quatro tipos principais: desenvolvimentais, situacionais, saúde-doença e organizacionais. As transições desenvolvimentais relacionam-se com as diferentes etapas do ciclo vital, como a adolescência, a gravidez, a transição para a parentalidade, a menopausa ou o envelhecimento, implicando adaptações biológicas e psicológicas. Embora frequentemente normativas e expectáveis, estas transições exigem a aquisição de novos conhecimentos, a reorganização de papéis e a mobilização de estratégias adaptativas para responder às exigências da nova condição vivenciada. As transições situacionais decorrem de alterações nas circunstâncias de vida, como divórcio, viuvez, migração, institucionalização, perda de habitação ou

alterações profissionais. As transições saúde-doença surgem perante alterações do estado de saúde ou funcionalidade, abrangendo experiências como o diagnóstico de doença aguda ou crónica, internamento, cirurgia, reabilitação ou adaptação à cronicidade. Estas transições podem ocorrer de forma súbita ou gradual, exigindo frequentemente processos contínuos de adaptação física, emocional e social. As transições organizacionais associam-se a mudanças estruturais, institucionais ou sociopolíticas que influenciam a vida das pessoas e dos profissionais, incluindo alterações nos modelos de organização dos cuidados, políticas de saúde, liderança ou introdução de novas tecnologias. Na prática clínica, as transições raramente ocorrem de forma isolada. É frequente a coexistência de múltiplas transições, simultâneas ou sequenciais, relacionadas entre si e potenciadoras de maior vulnerabilidade. Um processo de saúde-doença pode, por exemplo, desencadear alterações familiares, profissionais, económicas, sociais e identitárias, exigindo da pessoa uma reorganização complexa do seu funcionamento e do seu projeto de vida.

Para além do tipo, as transições apresentam propriedades essenciais, designadamente consciência, envolvimento, mudança e diferença, espaço temporal e pontos críticos ou eventos significativos (Meleis et al*.,* 2000). Esta perspetiva permite compreender a complexidade das experiências humanas, reconhecendo que as pessoas raramente vivenciam mudanças isoladas. Pelo contrário, as transições tendem a sobrepor-se e influenciar-se mutuamente, aumentando frequentemente a vulnerabilidade e a exigência adaptativa (Sanhueza-Muñoz et al*.,* 2024).

A consciência refere-se ao grau em que a pessoa reconhece e compreende a transição que está a vivenciar; o envolvimento traduz o nível de participação ativa no processo; a mudança implica alterações nos comportamentos, relações, identidade e papéis; o espaço temporal corresponde ao percurso entre o estado inicial e o alcance de uma nova estabilidade; e os pontos críticos dizem respeito a momentos particularmente significativos ou desorganizadores, como o diagnóstico de uma doença, a alta hospitalar, a perda de autonomia ou a rutura de uma relação significativa (Meleis, 2010), conforme figura 1.

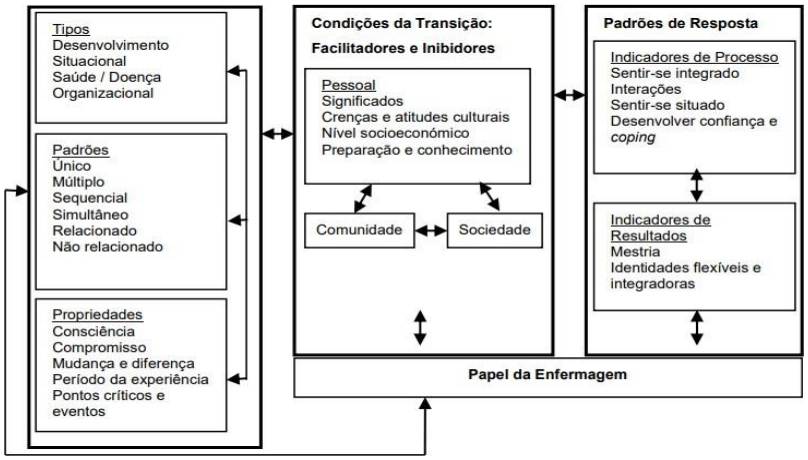


Figura 1 – Componentes centrais da Teoria das Transições de Afaf Meleis (adaptado de Meleis et al., 2000).

Outro aspeto central da teoria corresponde às condições facilitadoras e inibidoras da transição, isto é, aos fatores que podem promover ou dificultar processos adaptativos saudáveis. Estes fatores podem ser pessoais, comunitários ou sociais. Entre os facilitadores destacam-se a literacia em saúde, suporte familiar, resiliência, recursos comunitários, continuidade dos cuidados, preparação antecipada para a mudança e relação terapêutica. Pelo contrário, fatores como estigma, pobreza, isolamento social, ausência de suporte, falta de informação, descontinuidade assistencial e baixa acessibilidade aos cuidados podem dificultar significativamente a adaptação e potenciar sofrimento psicológico (Sun et al*.,* 2023; Almeida et al*.,* 2025).

A teoria contempla ainda padrões de resposta à transição, organizados em indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo permitem avaliar a forma como a pessoa está a experienciar a transição, incluindo aspetos como a interação com os profissionais, desenvolvimento de estratégias de *coping*, sentimento de pertença, aquisição de conhecimentos, confiança nas próprias capacidades e participação ativa no processo terapêutico. Os indicadores de resultado traduzem uma transição saudável e incluem a mestria, entendida como a capacidade de gerir a nova situação, e a reformulação da identidade, através da integração da experiência vivida num novo sentido de si (Meleis et al*.,*

2000). Neste sentido, as intervenções de enfermagem assumem um papel fundamental enquanto terapêuticas facilitadoras da transição. A teoria orienta o enfermeiro para a implementação de intervenções centradas na educação terapêutica, suporte emocional, promoção do *insight*, reforço das competências adaptativas, preparação para novos papéis, fortalecimento das redes de suporte, capacitação e promoção da autonomia.

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, a identificação dos processos transicionais revelou-se particularmente relevante. Em contexto de internamento psiquiátrico agudo, observaram-se frequentemente situações marcadas por reduzida consciência da doença, sentimentos de perda de controlo, desorganização emocional, crise e dificuldade na integração da experiência de adoecimento mental. Nestes casos, a intervenção especializada permitiu apoiar a pessoa na compreensão da sua situação, na expressão emocional e na construção progressiva de estratégias adaptativas.

Em contexto comunitário, tornou-se evidente o impacto das redes de suporte, das condições socioeconómicas, da integração familiar e dos recursos comunitários na adaptação às situações de vulnerabilidade psicológica. A intervenção do EEESMP revelou-se essencial na promoção da literacia em saúde mental, identificação precoce de necessidades, capacitação da pessoa e família e articulação com recursos da comunidade.

No contexto de desabituação, as transições associadas à reconstrução identitária, gestão da abstinência, prevenção da recaída, reorganização familiar e reintegração social evidenciaram a importância do suporte terapêutico continuado, da promoção da autonomia e da valorização dos recursos pessoais e comunitários A mudança associada à recuperação em comportamentos aditivos não se limita à interrupção do consumo, implicando frequentemente uma profunda reorganização do quotidiano, das relações, da identidade e do projeto de vida.

A relevância da Teoria das Transições para a prática do EEESMP articula-se diretamente com o Regulamento n.º 515/2018, que centra a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção da saúde mental, prevenção da doença e intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento,

alteração ou doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Deste modo, este referencial constitui um suporte conceptual relevante para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, em particular na avaliação das necessidades em saúde mental, planeamento de cuidados especializados e na implementação de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

A compreensão das experiências transicionais permite ao enfermeiro identificar fatores facilitadores e inibidores da adaptação, reconhecer situações de vulnerabilidade, intervir precocemente e promover processos adaptativos saudáveis, orientados para a autonomia, recuperação, participação ativa e reintegração social da pessoa.

Desta forma, a Teoria das Transições permitiu sustentar uma prática clínica mais reflexiva, humanizada e centrada na pessoa, orientando intervenções terapêuticas dirigidas não apenas à redução da sintomatologia, mas também à promoção da adaptação, capacitação, participação ativa e reconstrução do projeto de vida. Mais do que compreender a doença mental em si mesma, este referencial possibilitou compreender o significado das mudanças vividas pela pessoa e o impacto dessas experiências na sua identidade, funcionalidade, relações e qualidade de vida.

A articulação entre a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau e a Teoria das Transições de Meleis permitiu sustentar uma prática clínica centrada na pessoa, na relação terapêutica e nos processos de mudança vivenciados ao longo do ciclo vital. Enquanto Peplau fundamenta a utilização intencional da relação enfermeiro-pessoa como instrumento terapêutico, Meleis possibilita compreender as experiências de transição, vulnerabilidade e adaptação que frequentemente acompanham o sofrimento psíquico.

Estes referenciais revelaram-se particularmente pertinentes nos diferentes contextos de estágio, permitindo interpretar a complexidade das situações clínicas, orientar a tomada de decisão, fundamentar as intervenções desenvolvidas e apoiar a reflexão crítica sobre o percurso formativo. A sua mobilização contribuiu para uma prática mais consciente, intencional e centrada nas respostas humanas, favorecendo o desenvolvimento de

competências relacionais, psicoterapêuticas, psicossociais, psicoeducativas, éticas e reflexivas.

Neste sentido, Peplau e Meleis constituíram a base conceptual para a leitura crítica das experiências de estágio e para a análise do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP. A centralidade da relação terapêutica, a compreensão dos processos de transição, a promoção da autonomia, a capacitação da pessoa e família, a intervenção na crise, a reabilitação psicossocial e a articulação com os recursos comunitários emergiram como dimensões transversais ao percurso formativo.

Deste modo, os referenciais teóricos mobilizados permitiram consolidar uma prática clínica especializada, sustentada na evidência científica, na reflexão crítica e na intencionalidade terapêutica. Esta base conceptual orienta os capítulos seguintes, dedicados à caracterização dos contextos clínicos e à análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas ao longo do Estágio Profissional com Relatório.

1. Caracterização dos contextos de estágio

1.1. Internamento de Agudos

Os estágios de natureza profissional constituem momentos privilegiados de consolidação das aprendizagens e de desenvolvimento de competências especializadas, permitindo ao estudante integrar conhecimentos teóricos, científicos, éticos, relacionais e reflexivos na prática clínica, em contextos reais de cuidados. De acordo com o Guia de Orientação do Estágio Profissional com Relatório do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, esta unidade curricular visa promover o desenvolvimento gradual das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da mobilização de saberes técnico-científicos, éticos, relacionais e reflexivos na prestação de cuidados à pessoa, família, grupos e comunidade.

Neste âmbito, espera-se que o estudante desenvolva capacidade para prestar cuidados especializados em diferentes contextos de saúde mental e psiquiátrica, integrando referenciais teóricos atuais, desenvolvendo competências de tomada de decisão clínica, comunicação terapêutica, gestão de cuidados e intervenção especializada orientada para ganhos em saúde mental. O estágio assume, assim, um papel fundamental na construção da identidade profissional enquanto futura EEESMP, permitindo o desenvolvimento progressivo da autonomia, do pensamento crítico e da capacidade reflexiva sobre a prática clínica.

Este decorreu em contexto de internamento de agudos de psiquiatria, constituindo um espaço particularmente relevante para o desenvolvimento de competências na abordagem à pessoa em situação de sofrimento psicológico, descompensação psicopatológica, crise ou necessidade de reabilitação psicossocial. Estes contextos caracterizam-se pela prestação de cuidados especializados a pessoas com perturbações mentais, frequentemente associadas a alterações do pensamento, humor, perceção, comportamento, funcionalidade, autonomia ou risco para si próprias e/ou terceiros, exigindo intervenções terapêuticas diferenciadas, estruturadas e multidisciplinares. A

intervenção do EEESMP neste contexto centra-se não apenas na estabilização clínica da pessoa, mas também na promoção da segurança, na construção da relação terapêutica, na recuperação funcional e na preparação para a continuidade de cuidados na comunidade.

O estágio decorreu entre junho e julho de 2025, perfazendo um total de 205h de contacto direto, numa unidade de internamento integrada no Centro Hospitalar Conde de Ferreira, sob supervisão pedagógica e orientação clínica de enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Embora o ensino clínico se enquadre na tipologia de internamento de agudos, a prática decorreu numa Unidade de Recuperação, orientada para a continuidade de cuidados, estabilização clínica, reabilitação funcional e promoção da autonomia. Este contexto permitiu contactar com pessoas com diferentes perturbações mentais, nomeadamente perturbações psicóticas, perturbações afetivas, perturbações ansiosas, perturbações da personalidade, perturbações neuras cognitivas e situações de crise associadas a comportamento suicidário, proporcionando múltiplas oportunidades de aprendizagem na avaliação, planeamento, implementação e avaliação de cuidados especializados em saúde mental.

O Hospital Conde de Ferreira, atualmente integrado na Santa Casa da Misericórdia do Porto sob a designação Centro Hospitalar Conde de Ferreira, constitui uma referência histórica na prestação de cuidados em saúde mental em Portugal. Fundado em 1883, foi concebido a partir da visão filantrópica de Joaquim Ferreira dos Santos, 1.º Conde de Ferreira, com o objetivo de acolher pessoas estão designadas como "indigentes alienados", numa época em que a assistência psiquiátrica em Portugal era ainda incipiente e fortemente marcada por modelos asilares (Candeias et al., 2021).

Desde a sua fundação, o hospital tem evoluído no sentido de promover uma abordagem progressivamente mais humanizada, terapêutica e orientada para a recuperação da pessoa com doença mental, afirmando-se como uma instituição relevante no domínio dos cuidados, formação e investigação em psiquiatria e saúde mental. Na sua trajetória histórica, destacam-se momentos como a direção inicial de António Maria de Sena, figura relevante na organização da assistência psiquiátrica em Portugal, bem

como alterações no seu modelo de gestão, incluindo a integração temporária na esfera estatal em 1974, e o regresso à gestão da Santa Casa da Misericórdia do Porto em 2002 (Candeias, 2022).

A atuação da instituição encontra-se alinhada com os princípios consagrados na atual Lei de Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 35/2023 de 21 de julho, que revogou a anterior Lei n.º 36/98, de 24 de julho e introduziu um paradigma centrado nos direitos, na autonomia, na dignidade na participação ativa da pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental. Esta legislação reforça os princípios da intervenção em meio menos restritivo, da reabilitação psicossocial, da continuidade de cuidados e integração comunitária, em consonância com modelos de cuidados centrados na pessoa e orientados para a recuperação (República Portuguesa, 2023).

No contexto do estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a prática clínica decorreu na Unidade de Recuperação, uma enfermaria composta por dois pisos. O piso 1 é constituído por 16 camas, uma sala polivalente e uma copa destinada aos utentes que, após um episódio de maior descompensação ou agravamento clínico, necessitam de cuidados orientados para a estabilização, reabilitação funcional, promoção da autonomia e preparação para a reintegração social. O piso inferior dispõe de cinco quartos duplos, totalizando 10 camas, destinados a utentes em regime de internamento privado. Neste piso localizam-se ainda uma zona de lazer para os utentes privados, sala polivalente e áreas técnicas, incluindo gabinetes médico e de enfermagem e copa para os profissionais.

Acolhe utentes com diversos diagnósticos psiquiátricos, incluindo perturbações do espetro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações afetivas, ansiedade grave, perturbações neurocognitivas e outras situações clínicas que requerem estabilização, treino funcional e intervenção reabilitativa. Estes utentes apresentam frequentemente défices ao nível do funcionamento global, da motivação, da autonomia, das competências sociais e da participação comunitária, exigindo intervenção estruturada e contínua no domínio da reabilitação psicossocial e funcional.

A esquizofrenia assume particular relevância neste contexto clínico. Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-5-TR

(American Psychiatric Association, 2022), a esquizofrenia é uma perturbação mental caracterizada pela presença de sintomas como delírios, alucinações, discurso desorganizado, alterações no comportamento motor e sintomas negativos. Embora, na prática clínica, possam ainda ser utilizadas designações descritivas como “paranoide” ou “residual” para caracterizar padrões predominantes de apresentação sintomática, importa salientar que estes subtipos deixaram de constituir categorias diagnósticas formais no DSM-5 e no DSM-5-TR.

Nas apresentações clínicas com predomínio de sintomatologia positiva, como delírios e alucinações, torna-se particularmente relevante a intervenção dirigida à gestão da ansiedade, validação da experiência subjetiva, promoção do *insight*, adesão terapêutica e segurança. Nas apresentações marcadas por sintomas negativos persistentes, como apatia, anedonia, alogia, embotamento afetivo e retraimento social, a intervenção de enfermagem especializada centra-se na promoção da motivação, funcionalidade, autonomia, interação social e participação em atividades significativas. Estas dimensões exigem cuidados especializados orientados para a recuperação, reforço de competências e criação de oportunidades de socialização estruturada (Lyne et al., 2025; Mosolov & Yaltonskaya, 2022; Kakar et al., 2023). Para além dos utentes internados, a unidade acolhe ainda quatro utentes em regime de Hospital de Dia, que frequentam o serviço de segunda a sexta-feira para realizar as refeições, cumprir o plano terapêutico e participar em atividades ocupacionais. Adicionalmente, dois utentes são acompanhados em regime de ambulatório, deslocando-se quinzenalmente à unidade para receber a medicação previamente preparada.

A Unidade de Recuperação caracteriza-se por um ambiente terapêutico estruturado, que integra cuidados de enfermagem especializados, intervenções psicossociais, atividades ocupacionais e acompanhamento médico regular. O foco clínico reside na promoção da autonomia, no desenvolvimento de competências instrumentais de vida diária, na gestão emocional, na socialização gradual e na recuperação funcional dos utentes. A intervenção combina estratégias terapêuticas formais, nomeadamente psicoterapia, psicofarmacologia, educação para a saúde e psicoeducação,

com atividades expressivas e ocupacionais, como musicoterapia, trabalhos manuais, teatro, pintura, desporto e jardinagem terapêutica, num modelo centrado na pessoa e orientado para a recuperação.

Importa referir que o serviço não dispõe de quarto de isolamento. Existe, contudo, uma sala que, em caso de necessidade, pode ser adaptada para esse fim, devendo qualquer intervenção desta natureza respeitar os princípios da necessidade, proporcionalidade, dignidade, segurança e recurso à alternativa menos restritiva, em consonância com o enquadramento jurídico atual da saúde mental e com as boas práticas internacionais (Lei n.º 35/2023).

O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que integra sete enfermeiros, dos quais quatro enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, três enfermeiros de cuidados gerais e uma enfermeira gestora. Integra ainda um médico especialista psiquiatra, um psicólogo clínico a tempo parcial, uma nutricionista a tempo parcial, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e seis auxiliares de ação médica, cuja atuação se articula em torno de planos individuais de intervenção. A equipa de enfermagem encontra-se organizada por turnos. No turno da manhã, estão habitualmente escaladas duas enfermeiras, sendo uma delas a responsável pela gestão do serviço. Nos turnos da tarde e da noite, a equipa é constituída por um enfermeiro. Cada turno conta ainda com o apoio de um assistente operacional, assegurando o suporte necessário às atividades de cuidado e ao funcionamento da unidade.

As reuniões clínicas regulares e as intervenções individualizadas sustentam uma abordagem biopsicossocial, de base humanista, promotora da capacitação e da participação ativa do utente. Semanalmente, os utentes participam em atividades de grupo com o psicólogo e a terapeuta ocupacional, bem como numa reunião comunitária que envolve a enfermeira gestora, psiquiatra, psicólogo e assistente social. Esta reunião tem como finalidade discutir temas globais da unidade, aspetos relacionados com a convivência e funcionamento da enfermaria e oportunidades de melhoria. É salvaguardado que assuntos individuais não são discutidos neste espaço coletivo, sendo estes abordados em contexto privado com o utente em questão, respeitando os princípios da confidencialidade, privacidade e dignidade.

Um dos aspetos diferenciadores observados na instituição corresponde à utilização da Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) como técnica complementar no tratamento de algumas situações clínicas, nomeadamente em casos de depressão resistente, sob supervisão médica e com acompanhamento de enfermagem. A EMT é uma técnica não invasiva de neuromodulação que utiliza pulsos magnéticos para induzir campos elétricos focais no tecido cerebral, modulando a atividade de circuitos neuronais específicos. Inicialmente desenvolvida para fins de investigação, adquiriu progressiva relevância clínica no tratamento de diferentes perturbações psiquiátricas e neurológicas, com particular expressão na depressão resistente e na perturbação obsessivo-compulsiva, existindo investigação crescente noutras condições, como acidente vascular cerebral, doença de *Parkinson*, dor neuropática, insónia e outras perturbações neuropsiquiátricas (Gonçalo Cotovio et al., 2023; Fosquiera et al., 2024).

Do ponto de vista fisiológico, a EMT atua através da estimulação de neurónios corticais, sobretudo em regiões superficiais dos giros corticais, modulando a excitabilidade e a plasticidade cerebral. Esta modelação pode influenciar não apenas áreas locais, mas também redes neuronais mais distantes, o que poderá contribuir para os seus efeitos terapêuticos em determinadas perturbações psiquiátricas e neurológicas (Wang et al., 2024; Gonçalo Cotovio et al., 2023; Fosquiera et al., 2024).

Em termos de segurança, a EMT é geralmente considerada uma técnica de baixo risco quando realizada segundo protocolos adequados e por profissionais devidamente qualificados. Os efeitos adversos mais frequentemente descritos são ligeiros e transitórios, como cefaleia, desconforto local ou sensação de fadiga, sendo raros os eventos adversos graves. A evidência disponível sugere que a EMT pode constituir uma alternativa terapêutica promissora em pessoas com resposta insuficiente às terapêuticas convencionais, embora a sua aplicação deva ser sempre enquadrada por avaliação médica especializada e protocolos clínicos definidos (Petya Vicheva et al., 2024; Gonçalo Cotovio et al., 2023; Fosquiera et al., 2024).

Durante o estágio, foi possível observar uma utente com depressão resistente submetida a este tratamento, tendo a própria referido perceção subjetiva de melhoria após a intervenção. Embora se trate de uma observação individual e sem possibilidade de generalização, esta experiência permitiu compreender a importância do acompanhamento de enfermagem em intervenções terapêuticas diferenciadas, nomeadamente ao nível da preparação da pessoa, monitorização do bem-estar, gestão de expectativas, vigilância de efeitos adversos e suporte emocional.

O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto de internamento assume-se como central na promoção de cuidados especializados, seguros, humanizados e terapêuticos. O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica refere que “as pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam” (OE, 2018, p. 21427). Neste sentido, e considerando que “a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018, p. 21427), o EEESMP assume uma intervenção diferenciada junto da pessoa em situação de sofrimento psíquico, crise ou necessidade de reabilitação. Segundo o mesmo regulamento, para além da monitorização clínica e da gestão do regime terapêutico, compete-lhe desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, orientadas para a recuperação da saúde mental, promoção da autonomia e prevenção da incapacidade. O EEESMP mobiliza ainda competências que lhe permitem estabelecer relações terapêuticas de confiança, promover o *insight* relativamente ao processo saúde-doença, implementar programas de psicoeducação, desenvolver estratégias adaptativas e facilitar processos de reabilitação psicossocial, tendo em vista a reintegração familiar, social e

comunitária da pessoa com doença mental. Este envolvimento contínuo contribui para ganhos significativos em saúde, como documentado na literatura sobre reabilitação psiquiátrica (Gülten Güleşen & Gül Dikeç, 2024; Wen et al., 2025).

No contexto da Unidade de Recuperação, os utentes assumem papéis e responsabilidades definidos, ajustados às suas capacidades funcionais e características individuais. Esta estratégia visa promover a sua autonomia, autoestima, sentido de utilidade e participação ativa, em alinhamento com os princípios da reabilitação psicossocial.

Assim, alguns utentes colaboram nas tarefas relacionadas com a distribuição das refeições, outros participam na recolha e organização da roupa, e todos são incentivados a realizar atividades de autocuidado, como fazer a cama e manter a organização do seu espaço pessoal. Estas rotinas são integradas de forma terapêutica e supervisionada, constituindo oportunidades concretas de treino de competências para a vida diária e de preparação para a reintegração na comunidade.

A filosofia da Unidade de Recuperação do Hospital Conde de Ferreira encontra-se em consonância com os princípios da recuperação centrada na pessoa, os quais reconhecem que, mesmo na presença de sintomas persistentes, a pessoa com doença mental mantém a capacidade de reorganizar a sua vida com significado (Crawford et al*.,* 2020; Gülten Güleşen & Gül Dikeç, 2024; Castro & Knauth, 2021). Este modelo rompe com uma lógica meramente institucionalizadora, privilegiando uma perspetiva capacitadora, em que o utente é integrado ativamente no seu processo de reabilitação e de tomada de decisão sobre os cuidados.

Estes princípios encontram-se atualmente reforçados pelo Regime Jurídico da Saúde Mental, aprovado pela Lei n.º 35/2023, de 21 de julho (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), que introduz uma mudança de paradigma na abordagem à doença mental em Portugal, ao colocar a ênfase na autonomia da pessoa, no respeito pelos seus direitos, na participação informada na promoção da recuperação em contexto comunitário. A legislação estabelece que o internamento deve obedecer a critérios de necessidade e proporcionalidade, privilegiando-se, sempre que possível, respostas em meio

menos restritivo, continuidade de cuidados, reabilitação psicossocial e integração social, dimensões que estruturam o funcionamento da Unidade de Recuperação.

A evidência científica tem demonstrado que programas estruturados, focados na funcionalidade e apoiados por intervenção interdisciplinar, podem contribuir para reduzir internamentos prolongadas, aumentar a satisfação dos utentes e melhorar indicadores de reinserção social (Lima et al., 2020).

No âmbito das intervenções terapêuticas implementadas no serviço, destacam-se programas de reabilitação psicossocial, como musicoterapia, arteterapia, jardinagem terapêutica e atividades ocupacionais em grupo. Estudos demonstraram melhorias ao nível do *insight*, adesão terapêutica e funcionamento psicológico de utentes com perturbações psicóticas (Leitão et al. (2024); (Lam et al., 2023 e Yildiz, 2021). Do mesmo modo, Lim e Lee (2025), num estudo piloto em contexto de internamento agudo, evidenciaram ganhos positivos no bem-estar e funcionalidade após ciclos de arteterapia.

Adicionalmente, a instituição promove práticas orientadas para a continuidade de cuidados, através da realização de reuniões comunitárias com utentes e profissionais, bem como da articulação com estruturas de apoio social, como a Residência de Apoio Máximo (RAMa) e programas de acompanhamento pós-alta. Estas estratégias são fundamentais para uma reabilitação efetiva e sustentada, reforçando a integração social do utente após a alta hospitalar, conforme também defendido pelo enquadramento legal vigente (República Portuguesa, 2023).

Intervenções realizadas no serviço

As intervenções desenvolvidas ao longo deste estágio permitiram mobilizar e consolidar competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Simultaneamente, articularam-se com competências específicas do EEESMP relacionadas com a relação terapêutica, intervenção psicoterapêutica, promoção da saúde

mental, psicoeducação, reabilitação psicossocial e recuperação. Embora neste capítulo a descrição das atividades privilegie a dimensão prática e experiencial do estágio, a análise detalhada das competências desenvolvidas será aprofundada no capítulo seguinte.

Atividades terapêuticas informais e dinâmicas de grupo

Ao longo do estágio na Unidade de Recuperação, foram realizadas diversas atividades terapêuticas informais, que, embora nem sempre integradas num plano estruturado de intervenção, desempenharam um papel essencial na construção da relação terapêutica, na promoção do bem-estar, na observação clínica e na compreensão da experiência subjetiva dos utentes.

Destacam-se, desde logo, os passeios realizados nos espaços exteriores da instituição, que se revelaram momentos privilegiados de interação terapêutica. Nestes contextos, foi possível recorrer à escuta ativa, à empatia e ao diálogo informal, favorecendo a compreensão da história de vida, dos seus interesses, das suas expectativas e da forma como percecionavam o internamento. Estas vivências espontâneas contribuíram para fortalecer a confiança mútua e estabelecer uma aliança terapêutica mais sólida (Mariano Júnior, 2026; Silveira et al*.,* 2025).

Paralelamente, promoveram-se dinâmicas de estimulação cognitiva, entendida como um conjunto de atividades estruturadas e cognitivamente estimulantes destinadas a promover ou preservar funções como memória, atenção, concentração, orientação, linguagem e funções executivas, frequentemente através de metodologias lúdicas e interativas desenvolvidas em contexto social e terapêutico (Mendes et al*.,* 2022). A estimulação cognitiva constitui uma intervenção não farmacológica amplamente utilizada em pessoas com défice cognitivo, perturbações neurocognitivas ou alterações do funcionamento cognitivo associadas a doença mental, existindo evidência científica relativamente aos seus benefícios ao nível da cognição global,

funcionalidade, humor, comunicação e interação social (Gómez-Soria et al*.,* 2022).

Neste contexto, recorreu-se a atividades como palavras cruzadas, sopas de letras, jogos de memória, cálculos simples, exercícios de orientação temporal e espacial, associação de conceitos e outras dinâmicas lúdicas. Estas intervenções contribuíram para estimular capacidades de atenção, memória, raciocínio lógico, linguagem e orientação, sendo particularmente úteis em utentes com défices cognitivos, sintomatologia negativa ou diminuição da iniciativa e participação social, frequentemente observados em situações de esquizofrenia com sintomas negativos predominantes, depressão crónica ou institucionalização prolongada. A literatura demonstra que atividades cognitivamente estimulantes, como jogos de palavras, puzzles e exercícios de memória, podem contribuir para retardar o declínio cognitivo, melhorar o desempenho em tarefas cognitivas e favorecer a autoestima, o humor e a interação interpessoal (Cegolon & Jenkins, 2022; Lissek & Suchan, 2021; Wu et al*.,* 2023).

Para além da estimulação das funções cognitivas, estas atividades assumiram igualmente valor terapêutico e relacional, ao promoverem participação ativa, socialização, sentimento de competência e criação de momentos de prazer e envolvimento no quotidiano institucional. Desta forma, a estimulação cognitiva constituiu não apenas uma estratégia de manutenção funcional, mas também uma intervenção promotora de bem-estar psicológico, inclusão e qualidade de vida.

Outra dinâmica relevante foi a participação dos utentes no Jornal de Parede, recurso já utilizado no serviço. Esta atividade consiste na seleção de uma notícia da atualidade, posteriormente analisada e discutida em grupo. Num dos encontros, refletiu-se sobre um caso real de violência no trânsito envolvendo armas brancas e a atuação de forças de segurança. A discussão gerou um debate significativo sobre temas como o controlo emocional, escalada da agressividade, papel das forças policiais, regulação de impulsos e responsabilidade individual. Esta intervenção revelou-se pertinente na promoção da consciência emocional, empatia e pensamento crítico,

oferecendo aos utentes a oportunidade de transferirem reflexões simbólicas para situações da sua própria experiência.

A combinação destas práticas (escuta ativa em contextos não estruturados, participação em atividades expressivas, estimulação cognitiva através de jogos e exercícios lúdicos e discussão orientada de temas da atualidade) revelou-se importante no fortalecimento da aliança terapêutica e na promoção de um ambiente terapêutico mais próximo, humano e centrado na pessoa. Estas experiências permitiram criar momentos de conexão genuína entre utente e profissional, favorecendo a construção de vínculos terapêuticos e estimulando a expressão espontânea de emoções e pensamentos. Assim, mesmo quando não integradas num plano formal de cuidados, estas intervenções devem ser reconhecidas como componentes significativas no processo de reabilitação psicossocial, contribuindo para uma abordagem holística e integrada da saúde mental. (OE, 2023; Silveira et al*.,* 2025).

Intervenção psicoterapêutica formal dirigida: "O Círculo das Emoções"

A Unidade de Recuperação do Centro Hospitalar Conde de Ferreira acolhe utentes com perturbações mentais crónicas, clinicamente estabilizados, mas frequentemente com necessidades significativas ao nível da funcionalidade, autonomia, regulação emocional, comunicação interpessoal e participação social. Neste contexto, foi proposta uma intervenção psicoterapêutica em grupo, com o objetivo de estimular a expressão e regulação emocional de forma dinâmica, lúdica, estruturada e terapeuticamente orientada. Importa clarificar que a intervenção psicoterapêutica de enfermagem se distingue do conceito clássico de psicoterapia, centrando-se na especificidade da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Segundo Sampaio et al., a intervenção terapêutica em enfermagem é entendida como "um processo que se baseia na relação interpessoal desenvolvida entre o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e a

pessoa, no qual o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados" (Sampaio et al., 2016, p. 12). Complementando esta perspetiva, o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem refere que a intervenção psicoterapêutica de enfermagem deve assentar numa intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial, baseada em referenciais teóricos da psicoterapia, tendo como base a relação terapêutica, a comunicação interpessoal e a participação ativa do utente no processo terapêutico (OE, 2023). Este guia, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, reforça a necessidade de estruturação, intencionalidade terapêutica, fundamentação teórica e avaliação das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem. Neste enquadramento, propôs-se a implementação da intervenção grupal "O Círculo das Emoções", orientada para a promoção da expressão emocional, desenvolvimento de estratégias de autorregulação e fortalecimento das competências relacionais e adaptativas dos utentes internados na Unidade de Recuperação. Cada sessão utilizou uma abordagem terapêutica distinta- música, mímica, filmoterapia e *roleplay*- visando trabalhar a identificação, expressão, compreensão e regulação das emoções.

Inicialmente, a necessidade de intervenção foi avaliada através da interação com os utentes, da observação clínica, da escuta ativa e da aplicação da versão portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS – P. Esta avaliação permitiu obter dados objetivos sobre a perceção, compreensão e regulação emocional dos participantes, orientando a definição dos objetivos terapêuticos e a estruturação das sessões.

A literatura sugere que, em pessoas com perturbação mental crónica, atividades criativas e expressivas podem contribuir para o fortalecimento da identidade, autoestima, comunicação emocional, capacidade relacional e adesão ao processo terapêutico.

A conceção, implementação e avaliação desta intervenção psicoterapêutica grupal permitiu mobilizar competências comuns e

específicas do EEESMP, nomeadamente ao nível da prática baseada na evidência, planeamento de intervenções terapêuticas, avaliação de resultados sensíveis à enfermagem e promoção de ganhos em saúde mental.

Neste âmbito, a intervenção articulou-se particularmente com a Competência Específica F3 - “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018, p. 21428) e com a Competência Específica F4 - “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018, p. 21430). Relativamente à Competência F3, destacou-se a mobilização da Unidade de Competência F3.2- “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.” (OE, 2018, p. 21429), através da identificação de indicadores sensíveis em saúde mental e da monitorização de resultados decorrentes da intervenção desenvolvida. A aplicação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS-P) antes e após o programa permitiu avaliar alterações ao nível da perceção, compreensão e regulação emocional dos participantes, indo ao encontro dos critérios F3.2.1- “Compromete -se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental.” (OE, 2018, p. 21429) e F3.2.2- “Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.” (OE, 2018, p. 21429).

Paralelamente, a estruturação do programa terapêutico, definição de objetivos, organização das sessões e adequação das estratégias às necessidades do grupo permitiram desenvolver competências inerentes à Unidade F3.3 — “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.” (OE, 2018, p. 21429).

Por sua vez, ao nível da Competência F4, esta intervenção enquadrou-se particularmente na Unidade de Competência F4.2- “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." (OE, 2018, p. 21430). Esta competência foi mobilizada através da implementação de intervenções terapêuticas grupais promotoras de expressão emocional, *insight*, comunicação, regulação afetiva e interação interpessoal. Neste contexto, o critério F4.2.1- "Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental *e às transições."* (OE, 2018, p. 21430) revelou-se central, uma vez que prevê a implementação de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas em contexto individual, familiar ou grupal. A utilização de técnicas expressivas como musicoterapia, dramatização, *roleplay* e filmoterapia possibilitou criar experiências terapêuticas promotoras de autoconhecimento, interação interpessoal, adaptação emocional e desenvolvimento de estratégias de *coping* mais ajustadas.

Simultaneamente, toda a intervenção foi sustentada numa prática baseada na evidência científica, conforme preconizado no Regulamento n.º 515/2018, que reforça a necessidade de o EEESMP desenvolver cuidados especializados orientados para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e sustentados pela melhor evidência disponível. Esta dimensão encontra-se igualmente prevista no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, particularmente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais mais especificamente no domínio D4 – "Suporta a prática clínica em evidência científica" (OE, 2026, p. 8) , no qual se estabelece que o enfermeiro especialista deve desenvolver a sua práxis clínica considerando a evidência científica, atuando como dinamizador da incorporação de novo conhecimento, promovendo a divulgação de resultados e contribuindo para o desenvolvimento contínuo da prática clínica especializada.

De igual modo, o Regulamento n.º 515/2018 integra esta exigência na especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, salientando no seu preâmbulo "O avanço no conhecimento requer que o EESMP incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática,

desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projetos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização." (OE, 2018, p. 21427). Também no âmbito da Competência F3, relativa ao planeamento de cuidados, é explicitamente referido que a prescrição de intervenções deve assentar na evidência científica disponível, visando a promoção da saúde mental, prevenção de complicações e maximização do potencial de recuperação da pessoa.

Desta forma, a implementação do "Círculo das Emoções" constituiu não apenas uma experiência de intervenção clínica especializada, mas também uma oportunidade de consolidação de competências avançadas de planeamento, tomada de decisão terapêutica, avaliação de resultados e desenvolvimento de cuidados centrados na recuperação e qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico.

A utilização de intervenções psicoterapêuticas que integrem técnicas expressivas, como musicoterapia, mímica, dramatização e filmoterapia, tem ganho relevância no campo da saúde mental, especialmente em serviços de psiquiatria que acompanham pessoas com doença mental crónica. Estas abordagens, assentes na expressão criativa, oferecem meios não verbais de comunicação emocional, promovem bem-estar psicológico e contribuem para os processos de recuperação e tratamento (Zhansaya Iskakova *et al.,* 2023).

Um dos principais fundamentos para a adoção de terapias expressivas, reside na sua capacidade de proporcionar meios alternativos de expressão emocional. O ato criativo permite que os utentes comuniquem sentimentos que, por vezes, não conseguem verbalizar, criando um espaço seguro para a exploração e regulação emocional. De acordo com Wang et al. (2024), a expressão artística demonstra eficácia na redução do *stress* e da ansiedade, promovendo simultaneamente a autoaceitação. Esta forma de expressão é particularmente relevante para pessoas com défices cognitivos, retração emocional ou dificuldades de comunicação verbal, possibilitando o acesso a uma linguagem simbólica e acessível (Gonzalez et al., 2023).

A literatura revela ainda que a participação em intervenções artísticas está associada à redução de sintomas de ansiedade e depressão. Tang et al. (2020) reforçam esta evidência ao demonstrarem, através de ensaios clínicos randomizados, que a musicoterapia pode constituir uma intervenção eficaz na redução dos sintomas depressivos, sobretudo quando integrada com outras abordagens terapêuticas. Complementarmente, Shan et al. (2024) salientam que a musicoterapia pode melhorar os estados emocionais e a função cognitiva, ao induzir mudanças em redes cerebrais associadas modulação de emoções negativas em pessoas com depressão ligeira a moderada.

A combinação de diferentes formas de expressão artística, como pintura, música, dramatização e movimento, representa uma abordagem complementar e potencialmente sinérgica no trabalho emocional. O ato de criar arte fornece uma via concreta para a regulação emocional, permitindo que as pessoas canalizem sentimentos de forma estruturada e construtiva. Segundo Czamanski-Cohen et al. (2023), os protocolos de arteterapia promovem a expressão e a aceitação das emoções, desempenhando um papel vital na melhoria da saúde mental e na redução da ansiedade e depressão. Nesta linha, Gonçalves et al. (2021) demonstram como a utilização do teatro em contexto de internamento psiquiátrico possibilitou ganhos na expressão emocional, favorecendo o autoconhecimento e o desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Além dos benefícios individuais, estas terapias expressivas têm um impacto positivo nas dinâmicas grupais, fomentando empatia, conexão social e sentimento de pertença entre os participantes. A partilha artística em grupo cria oportunidades para o suporte emocional mútuo e o fortalecimento das relações interpessoais, aspetos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida de pessoas com doença mental crónica. Neste sentido, Vivek Velayutham et al. (2023) evidenciam como estas intervenções promovem o sentimento de comunidade e a coesão grupal. Por sua vez, Haeyen et al. (2020) refere que a terapia artística em grupo favorece não só a expressão das emoções, mas também a melhoria da autoimagem e da autonomia dos participantes.

Em síntese, a integração de técnicas como musicoterapia, teatro, mímica, filmoterapia e *roleplay* em intervenções psicoterapêuticas de enfermagem representa uma estratégia inovadora, acessível, criativa e potencialmente eficaz no acompanhamento emocional de pessoas com doença mental crónica. As evidências científicas disponíveis sublinham o valor terapêutico destas modalidades, que não só facilitam o processamento e a gestão das emoções, como também fortalecem os laços sociais e contribuem para o bem-estar global dos participantes.

A intervenção planeada teve como objetivo geral fomentar a consciência emocional e a expressão de sentimentos, num ambiente terapêutico de grupo que reforçasse o suporte interpessoal e a resiliência. Para tal, foram delineados objetivos específicos para cada sessão, adaptando as metodologias às capacidades cognitivas, emocionais e relacionais dos utentes selecionados.

Inicialmente, foi aplicada a Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law, na sua versão portuguesa (WLEIS-P), como instrumento de avaliação inicial (Anexo I). A WLEIS-P, validada para a população portuguesa por Rodrigues et al. (2011), é um instrumento de autoavaliação que avalia a inteligência emocional percebida, isto é, a forma como o indivíduo reconhece, compreende, regula e utiliza as suas próprias emoções e as emoções dos outros. Desenvolvida originalmente por Wong e Law em 2002, e posteriormente adaptada e validada para o contexto português, esta escala tem sido amplamente utilizada em investigação, bem como em contextos de intervenção psicológica e psicoterapêutica.

A WLEIS-P é composta por 16 itens distribuídos por quatro dimensões fundamentais: avaliação das próprias emoções, avaliação das emoções dos outros, uso das emoções e regulação das emoções. A primeira dimensão avalia a capacidade de reconhecer e compreender as próprias emoções; a segunda reflete a competência em identificar e compreender as emoções nas outras pessoas; a terceira mede a capacidade de utilizar as emoções de forma positiva para facilitar desempenho, motivação e bem-estar; e a quarta avalia a habilidade de gerir e controlar emoções de forma adequada e adaptativa.

A aplicação da escala é simples e rápida, podendo ser feita em formato papel ou digital. O participante responde a cada item indicando o grau de concordância numa escala tipo *Likert* de sete pontos, que varia de "discordo totalmente" a "concordo totalmente". O preenchimento demora em média entre cinco e dez minutos, sendo possível aplicá-la tanto individualmente ou em grupo (Rodrigues et al., 2011). O funcionamento da WLEIS-P baseia-se na análise das respostas aos 16 itens, agrupados nas quatro dimensões referidas, permitindo obter um perfil global de inteligência emocional percebida. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais altos de perceção de competência emocional. Esta informação é particularmente útil em contexto psicoterapêutico, pois permite compreender melhor o funcionamento emocional do utente, identificar áreas de força e vulnerabilidade emocional e orientar a intervenção no sentido de promover maior autoconsciência emocional, empatia e regulação emocional (Villalba et al., 2025; Rodrigues et al., 2011).

A aplicação desta escala permitiu conhecer o perfil emocional dos participantes e orientar as sessões com base nas suas necessidades. Foram igualmente consultados os resultados do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), instrumentos aplicados periodicamente no serviço, com o objetivo de adequar as atividades às capacidades cognitivas dos participantes.

O grupo foi constituído de acordo com critérios de adequação clínica e funcional, procurando garantir um ambiente seguro e propício ao desenvolvimento emocional. A intervenção decorreu ao longo de quatro semanas, com uma sessão temática por semana, entre 45 e 60 minutos, dinamizada por terapeuta e coterapeuta, de acordo com a disponibilidade da equipa. A intervenção integrou estratégias expressivas e psicoeducativas, recorrendo à musicoterapia, mímica, filmoterapia e *roleplay*, com o objetivo de promover o reconhecimento, expressão e regulação emocional, bem como o desenvolvimento de competências relacionais e de comunicação assertiva. Ao longo da intervenção foram trabalhadas competências relacionadas com a identificação emocional, comunicação verbal e não verbal, empatia, autorreflexão, resolução de conflitos e autorregulação emocional. De forma

transversal, todas as sessões incluíram momentos de acolhimento, desenvolvimento da atividade principal e reflexão final (*debriefing*), permitindo a partilha de experiências e a consolidação das aprendizagens. Foi igualmente utilizado o "Quadro das Emoções" como recurso de apoio à identificação e verbalização dos estados emocionais. Os planos de sessão encontram-se sistematizados no Anexo II, o cronograma de dinamização no Anexo III e em Anexo IV encontra-se o recurso de apoio à identificação e verbalização dos estados emocionais "Quadro das Emoções". A caracterização detalhada de cada sessão, incluindo fundamentação teórica, metodologia, atividades desenvolvidas e resultados observados, encontra-se disponível no Anexo V.

Ao longo das quatro sessões, foi possível observar uma progressiva familiarização dos utentes com os temas trabalhados e uma maior abertura à expressão emocional. O *feedback* espontâneo durante os *debriefings* e nas conversas informais posteriores reforçou o impacto positivo da intervenção. Alguns utentes partilharam episódios do quotidiano em que conseguiram identificar comportamentos emocionais disfuncionais e aplicar estratégias de autorregulação trabalhadas no grupo. Destacaram, por exemplo, a importância de comunicar antes de reagir impulsivamente, referindo que, em situações de confronto, procuraram falar com a outra pessoa e explicar a sua perspetiva, em vez de recorrerem à agressividade verbal ou física.

Este tipo de comentário, associado à capacidade de nomear emoções, reconhecer limitações próprias e sugerir alternativas saudáveis de atuação, evidencia transferência de aprendizagens para contextos reais, dimensão particularmente relevante em utentes com histórico de desregulação emocional e dificuldades relacionais.

A atividade permitiu ainda aprofundar o sentido de pertença grupal, escuta mútua e reconhecimento interpessoal, aspetos frequentemente comprometidos em contextos de internamento prolongado. O envolvimento ativo, o respeito pelas diferentes perspetivas e o espaço seguro criado contribuíram para reforçar a autoestima e o trabalho individual, confirmando o potencial terapêutico de intervenções baseadas na expressão simbólica, criatividade e partilha emocional.

A aplicação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law — WLEIS-P — antes e após a intervenção evidenciou uma melhoria global nos valores obtidos, sugerindo ganhos ao nível da perceção, compreensão e gestão das emoções (Anexo VI). O culminar desta atividade gerou um sentimento de pertença, conquista e esperança partilhada. As sessões foram avaliadas pelos participantes, conforme consta no Anexo VII. As faltas registadas em algumas sessões, entre dois a quatro utentes, decorreram de motivos externos à dinâmica do grupo, nomeadamente participação em oficinas, atividades culturais, consultas ou saídas previamente agendadas com familiares.

Todas estas intervenções permitiram desenvolver competências relacionais e comunicacionais fundamentais à prática especializada em saúde mental, particularmente no domínio da Competência Específica F1 — "Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" (OE, 2018, p. 21427). Esta competência revelou-se transversal a todas as atividades desenvolvidas, sobretudo na construção da relação terapêutica, na utilização de si enquanto instrumento terapêutico e na promoção de um ambiente emocionalmente seguro, continente e facilitador da expressão emocional.

No âmbito da Unidade de Competência F1.1 — "Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas." (OE, 2018, p. 21428) — foi possível desenvolver capacidades de autorreflexão e monitorização das próprias respostas emocionais durante as interações com os utentes. A participação nas dinâmicas grupais, atividades informais e sessões psicoterapêuticas exigiu constante atenção às próprias emoções, atitudes e formas de comunicar, permitindo concretizar critérios como o F1.1.1 — "Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar." (OE, 2018, p. 21428) — através da identificação das próprias emoções e reações na interação terapêutica.

Também foi mobilizado o critério F1.1.2 — “Gere os fenómenos de transferência e contra - transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.” (OE, 2018, p. 21428) — relacionado com a capacidade de reconhecer a influência das vivências pessoais na relação estabelecida com o outro. Paralelamente, o contacto continuado com pessoas em sofrimento psíquico possibilitou desenvolver competências associadas ao critério F1.1.3 — “Mantêm o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.” (OE, 2018, p. 21428), nomeadamente na gestão de fenómenos transferenciais e de contratransferência, particularmente em situações emocionalmente mobilizadoras, conflitos interpessoais ou momentos de maior vulnerabilidade emocional dos utentes.

A necessidade de manter uma postura empática, autêntica e simultaneamente terapêutica permitiu também trabalhar o critério F1.1.4 — “Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.” (OE, 2018, p. 21428) — através da adaptação consciente da comunicação e das intervenções ao estado emocional, cognitivo e relacional de cada pessoa, preservando a integridade do processo terapêutico.

Estas experiências reforçaram a compreensão de que, em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o principal instrumento terapêutico é o próprio enfermeiro. Assim, o desenvolvimento de competências de autoconhecimento, gestão emocional e consciência relacional constituiu um elemento essencial para a consolidação de uma prática especializada humanizada, reflexiva, ética e centrada na pessoa. A reflexão crítica acerca destas competências e da sua articulação com os referenciais normativos da profissão será aprofundada no capítulo seguinte.

1.2. Cuidados de Saúde na Comunidade

O Estágio de Natureza Profissional, desenvolvido em contexto de cuidados de saúde na comunidade, teve como finalidade o aprofundamento

de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, privilegiando uma abordagem centrada na promoção da saúde mental, prevenção da doença, continuidade de cuidados, intervenção precoce e reabilitação psicossocial. Em consonância com os objetivos definidos no guia orientador da unidade curricular, este estágio procurou proporcionar a integração do estudante em equipas multidisciplinares e em respostas assistenciais de proximidade, orientadas para a pessoa, família, grupos e comunidade, numa perspetiva integrada e articulada com os recursos comunitários existentes.

A crescente valorização dos cuidados de saúde mental na comunidade, consolidada pelo Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro, reflete o compromisso com a reorganização dos serviços de saúde mental, a desinstitucionalização progressiva e a transição para modelos de cuidados de proximidade. Este paradigma privilegia intervenções menos restritivas, centradas na recuperação pessoal (*recovery*), na autonomia, na funcionalidade e na inclusão social, assegurando a continuidade de cuidados através da articulação entre cuidados de saúde primários, serviços locais de saúde mental, rede de cuidados continuados, respostas sociais e parceiros da comunidade (Sousa Gago et al., 2023; Decreto-Lei n.º 113/2021, 2021). Neste contexto, o EEESMP assume um papel fundamental no desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, psicoeducativas e de reabilitação, promovendo a capacitação da pessoa e família, a adesão terapêutica, a prevenção de recaídas e a integração comunitária (OE, 2018).

O estágio decorreu entre setembro e outubro de 2025 na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da Maia, integrada na área dos cuidados de saúde primários da Unidade Local de Saúde de São João, perfazendo um total de 190h de contacto direto. Esta experiência permitiu contactar com diferentes realidades clínicas, familiares e sociais, bem como compreender a importância da continuidade de cuidados e da articulação entre os vários níveis assistenciais na resposta às necessidades das pessoas em situação de sofrimento psíquico ou vulnerabilidade psicossocial. Revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento de competências ao nível da intervenção comunitária, da promoção da literacia em saúde mental, da

avaliação de necessidades e da construção de cuidados centrados na pessoa, no seu projeto de vida e no contexto em que se insere.

A UCC da Maia foi criada em dezembro de 2011.Esta experiência permitiu contactar com diferentes realidades clínicas, familiares e sociais, bem como compreender a importância da continuidade de cuidados e da articulação entre os vários níveis assistenciais na resposta às necessidades das pessoas em situação de sofrimento psíquico ou vulnerabilidade psicossocial. Revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento de competências ao nível da intervenção comunitária, da promoção da literacia em saúde mental, da avaliação de necessidades e da construção de cuidados centrados na pessoa, no seu projeto de vida e no contexto em que se insere.

O modelo organizacional das UCC assenta em equipas multidisciplinares, constituídas por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas, higienistas orais, entre outros profissionais, em regime permanente ou de colaboração parcial, de acordo com as necessidades da população abrangida, o diagnostico de saúde local e os projetos em desenvolvimento. A distribuição de recursos humanos é definida de acordo com vários fatores, nomeadamente a dimensão e dispersão da população, a vulnerabilidade dos grupos acompanhados e a integração de respostas domiciliarias, nomeadamente no âmbito da Equipa de Cuidados Continuados Integrados e da e da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. Como referência, a Ordem dos Enfermeiros recomenda que exista pelo menos um enfermeiro por cada 5.000 habitantes, idealmente com especialização, de forma a responder às especificidades das comunidades (OE, 2014).

A UCC Maia representa, assim, um modelo de cuidados de proximidade que articula intervenção clínica, social, educativa e comunitária, respondendo de forma integrada às necessidades da população. O seu funcionamento assenta na multidisciplinaridade, na promoção da saúde, na prevenção da doença e no acompanhamento continuado de grupos em situação de maior vulnerabilidade, alinhando-se com os princípios da reforma

dos cuidados de saúde primários e com as orientações nacionais para a saúde comunitária.

A missão da UCC Maia consiste em prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social em contexto comunitário e domiciliário, tendo como foco as pessoas, famílias e grupos em situação de maior fragilidade, dependência doença crónica ou necessidade de acompanhamento próximo. Paralelamente, assume responsabilidades na educação para a saúde, na promoção de redes de apoio à família, na capacitação da comunidade e no desenvolvimento de projetos de intervenção ajustados às necessidades locais.

A sua visão é ser reconhecida como uma estrutura funcional de excelência, capaz de contribuir ativamente para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica, assegurando cuidados de qualidade técnica, científica, ética e humana.

Os valores que sustentam a prática da UCC Maia, segundo o guia de integração de estudantes da unidade, incluem:

- a responsabilidade na gestão autónoma e funcional da unidade, a humanização dos cuidados,
- a solidariedade e trabalho em equipa,
- a cooperação, através da articulação com outras unidades funcionais do ACeS e parceiros locais,
- a eficiência,
- a melhoria contínua, a formação dos profissionais, a integração de estudantes em ensino clínico e a criação de parcerias comunitárias, que potenciem resposta em saúde.

Entre os principais objetivos delineados para a UCC Maia destacam-se o reforçar a rede de parcerias, a otimização da articulação entre diferentes instituições e serviços, e a promoção da proximidade na relação com utentes, famílias e comunidades, através de um modelo de intervenção, acessível, humanizado e ajustado às necessidades reais da população

Relativamente à área geográfica abrangida a UCC da Maia atua num território que integra as freguesias da Cidade da Maia, Milheirós e Nogueira/Silva Escura, com uma população total de 46.196 habitantes, distribuídos por uma área de 96,78 km². A densidade populacional varia entre freguesias, com destaque para Milheirós, que apresenta a maior concentração populacional (1.152,63 hab/km²). Esta diversidade territorial e demográfica constitui um desafio acrescido na organização e planeamento dos cuidados, exigindo adaptação das respostas às realidades locais.

A UCC da Maia desenvolve um conjunto diversificado de projetos dirigido diferentes fases do ciclo vital e grupos de risco descritos no Manual de Acolhimento e Integração da UCC da Maia. Entre estes destacam-se:

- promoção da Saúde Escolar, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) com o acompanhamento de crianças e jovens em contexto escolar e definição de planos individuais de saúde em articulação com famílias e professores;

- o programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (PNSSR) que inclui a preparação para o parto (PPP), dirigido a grávidas a partir das 26 semanas; revisão do puerpério (RPP), destinado a mulheres no pós-parto entre 4 a 6 semanas e monitorização infantil (MI), que acompanha mães e bebés até ao primeiro ano de vida; os cuidados antecipatórios em saúde escolar e junto de famílias beneficiarias do Rendimento Social de Inserção; o projeto Cuidar da Pessoa Idosa na Comunidade; e a intervenção no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

- cuidados antecipatórios em saúde escolar e junto de famílias beneficiarias do Rendimento Social de Inserção; o projeto Cuidar da Pessoa Idosa na Comunidade; e a intervenção no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados.

Cada projeto dispõe de critérios específicos de inclusão, formas de referenciação e mecanismos de retorno de informação às entidades que

encaminham os utentes, garantindo a articulação interinstitucional e a continuidade assistencial.

A UCC da Maia está instalada no primeiro andar do edifício da Santa Casa da Misericórdia da Maia, na Avenida Visconde de Barreiros. Dispõe de dois gabinetes de atendimento e de um ginásio, utilizado para atividades de reabilitação e projetos específicos da unidade.

O horário de funcionamento decorre nos dias úteis entre as 8h00 e as 20h00. No caso da ECCI, o serviço prolonga-se aos fins de semana e feriados entre as 9h00 e as 17h00), mediante agendamento. Os turnos seguem jornadas contínuas de oito horas, habitualmente organizadas em três horários: 8h00-15h00, 9h00-16h00 e 13h00-20h00. A unidade dispõe de normas específicas relativas à gestão de equipamentos, reposição de material de consumo clínico e tratamento de resíduos provenientes das visitas domiciliárias assegurando o cumprimento das regras de segurança, higiene e controlo de risco.

A equipa é composta por enfermeiros com diferentes áreas de especialização: enfermagem de saúde infantil e pediátrica (2 enfermeiros), enfermagem de saúde materna e obstétrica (2 enfermeiros), enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (2 enfermeiros), enfermagem de reabilitação (2 enfermeiros) e enfermeiros de cuidados gerais (3 enfermeiros). Integra ainda uma assistente técnica e articula-/ULS, sempre que necessário.

Esta diversidade de competências favorece uma abordagem integral e diferenciada, permitindo à unidade responder às múltiplas necessidades da população.

Os cuidados são organizados em equipa, com especial articulação diária no âmbito da ECCI, em função das necessidades dos utentes e das visitas domiciliárias programadas. A gestão de casos é discutida semanalmente em reunião de equipa, às terças-feiras, e quinzenalmente decorre uma reunião geral de serviço, na qual são abordadas questões relacionadas com a dinâmica da unidade, organização dos cuidados e projetos em curso.

Os registos de enfermagem são realizados nas plataformas institucionais, nomeadamente Sclínico® e GestCare® CCI, sendo da responsabilidade do estudante registar os cuidados prestados, sob supervisão direta do orientador clínico.

A UCC da Maia desenvolve múltiplos projetos no âmbito da saúde mental, dirigidos a diferentes faixas etárias e contextos de vida, com o propósito de promover o bem-estar emocional, prevenir perturbações mentais e apoiar pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade psicológica. Estas iniciativas são dinamizadas pelos EEESMP, em articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar e parceiros da comunidade.

Entre os projetos em curso destacam-se a Saúde Mental Positiva em Contexto Escolar, a intervenção em Saúde Mental em contexto de ECCI, o projeto Viver com Demência, a Promoção da Saúde Mental do Idoso, o projeto Cuidar o Cuidador, o Grupo de Ajuda Mútua de Cuidadores, a Intervenção na População com Perturbação Mental, a Saúde Mental em Contexto Laboral e a Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto.

O projeto Saúde Mental Positiva em Contexto Escolar parte da premissa de que a escola é um espaço privilegiado de promoção da saúde mental. A intervenção visa fortalecer o bem-estar emocional dos alunos, professores e restante comunidade educativa, através da criação de ambientes escolares mais saudáveis, participativos e afetivos. Integra ações de psicoeducação, acompanhamento individual e familiar, estratégias de prevenção do *stress* e promoção de competências sócio-emocionais, contribuindo para o reforço de fatores protetores na infância e adolescência.

No âmbito da ECCI, a intervenção em saúde mental visa acompanhar utentes e cuidadores no domicílio, prevenindo o agravamento da doença e promovendo a adaptação emocional e funcional à nova condição de saúde. O EEESMP avalia necessidades psicossociais, promove aconselhamento, psicoeducação e estratégias de *coping*, e orientação familiar na gestão do regime terapêutico e das expectativas. A atuação em proximidade permite humanizar os cuidados, fortalecer a autonomia do utente e prevenir a desinserção social.

O projeto “Viver com Demência” responde ao crescente número de pessoas com défice cognitivo e às necessidades emocionais dos cuidadores. A intervenção centra-se na capacitação da pessoa com demência e da família, abordando aspetos cognitivos, comportamentais e emocionais da doença. São dinamizadas sessões de estimulação cognitiva individual e em grupo, bem como grupos de psicoeducação e apoio emocional para cuidadores. O enfermeiro especialista atua tanto no domicílio como em estruturas comunitárias, promovendo a adaptação às mudanças, a preservação da autonomia possível e a melhoria da qualidade de vida do binómio pessoa-cuidador.

O programa de Promoção da Saúde Mental do Idoso dirige-se a pessoas com 65 ou mais anos que manifestem risco de alterações emocionais, cognitivas ou sociais. Tem como finalidade promover o bem-estar psicológico, emocional e espiritual da pessoa idosa, reduzindo sentimentos de solidão, tristeza, medo ou ansiedade. Inclui intervenções individuais de natureza psicoterapêutica, ações de literacia em saúde mental, técnicas de relaxamento e estratégias de promoção da autoestima, socialização e envelhecimento ativo.

O projeto “Cuidar o Cuidador”, reconhece que cuidar de um familiar com dependência, doença crónica ou doença mental é uma tarefa exigente, frequentemente associada a sobrecarga física e emocional. Pretende promover a saúde mental e o bem-estar dos prestadores de cuidados, dotando-os de conhecimentos, estratégias de *coping* e recursos para lidar com o *stress* associado ao cuidar. A intervenção combina aconselhamento, psicoeducação individual e familiar, momentos de reflexão sobre o papel do cuidador, com o objetivo de reduzir o isolamento, aumentar a resiliência e prevenir a sobrecarga.

O “Grupo de Ajuda Mútua de Cuidadores” surge como um espaço de partilha, solidariedade e apoio emocional entre pessoas que assumem o papel de cuidar de familiares dependentes. As sessões incluem psicoeducação, técnicas de relaxamento, meditação, escrita criativa e expressão emocional, permitindo que os cuidadores reconheçam e validem as suas próprias necessidades. Esta dinâmica de grupo reforça o sentimento de pertença,

promove suporte entre pares e contribui para a redução da sobrecarga e do isolamento.

O programa de Intervenção na População com Perturbação Mental visa acompanhar pessoas com doença mental grave em contexto domiciliário, promovendo recuperação psicossocial e reintegração comunitária. As intervenções incluem treino de habilidades de vida diária, gestão da medicação, psicoeducação, reforço da autoestima e fortalecimento da identidade pessoal. O enfermeiro especialista atua em parceria com o utente e a família, valorizando a tomada de decisão partilhada e o *empowerment*, em consonância com os princípios da reforma da saúde mental e da Lei n.º 35/2023.

O projeto "Saúde Mental em Contexto Laboral" dirige-se principalmente aos profissionais de saúde, reconhecendo o impacto do *stress* ocupacional na saúde mental. Visa promover o bem-estar psicológico no local de trabalho, através de intervenções preventivas, técnicas de gestão do *stress*, psicoeducação e estratégias de equilíbrio entre vida pessoal e profissional. A promoção de ambientes laborais saudáveis contribui para reduzir o absentismo, melhorar a satisfação profissional e prevenir perturbações mentais, como a ansiedade e a depressão.

Por fim, o projeto "Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto" reconhece que os períodos pós-partos-partos representam fases de intensas transformações físicas, emocionais, familiares e relacionais, podendo despertar vulnerabilidades psicológicas que exigem atenção especializada. Este projeto visa promover o bem-estar emocional e a adaptação saudável à parentalidade, apoiando a mulher e o casal na gestão das mudanças inerentes a este ciclo de vida. As intervenções incluem acompanhamento psicoterapêutico em contexto domiciliário ou na UCC, psicoeducação, estratégias de *coping*, promoção da literacia em saúde mental perinatal e envolvimento da família como rede de suporte. O EEESMP assume aqui um papel central na deteção precoce de sinais de sofrimento psíquico e na implementação de planos de intervenção que reforcem a autoestima, a vinculação e a saúde mental materna e familiar.

Em conjunto, estes projetos refletem uma abordagem integrada e multidimensional da saúde mental na comunidade, atuando desde a prevenção primária até ao acompanhamento especializado. A intervenção do EEESMP na UCC da Maia revela-se transversal, abrangendo todas as fases do ciclo vital, com especial enfoque na promoção da autonomia, capacitação dos cuidadores, intervenção precoce, continuidade assistencial e articulação entre os diferentes contextos de vida e cuidado.

Intervenções realizadas no serviço

A prática desenvolvida na UCC da Maia caracterizou-se por uma ampla variedade de intervenções, abrangendo psicoterapêuticas, psicoeducativas, comunitárias e domiciliárias. O contacto com diferentes grupos populacionais, desde grávidas e puérperas até jovens em sofrimento emocional, pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e cuidadores sobrecarregados, proporcionou uma experiência abrangente e profundamente formativa, consolidando a visão integral da intervenção do EEESMP.

As intervenções realizadas integram ações planeadas, como grupos e projetos estruturados, bem como consultas individuais de avaliação e acompanhamento de utentes referenciados por médicos de família, enfermeiros de saúde materna ou professores.

A diversidade de contextos e experiências permitiu mobilizar e desenvolver os diferentes domínios de competências comuns do Enfermeiro Especialista preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e equipas e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal – A: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, respeitando os direitos humanos e agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (OE, 2026, p. 4), destacou-

se a necessidade constante de adequar as intervenções às especificidades socioculturais, emocionais e familiares dos diferentes grupos acompanhados, assegurando confidencialidade, respeito pela autonomia, autodeterminação e direitos das pessoas em situação de maior vulnerabilidade podemos explicitar a unidade A1.1- “Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.” (OE, 2026, p. 5) pois as estratégias de resolução de problemas foram construídas em parceria com o cliente. A intervenção junto de jovens, grávidas, puérperas, pessoas idosas e cuidadores exigiu tomada de decisão ética contínua, sustentada nos princípios da beneficência, não maleficência, justiça, respeito pela dignidade humana e parceria terapêutica.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade — B: “Desenvolve práticas de qualidade dinamizando iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e gerindo programas de melhoria contínua, em ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2026, p. 5) —, a participação em projetos comunitários, consultas de acompanhamento e intervenções grupais permitiu integrar práticas sustentadas na evidência científica, refletindo continuamente sobre os ganhos em saúde mental, adequação das estratégias utilizadas e necessidade de adaptação das intervenções aos diferentes contextos comunitários. A observação da reorganização interna dos projetos da UCC constituiu igualmente uma oportunidade de compreender processos de planeamento, priorização e reorganização de respostas em saúde comunitária, mobilizando as unidades de competência B1 — “Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (OE, 2026, p. 6) — e B4 — “Planeia programas de melhoria contínua” (OE, 2026, p. 6).

No domínio da gestão de equipas e de cuidados — C: “Desenvolve a gestão da equipa de enfermagem, otimizando a sua resposta e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados” (OE, 2026, p. 7) —, foi possível colaborar nas decisões da equipa de saúde, reconhecer a necessidade de negociação e referenciação para outros profissionais e serviços, e compreender a importância da continuidade de cuidados e da gestão integrada dos recursos existentes na comunidade. A articulação com médicos de família, enfermeiros, professores, assistentes sociais e outros parceiros

comunitários permitiu desenvolver competências associadas à Unidade de Competência C3 — “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2026, p. 7), particularmente no que respeita à utilização eficiente dos recursos disponíveis para promover cuidados de qualidade.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais esteve presente de forma transversal ao longo de todo o estágio, através da reflexão crítica contínua sobre as experiências vividas, da mobilização de evidência científica para fundamentar a prática e do desenvolvimento progressivo de competências relacionais, comunicacionais e terapêuticas enquanto futura EEESMP. Estas experiências permitiram mobilizar competências associadas ao Domínio D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade no âmbito da praxis clínica especializada, considerando a evidência científica.” (OE, 2026, p. 7) - particularmente a Unidade de Competência D1 - “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.” (OE, 2026, p. 8) – e a Unidade de Competência D4 - “Suporta a prática clínica em evidência científica.” (OE, 2026, p. 8) e orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

No âmbito das competências específicas, o estágio na UCC da Maia permitiu mobilizar competências avançadas nos diferentes domínios de atuação preconizados pelo Regulamento n.º 515/2018, particularmente ao nível da promoção da saúde mental comunitária, prevenção da doença mental, recuperação psicossocial e desenvolvimento de intervenções terapêuticas especializadas.

No domínio da otimização da saúde mental- Competência F2: “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.” (OE, 2018, p. 21428) - destacaram-se as competências associadas à avaliação das necessidades em saúde mental da população e à implementação de estratégias de promoção e proteção da saúde mental em contexto comunitário. A articulação com médicos de família, enfermeiros, professores e restantes parceiros comunitários permitiu operacionalizar a Unidade de Competência F2.1- “Executa uma avaliação

abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente." (OE, 2018, p. 21428) - e a Unidade de Competência F2.3- "Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos." (OE, 2018, p. 21428).

Relativamente à recuperação da saúde mental e gestão de caso - Competência F3: "Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto." (OE, 2018, p. 21428) - o estágio possibilitou desenvolver competências relacionadas com o planeamento de cuidados, articulação interinstitucional e continuidade assistencial. O trabalho colaborativo desenvolvido com equipas multiprofissionais e parceiros comunitários permitiu concretizar a Unidade de Competência F3.3- "Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade." (OE, 2018, p. 21429), paralelamente, a referenciação de utentes, o acompanhamento domiciliário e a orientação para recursos disponíveis na comunidade favoreceram a mobilização da Unidade de Competência F3.5- "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." (OE, 2018, p. 21429).

Por fim, no domínio das intervenções terapêuticas e reabilitação - Competência F4: "Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde." (OE, 2018, p. 21430) - as diferentes experiências clínicas permitiram desenvolver competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas dirigidas à pessoa, família e comunidade. As intervenções junto de grávidas, puérperas, jovens, idosos e cuidadores possibilitaram mobilizar a Unidade de Competência F4.1- "Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental." (OE, 2018, p. 21430) Simultaneamente, as visitas domiciliárias e o acompanhamento de situações de vulnerabilidade

psicossocial permitiram operacionalizar a Unidade de Competência F4.3- "Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais." (OE, 2018, p. 21430).

Importa referir que este período de estágio coincidiu com uma fase de reorganização dos projetos comunitários da UCC, o que condicionou parcialmente a diversidade de experiências possíveis nas primeiras semanas. À medida que as atividades foram sendo retomadas, as oportunidades de participação aumentaram, sobretudo na fase final do estágio, revelando o potencial deste contexto para o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Esta circunstância não constituiu uma limitação na aprendizagem, mas antes permitiu compreender a dinâmica real dos serviços, os processos de reorganização interna, a necessidade de flexibilidade profissional e a importância da adaptação da prática às condições institucionais existentes. De seguida, apresentam-se algumas das experiências mais significativas desenvolvidas durante o estágio, sem pretender esgotar a totalidade das atividades realizadas.

1. Aulas de relaxamento dirigidas a grávidas

As aulas presenciais de relaxamento dirigidas a grávidas, realizadas no âmbito das atividades regulares da UCC, constituíram uma intervenção significativa pela sua vertente preventiva e promotora do bem-estar emocional. Estas sessões, dinamizadas em articulação com a equipa de enfermagem de saúde materna, tinham como objetivo principal reduzir a ansiedade associada à gravidez e ao parto, através da aprendizagem e prática de técnicas de respiração, alongamento suave e relaxamento progressivo.

Durante as aulas, para além dos exercícios físicos e respiratórios, procurou-se criar um ambiente de tranquilidade, segurança e partilha,

promovendo a ligação entre as grávidas e a perceção do corpo como aliado no processo de gestação. O enfermeiro especialista em saúde mental assume aqui um papel relevante, ao integrar a componente emocional e psicológica no cuidado pré-natal, reforçando a autoconfiança, a autorregulação emocional e a preparação psicológica para o parto (Ekelöf et al*.,* 2025; Alves, 2025).

A literatura evidencia que as práticas de relaxamento durante a gravidez podem contribuir significativamente para a redução dos níveis de ansiedade e *stress*, melhoria da qualidade do sono e preparação mais serena para o parto (Alves, 2025). Assim, estas aulas configuram-se como uma intervenção de enfermagem promotora de saúde mental, centrada na pessoa e ajustada às necessidades emocionais e fisiológicas deste período de transição.

2. Intervenção em contexto escolar

Em articulação com o projeto *"Saúde Mental Positiva em Contexto Escolar"*, foram dinamizadas sessões psicoeducativas dirigidas a alunos do 2.º e 3º ciclos, centradas na promoção da autoestima, identidade, literacia emocional e uso responsável das redes sociais. Uma das intervenções desenvolvidas teve como tema *"O Impacto das Redes Sociais na Autoimagem e no Bem-Estar Psicológico dos Adolescentes"*, integrada num programa de seis sessões de 45 minutos com turmas do 8.º ano.

As sessões foram estruturadas de forma progressiva, iniciando-se pela exploração das experiências dos adolescentes com as redes sociais e evoluindo para a abordagem de temáticas como autoimagem, comparação social, *cyberbullying*, pressão estética, dependência digital e regulação emocional. A metodologia utilizada privilegiou dinâmicas participativas, debates orientados e exercícios de reflexão crítica, promovendo o envolvimento ativo dos alunos e a construção conjunta de significado.

A intervenção fundamentou-se na evidência científica que descreve uma relação ambivalente entre o uso das redes sociais e a saúde mental dos adolescentes. Por um lado, o uso excessivo associa-se a maior

vulnerabilidade emocional, nomeadamente ansiedade, depressão, baixa autoestima e insatisfação corporal, sobretudo em adolescentes expostos a comparação social e padrões irreais de imagem. Por outro lado, quando utilizadas de forma equilibrada, as redes sociais podem constituir espaços de apoio, pertença e expressão pessoal, contribuindo positivamente para o bem-estar psicológico (None Ika Rahayu et al*.,* 2023; Agyapong-Opoku et al*.,* 2025).

Neste sentido, a intervenção assumiu um papel preventivo e capacitador, centrado no reforço da literacia digital, consciência emocional, pensamento critico e autorregulação. As atividades permitiram aos alunos refletir sobre a influência das redes sociais no seu bem-estar, identificar sinais de uso problemático e construir estratégias de autocuidado e gestão saudável do tempo online. Estas atividades mostraram-se fundamentais para reforçar fatores protetores da saúde mental, promovendo a autoconfiança e o respeito pelo outro (Agyapong-Opoku et al*.,* 2025). A articulação com professores foi essencial para garantir continuidade e acompanhamento dos alunos que revelaram sinais de maior vulnerabilidade emocional.

Os alunos mostraram elevada participação, relatando reconhecer sintomas como palpitações, insónias e medo de falhar. Através da linguagem acessível e do uso de exemplos do quotidiano, foi possível desmistificar a ansiedade e apresentar ferramentas simples de gestão emocional, como pausas conscientes e estratégias de pensamento realista.

A ansiedade constitui atualmente um dos principais desafios de saúde mental na adolescência, interferindo no bem-estar, rendimento escolar e relações interpessoais. Fatores como pressão académica, influência das redes sociais e dinâmicas familiares contribuem para o aumento da sintomatologia ansiosa, frequentemente não reconhecida pelos próprios jovens devido ao estigma e à falta de informação (Rapee et al*.,* 2023; Anderson et al*.,* 2024).

A enfermagem de saúde mental tem um papel essencial na identificação precoce, promoção da literacia emocional e implementação de estratégias de autorregulação, como técnicas de respiração e relaxamento, amplamente reconhecidas pela sua utilidade na redução da ansiedade

(Teixeira et al., 2020; Morgado et al., 2021). Intervenções educativas em contexto escolar, assentes na escuta ativa e linguagem acessível, demonstram promover a compreensão dos sintomas, reduzir o medo e fortalecer o sentimento de controlo, sendo consideradas práticas-chave de prevenção e promoção da saúde mental em adolescentes (Moen & Jacobsen, 2022; Precious Chibuike Chukwuere, 2023).

3. Consultas de enfermagem em saúde mental — utentes referenciados

As consultas individuais de enfermagem em saúde mental na UCC constituíram um eixo central da prática clínica. Abrangeram situações diversas, desde sofrimento emocional associado a luto e doença crónica até ideação suicida, depressão, dificuldades familiares, sobrecarga do cuidador e violência doméstica.

Numa das situações acompanhadas, referente a uma mãe e filho adolescente com diabetes tipo 1, a referenciação ocorreu após internamento do jovem por coma hipoglicémico, com história prévia de tentativas de suicídio. A consulta centrou-se na avaliação emocional do adolescente e da mãe, explorando sentimentos de medo, culpa, impotência e insegurança após o episódio. Trabalhou-se o significado atribuído ao internamento, os mecanismos de *coping* e o impacto da doença crónica no relacionamento familiar. Identificou-se a necessidade de uma intervenção colaborativa, nomeadamente articulação com a escola para ações de sensibilização dirigidas aos profissionais de educação sobre saúde mental e diabetes juvenil.

Outra situação envolveu uma mulher idosa em sofrimento emocional e contexto de violência doméstica, referenciada por episódios de agitação e confusão mental. A utente verbalizou sentimentos de vazio e solidão, recorrendo à metáfora de se sentir “num barco no meio do oceano, sozinha”, bem como antecedentes de tentativa de suicídio. Durante a consulta foram explorados pensamentos automáticos disfuncionais e emoções associadas ao contexto familiar abusivo, tendo sido planeada continuidade da

intervenção, com recurso a técnicas de suporte emocional, reestruturação cognitiva e agendamento de nova consulta domiciliária.

Uma terceira situação correspondeu a uma mulher em luto e sobrecarga familiar, referenciada no âmbito do projeto Cuidar o Cuidador. A utente era cuidadora de uma filha com paralisia cerebral e encontrava-se em processo de luto recente pela morte da mãe, relatando conflitos conjugais e familiares, culpa, exaustão e sofrimento emocional. Nesta consulta, privilegiou-se a escuta ativa e a validação emocional, proporcionando um espaço seguro para expressão do sofrimento. Foi proposto um exercício de registo de pensamentos e emoções diárias, com vista a aprofundar o trabalho de autorreflexão e promover *insight* em consultas subsequentes. Estas consultas evidenciaram a importância da intervenção do EEESMP em contexto comunitário, particularmente na avaliação clínica, construção da relação terapêutica, identificação de risco, mobilização de recursos, articulação interprofissional e promoção da continuidade de cuidados.

4. Intervenção Domiciliária — Estimulação Cognitiva e Apoio Psicossocial

Foram realizadas visitas domiciliárias a pessoas idosas com défices cognitivos e respetivos cuidadores. Estas visitas permitiram intervir no contexto real de vida, aplicando atividades de estimulação cognitiva, exercícios de memória, estratégias de orientação e validação emocional.

O ambiente familiar revelou-se um espaço privilegiado para o reforço da autoestima, preservação do sentido de utilidade e promoção da funcionalidade da pessoa idosa, bem como para apoio aos cuidadores na gestão do cansaço e prevenção da sobrecarga emocional.

As intervenções domiciliárias com foco na estimulação cognitiva e validação emocional têm demonstrado resultados positivos na promoção do bem-estar e funcionalidade de pessoas idosas com défices cognitivos. A realização das atividades no contexto familiar potencia o sentido de segurança, autoestima e motivação para o envolvimento nas tarefas,

favorecendo ganhos cognitivas e emocionais (Silva et al*.,* 2021; Zou et al*.,* 2024). O ambiente doméstico permite adaptar os exercícios à rotina, história de vida e interesses da pessoa, tornando-os mais significativos e sustentáveis ao longo do tempo (Wehrmann et al*.,* 2021).

Para os cuidadores, a participação nestas intervenções proporciona maior compreensão sobre o processo de cuidar, redução da sobrecarga emocional e fortalecimento do vínculo com a pessoa idosa, especialmente quando associadas a suporte psicossocial e educação para o autocuidado (Nemcikova et al*.,* 2023; Tan et al*.,* 2022). Assim, as visitas domiciliárias revelam-se uma estratégia terapêutica essencial, simultaneamente centrada na pessoa e na família, contribuindo para a preservação da autonomia, dignidade e saúde mental de ambos.

Foi ainda possível participar, em articulação com a assistente social, numa manhã de visitas domiciliárias dedicadas à reavaliação do estatuto do cuidador informal, realizada periodicamente de seis em seis meses. Nestas visitas, avaliou-se o impacto da prestação de cuidados, as condições de vida, aas necessidades atuais do cuidador e o grau de sobrecarga, recorrendo à Escala de Zarit. Esta experiência reforçou a importância da intervenção interdisciplinar e da partilha de responsabilidades na construção de planos de apoio individualizados, centrados tanto na pessoa cuidada como no cuidador.

5. Intervenção "Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto"

Entre as diferentes atividades realizadas ao longo do estágio na UCC da Maia, destaca-se a intervenção "Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto", desenvolvida no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental Perinatal. Esta intervenção foi selecionada como foco deste relatório pela sua pertinência para a componente de investigação e pela sua articulação com a necessidade de desenvolver respostas especializadas de enfermagem dirigidas à promoção da saúde mental durante a gravidez e o pós-parto.

O projeto foi idealizado, planeado e dinamizado pela estudante, sob supervisão da enfermeira especialista orientadora, representando uma experiência autónoma em saúde mental perinatal. Incluiu seis sessões semanais, com duração aproximada de 60 a 75 minutos cada integrada no plano de preparação para o parto da unidade. Destinou-se a grávidas, companheiros e puérperas, abordando temáticas centrais da saúde mental perinatal, como expectativas e mitos da maternidade, rede de apoio, autocuidado, técnicas de relaxamento, ansiedade perante o parto, amamentação, vínculo, mãe-bebé e continuidade de cuidados

Embora esta intervenção se tenha integrado no projeto já existente na UCC relativo à Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto, o conteúdo programático, as dinâmicas e os materiais de apoio foram desenvolvidos integralmente pela estudante, tendo sido adaptados à realidade e às necessidades das participantes acompanhadas ao longo do estágio, bem como à evidência científica mais atual. Os instrumentos de avaliação utilizados, previamente validados para a população portuguesa, foram selecionados pela sua adequação aos objetivos e às dimensões de saúde mental perinatal exploradas no projeto.

A saúde mental perinatal refere-se ao bem-estar psicológico da mulher durante a gravidez e até um ano após o parto, período marcado por intensas transformações biopsicossociais que implicam uma reorganização da identidade, dos papéis sociais, das relações e das rotinas (Howard & Khalifeh, 2020). Embora frequentemente romantizada, a transição para a parentalidade pode ser acompanhada por sentimentos de medo, ansiedade, ambivalência, solidão e sentimentos de inadequação, cujo não reconhecimento aumenta o risco de sofrimento psicológico com repercussões significativas para a mãe, o bebé e a família (Harrison, 2024). O equilíbrio emocional neste período é determinante para a adaptação materna, vínculo precoce com o bebé e estabilidade familiar (Caetano, 2020).

A literatura indica que até 20% das mulheres experienciam sintomas de ansiedade, depressão ou *stress* durante o período perinatal (Alderdice, 2020), tornando este fenómeno um problema de saúde pública com impacto para mães, pais e bebés (Sebastião et al*.,* 2024). Globalmente, estima-se que

entre 5% e 11% das grávidas sofram de depressão e cerca de 15% de ansiedade; no pós-parto, as prevalências rondam 13% para depressão e 10% para ansiedade (Leite et al*.,* 2024). Em Portugal, os valores variam entre 9% e 16%, tendo-se agravado durante a pandemia de COVID-19 (Leite et al*.,* 2024). Estas perturbações associam-se a complicações obstétricas, impacto negativo no vínculo mãe-bebé e consequências no desenvolvimento infantil (Hicks et al*.,* 2022; Leite et al*.,* 2024). O não tratamento acarreta ainda custos económicos relevantes, reforçando a necessidade de estratégias preventivas e de intervenção precoce (Sebastião et al*.,* 2024).

Neste contexto, o EEESMP assume um papel central na promoção da saúde mental perinatal. Entre as suas competências destacam-se a identificação precoce de sinais de sofrimento emocional, aplicação de instrumentos de rastreio validados, aconselhamento terapêutico, psicoeducação, promoção da literacia em saúde mental, desenvolvimento de estratégias de *coping* e articulação com recursos especializados quando necessário (Alves et al*.,* 2023). A sua intervenção facilita a criação de relações de confiança, reduz o estigma e incentiva a procura de ajuda, favorecendo uma adaptação mais saudável à parentalidade (Wang et al*.,* 2022).

O conceito de *empowerment* da grávida tem vindo a ganhar relevância como elemento essencial da saúde materna e da adaptação psicológica à gravidez. Este processo traduz-se no fortalecimento da autonomia, autoconfiança e perceção de competência da mulher para lidar com as transformações físicas, emocionais e sociais características deste período (Aires et al*.,* 2016). Envolve a capacidade de participar ativamente nas decisões relacionadas com a sua saúde e com o cuidado do bebé, bem como a perceção de ser reconhecida e respeitada pelo seu núcleo familiar e pelos profissionais de saúde (Woofter et al*.,* 2025; Rahman et al*.,* 2021). Diversos estudos demonstram que mulheres que se sentem empoderadas reportam maior satisfação com a experiência da gravidez e do parto, maior adesão a práticas de autocuidado e menor risco de desenvolver sintomatologia depressiva no período pós-parto (Chen & Chien, 2020; Lagendijk et al*.,* 2020; King et al*.,* 2021).

Diversas estratégias de enfermagem têm demonstrado eficácia na redução de sintomas ansiosos e depressivos, incluindo programas de psicoeducação, treino em *mindfulness*, técnicas de regulação emocional, fortalecimento da rede de apoio e promoção de *coping* adaptativo (Alves et al., 2023; Singla et al., 2021). A evidência científica mostra que a inclusão da saúde mental perinatal nos programas de preparação para o parto potencia benefícios clínicos e psicossociais, nomeadamente redução da ansiedade, depressão e medo do parto, melhoria do suporte social quando os parceiros são envolvidos, promoção do autoconhecimento e de recursos internos e, em alguns estudos, melhoria de indicadores obstétricos, como redução de cesarianas por indicação materna e maior taxa de partos vaginais (Li et al., 2025; Sbrilli et al., 2020; Tabib et al., 2024; Hassanzadeh et al., 2020; Jourshari et al., 2020).

A integração de um módulo de saúde mental perinatal nas aulas de preparação para o parto surge, assim, como uma oportunidade estratégica para prevenir sofrimento psicológico, reforçar fatores protetores e capacitar grávidas, puérperas e companheiros com ferramentas práticas de autorregulação. Esta abordagem contribui para reduzir a ansiedade, promover a confiança e melhorar a experiência da gravidez, parto e pós-parto, com benefícios alargados para a mãe, o bebé e a família.

O objetivo geral da intervenção foi promover a saúde mental perinatal através de sessões interativas que incentivaram a reflexão, a partilha de experiências, treino de estratégias práticas de gestão da ansiedade e autorregulação emocional. Como objetivos específicos, pretendeu-se estimular a expressão de expectativas, receios e mitos associados à parentalidade; favorecer competências de comunicação e reconhecimento da importância da rede de apoio; reforçar práticas de autocuidado emocional; ensinar técnicas básicas de relaxamento; responder às necessidades e interesses identificados pelas participantes; e promover um espaço final de partilha, integração de aprendizagens e suporte mútuo.

As sessões foram concebidas para serem dinâmicas, participativas e adaptáveis ao grupo, utilizando metodologias como dinâmicas de grupo, dramatizações, *brainstorming*, debates guiados, psicoeducação breve e treino

prático. A intervenção foi delineada com base nos princípios do modelo HAVEN, proposto por Jane Fisher (2023), enquanto estrutura orientadora para o apoio emocional e psicossocial em saúde mental perinatal.

O HAVEN é um acrónimo que sintetiza cinco princípios fundamentais da prática clínica perinatal: *Hear* — ouvir ativamente, com atenção plena e sem julgamento; *Ask* — formular questões abertas e explorar experiências de forma sensível; *Validate* — reconhecer e legitimar as emoções expressas; *Encourage* — reforçar autonomia, autoeficácia e capacidade de *coping*; e *Normalise* — contextualizar as experiências perinatais, explicando que as dificuldades emocionais são comuns e não constituem fragilidade. Este modelo destaca que o apoio emocional não é exclusivo dos profissionais especializados em saúde mental, mas constitui uma competência essencial de todos os prestadores de cuidados no âmbito da saúde materna e infantil, sobretudo em cuidados de saúde primários (Fisher, 2023).

Contudo, o papel do EEESMP assume particular relevância, na medida em que este profissional possui competências diferenciadas para avaliar, intervir e acompanhar mulheres em situação de vulnerabilidade psicológica durante o período perinatal. Embora o modelo HAVEN proponha princípios universais de apoio emocional, a sua aplicação por profissionais especializados permite articular acolhimento empático com avaliação clínica rigorosa, intervenção terapêutica e continuidade de cuidados.

No contexto desta intervenção grupal, os princípios do HAVEN foram aplicados de forma transversal em todas as sessões. As atividades baseadas em partilha de experiências, psicoeducação, dramatizações e treino de técnicas de regulação emocional foram desenhadas para promover escuta, validação e encorajamento, tanto por parte dos profissionais como entre as próprias participantes, reforçando o sentido de pertença e apoio mútuo.

Importa ainda referir que, apesar de o HAVEN se centrar na escuta e no acolhimento, a prática clínica revelou a necessidade de acrescentar uma sexta dimensão: o “I” de Intervir. Esta dimensão traduz o compromisso ético e profissional do enfermeiro especialista em agir perante a identificação de sinais de sofrimento psicológico significativo. Assim, perante indicadores de ansiedade intensa, tristeza persistente, exaustão emocional ou outro sinal de

risco, o objetivo seria oferecer respostas individualizadas, nomeadamente através de consultas individuais de enfermagem de saúde mental, encaminhamento para outros profissionais ou sinalização a equipas diferenciadas.

Deste modo, a intervenção inspirada no modelo HAVEN não se limitou à escuta e validação, integrando também uma resposta ativa e estruturada, assegurando continuidade de cuidados e promovendo acompanhamento integral e humanizado à mulher no período perinatal.

A metodologia do projeto baseou-se numa abordagem participativa e interativa, centrada na valorização da troca de experiências e da aprendizagem colaborativa. Dirigiu-se a grávidas acompanhadas na UCC da Maia, companheiros e puérperas, desenvolvendo-se em seis sessões semanais, realizadas em formato online em grupo. Foram utilizadas metodologias pedagógicas como dinâmicas de grupo, debates guiados, dramatizações, *brainstorming*, psicoeducação breve e treino prático, apoiadas por recursos visuais e materiais pedagógicos.

A implementação da intervenção "Expectativa vs. Realidade – Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto" foi desenvolvida com base nos princípios da promoção da saúde mental perinatal, da psicoeducação e do *empowerment* parental. A intervenção integrou conteúdos relacionados com a adaptação à parentalidade, gestão emocional, suporte social, autocuidado, estratégias de *coping* e promoção do bem-estar psicológico.

De forma transversal, procurou-se promover a literacia em saúde mental, a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico, o fortalecimento das redes de apoio e o desenvolvimento de competências que facilitassem uma transição saudável para a parentalidade. O cronograma da intervenção encontra-se no Anexo VIII e os planos de sessão no Anexo IX. A descrição detalhada das sessões, respetivos objetivos, atividades desenvolvidas e fundamentação científica encontra-se apresentada no Anexo X. O recurso “O Meu Diário do Autocuidado”, utilizado ao longo da intervenção como ferramenta complementar de promoção do bem-estar emocional e da autorregulação, encontra-se disponível no Anexo XI.

Avaliação da intervenção

A avaliação da intervenção integrou duas vertentes: formativa e sumativa. A avaliação formativa incluiu observação da participação, *feedback* verbal, registo de dificuldades e aplicação de questionário de avaliação no final de cada sessão (Anexo XII). A avaliação sumativa incluiu a aplicação da Escala de *Empowerment* da Grávida (Aires et al., 2016), antes e após a intervenção (Anexo XIII), instrumento validado para a população portuguesa que avalia dimensões como autonomia, autoestima, autoeficácia, rede de apoio e satisfação com a experiência de gravidez. Foi ainda aplicada a Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade, validada para a população portuguesa (Rodrigues et al., 2017), que permite identificar crenças e expectativas irrealistas associadas ao papel materno e ao período pós-parto, frequentemente relacionadas com pressão social, idealização da maternidade e exigências excessivas (Anexo XIV).

A utilização destes dois instrumentos possibilitou avaliar ganhos em *empowerment* ao longo da intervenção e compreender de que forma as crenças disfuncionais poderiam constituir fatores de risco para ansiedade, depressão e menor adaptação à parentalidade. Para efeitos de análise, apresentada em secção própria, a Escala de *Empowerment* da Grávida foi aplicada apenas às mulheres grávidas, enquanto a Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade foi aplicada a todas as participantes. Foram considerados apenas os questionários das participantes que apresentaram maior consistência na frequência das sessões, definindo-se como critério de inclusão a participação em pelo menos quatro das seis sessões realizadas. Esta opção metodológica visou minimizar vieses decorrentes de exposições parciais à intervenção e assegurar maior fidelidade entre participação no programa e resultados obtidos.

Com este plano, pretendeu-se criar um espaço seguro e colaborativo, no qual grávidas, companheiros e puérperas pudessem refletir sobre as suas vivências, normalizar emoções, reforçar redes de suporte e desenvolver recursos práticos de autorregulação, com benefícios para a saúde mental materna, vínculo precoce com o bebé e adaptação à parentalidade. No anexo

XV encontra-se a apresentação realizada e que serviu de suporte visual e pedagógico à intervenção.

Reflexão final sobre a atividade

A intervenção grupal desenvolvida no âmbito do projeto Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto teve como objetivo criar um espaço seguro de partilha, psicoeducação e apoio emocional dirigido a grávidas e puérperas acompanhadas pela UCC da Maia. O projeto emergiu da perceção de que a ansiedade perinatal, o isolamento emocional e a falta de rede de apoio são problemáticas recorrentes, frequentemente invisíveis no acompanhamento clínico tradicional.

Devido à reduzida adesão habitualmente observada em grupos presenciais no período perinatal, realidade também identificada pela experiência das enfermeiras da UCC da Maia, as sessões foram realizadas em formato online, com o objetivo de facilitar o acesso e a conciliação com as rotinas das participantes. Verificaram-se flutuações de presença ao longo do programa, fenómeno frequente em intervenções deste tipo. Ainda assim, registou-se uma participação globalmente consistente, com média aproximada de dez participantes por sessão, incluindo grávidas e puérperas. Observou-se elevado envolvimento nas dinâmicas propostas e retorno qualitativo positivo, expresso quer nas avaliações realizadas, quer nas partilhas verbais durante as sessões. A maioria das participantes manteve presença ao longo do ciclo, sugerindo aceitabilidade e relevância percecionada da intervenção.

Uma das principais limitações identificadas prendeu-se com a dificuldade em garantir respostas completas aos questionários de avaliação, uma vez que a participação era voluntária e não se podia exigir o preenchimento. Para além disso, a intervenção foi desenvolvida com um número reduzido de participantes e com flutuações de presença, características frequentes em programas de saúde mental perinatal. Esta realidade condiciona a generalização dos resultados quantitativos, razão pela qual a análise dos dados das escalas foi realizada apenas com as

participantes que apresentaram maior consistência de frequência. Esta opção metodológica teve como objetivo minimizar enviesamentos na interpretação dos resultados, assegurando maior coerência entre exposição à intervenção e avaliação dos seus efeitos.

A análise reflexiva das sessões assentou numa leitura qualitativa e clínica do processo grupal, integrando observação da participação, dinâmicas emergentes, conteúdo das partilhas espontâneas e impacto percebido das estratégias utilizadas. Para além da descrição dos temas abordados, privilegiou-se a compreensão do significado atribuído pelas participantes às suas experiências, bem como a forma como cada sessão contribuiu para a normalização emocional, reforço do autoconceito, consolidação do vínculo terapêutico e sentimento de pertença.

Na primeira sessão, centrada nas expectativas, medos e mitos da parentalidade, emergiram partilhas de grande profundidade emocional relacionadas com medo do parto, privação de sono, ausência de suporte, responsabilidade pelos cuidados ao bebé, culpa e inadequação no pós-parto. A discussão de mitos como “tenho de estar sempre feliz porque estou grávida” ou “pedir ajuda é sinal de fraqueza” gerou identificação e alívio. Esta sessão permitiu normalizar emoções ambivalentes e promover a autoaceitação como parte do processo de maternidade, lançando as bases para o vínculo terapêutico do grupo.

Na segunda sessão, dedicada às relações, comunicação e rede de apoio, trabalharam-se o impacto da maternidade nas relações familiares e conjugais e a importância da rede de suporte emocional e prática. A construção do mapa da rede de apoio permitiu visualizar recursos disponíveis e reforçar a perceção de pertença. Esta sessão evidenciou o papel terapêutico do grupo como contexto relacional de suporte e reconhecimento, fundamental para a prevenção do isolamento e da depressão pós-parto.

Na terceira sessão, centrada no autocuidado e bem-estar emocional, as participantes refletiram sobre pequenas ações de cuidado frequentemente negligenciadas na rotina, como tomar banho com tranquilidade, realizar uma caminhada curta ou reservar alguns minutos para si. A apresentação do Diário do Autocuidado incentivou a escrita terapêutica, gratidão e relaxamento. A

sessão consolidou a importância de valorizar o bem-estar emocional como parte integrante do cuidado materno, desconstruindo a ideia de que o autocuidado é um ato egoísta.

Na quarta sessão, dedicada às técnicas práticas de relaxamento, foram treinadas estratégias de respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e *mindfulness*. As participantes relataram benefícios imediatos e identificaram formas de aplicar estas técnicas no quotidiano. Esta sessão reforçou a importância de disponibilizar ferramentas simples, acessíveis e transferíveis para situações reais de ansiedade, cansaço e sobrecarga emocional.

Na quinta sessão, centrada nos temas emergentes do grupo, foram abordadas a ansiedade perante o parto e a saúde mental na amamentação. As partilhas permitiram validar medos, desmistificar expectativas e reforçar a ideia de que o vínculo mãe-bebé não depende exclusivamente da amamentação, mas da presença afetiva, responsividade e relação construída. Esta sessão evidenciou a importância de abordar temas sensíveis sem idealizações, permitindo que as mulheres reconstruam as suas narrativas de maternidade de forma mais realista, compassiva e saudável.

A sexta sessão, dedicada à roda de partilha e encerramento, representou um momento simbólico de integração das aprendizagens e reforço do suporte mútuo. As participantes identificaram como aprendizagens significativas a importância de pedir ajuda, aceitar imperfeições, valorizar o autocuidado e reconhecer que não estão sozinhas. A dinâmica final de compromisso pessoal permitiu consolidar intenções simples, mas significativas, como “dar-me tempo”, “aceitar ajuda” ou “não me culpar tanto”. Esta sessão reforçou o grupo como espaço terapêutico de coesão, validação e empoderamento.

De forma global, esta intervenção permitiu compreender, de forma vivencial, o poder da escuta terapêutica, validação emocional e normalização das experiências maternas como pilares do cuidado em saúde mental perinatal. As conversas espontâneas e os desabafos genuínos revelaram que, muitas vezes, aquilo de que as mulheres mais necessitam é de um espaço de legitimação onde possam ser mães reais, imperfeitas e humanas, sem culpa.

Do ponto de vista profissional, a condução destas sessões consolidou competências de comunicação terapêutica, liderança grupal, adaptação pedagógica, planeamento de intervenções, avaliação de resultados e prática baseada na evidência. A transição para o formato *online*, inicialmente percecionada como limitação, revelou-se uma estratégia facilitadora da adesão, demonstrando a importância da flexibilidade, criatividade e acessibilidade na prática comunitária.

Paralelamente, a componente avaliativa do projeto, centrada na aplicação e análise de instrumentos antes e após a intervenção, permitiu realizar uma avaliação estruturada do impacto da intervenção nas variáveis em estudo. A análise comparativa dos questionários pré e pós-intervenção, apresentada em anexo XVI, evidenciou tendências consistentes de melhoria ao nível do *empowerment*, perceção de autoeficácia materna e adaptação emocional à gravidez e ao pós-parto.

Relativamente à Escala de *Empowerment* da Grávida, verificou-se um aumento global dos níveis de *empowerment* após a participação no programa, evidenciando melhorias nas dimensões de autonomia, autoestima, perceção de suporte e autoeficácia materna. Estes resultados sugerem que a intervenção contribuiu para o fortalecimento dos recursos internos das participantes e para uma vivência mais positiva da transição para a parentalidade.

No que concerne à Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade, observou-se uma diminuição dos valores médios após a intervenção, indicando redução das expectativas irreais e das crenças rígidas associadas ao papel materno. Esta alteração sugere um impacto positivo da intervenção na reestruturação cognitiva e na promoção de uma visão mais realista e adaptativa da maternidade.

De forma complementar, os questionários de avaliação aplicados no final de cada sessão foram analisados de modo sistemático, permitindo integrar uma avaliação contínua do processo interventivo. Os resultados revelaram elevado grau de satisfação das participantes, com respostas situadas nos níveis 4 e 5 da escala de *Likert*, refletindo adequação dos

conteúdos, metodologias utilizadas e condução das sessões às necessidades identificadas.

A análise qualitativa das questões abertas reforçou estes dados, destacando referências recorrentes à normalização das vivências maternas, sentimento de segurança emocional e utilidade prática das estratégias abordadas. Sugestões pontuais relativas à dinamização da partilha grupal foram integradas nas sessões subsequentes, evidenciando um processo de ajuste reflexivo da intervenção, em linha com os princípios da melhoria contínua da qualidade.

A conjugação dos dados quantitativos e qualitativos permite concluir que a intervenção teve impacto positivo na promoção da saúde mental perinatal, contribuindo para a redução do sentimento de isolamento, reforço da autoestima, aumento da perceção de suporte e desenvolvimento de estratégias de autocuidado. Estes resultados evidenciam o exercício das competências do EEESMP na avaliação de necessidades, planeamento de intervenções, adaptação das práticas às características do grupo e promoção de cuidados centrados na pessoa, família e contexto.

Por fim, este projeto reforçou a convicção de que cuidar da saúde mental das mães é cuidar do bem-estar das famílias e do futuro. A maternidade constitui uma experiência emocional profunda e complexa, e a presença empática, especializada e cientificamente fundamentada do enfermeiro especialista pode representar um ponto de viragem entre o sofrimento silencioso e a reconstrução do equilíbrio emocional.

1.3. Cuidados Diferenciados

O Estágio de Natureza Profissional, realizado em contexto de cuidados diferenciados, teve como finalidade consolidar e aprofundar competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica junto de pessoas em situação de maior complexidade clínica, psicopatológica e psicossocial.

Este estágio decorreu entre outubro e novembro de 2025, na Unidade de Desabituação do Norte, perfazendo um total de 190horas de contacto direto em ensino clínico.

De acordo com as orientações definidas no guia orientador da unidade curricular, este ensino clínico visou o desenvolvimento de uma prática progressivamente autónoma, crítica e reflexiva, sustentada na mobilização de conhecimentos científicos, técnicos, éticos, terapêuticos e relacionais, orientados para a prestação de cuidados especializados e diferenciados em saúde mental.

No contexto atual da saúde mental, as perturbações relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas e os comportamentos aditivos constituem um importante desafio clínico, social e de saúde pública, pelo impacto que exercem na funcionalidade, autonomia, integração familiar e social e na qualidade de vida das pessoas (OMS, 2022). Estas situações associam-se frequentemente a vulnerabilidade psicossocial, exclusão social, desemprego, comportamentos de risco, comorbilidade psiquiátrica e elevada utilização dos serviços de saúde, exigindo respostas terapêuticas especializadas, integradas e centradas na pessoa (OMS, 2022).

Em Portugal, as perturbações relacionadas com ouso de substâncias assumem particular relevância epidemiológica, sobretudo entre a população masculina e nos grupos etários mais jovens. Estima-se que as perturbações por uso de substâncias, com prevalência aproximada de 7% sejam, juntamente com a ansiedade, das condições mais frequentes entre os homens em Portugal, sendo o abuso de álcool uma das entidades nosológicas com maior expressão no grupo etário dos 18-34 anos (OE, 2023).

Neste enquadramento, as unidades especializadas na área dos comportamentos aditivos e dependências assumem um papel fundamental na promoção da recuperação e na redução dos danos associados ao consumo de substâncias (Sousa Gago et al*.,* 2023; OE, 2018). Estas estruturas desenvolvem intervenções multidimensionais que integram a estabilização clínica, acompanhamento psicoterapêutico, reabilitação psicossocial, educação para a saúde, prevenção da recaída e o fortalecimento das competências pessoais e relacionais dos utentes (OE, 2018 [F4.2; F4.3]),

promovendo processos de mudança sustentados e a reconstrução do projeto de vida (Sousa Gago et al., 2023).

A intervenção nestes contextos deve privilegiar abordagens terapêuticas centradas na motivação para a mudança, *empowerment*, autonomia, responsabilidade pessoal e participação ativa da pessoa no seu processo terapêutico (Sousa Gago et al., 2023).

O EEESMP assume, neste domínio, um papel particularmente relevante, sendo-lhe reconhecida competência para desenvolver intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, socioterapêuticas e psicoeducacionais dirigidas à pessoa com comportamentos aditivos e dependências.

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, compete ao EEESMP implementar programas de promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos abusivos relacionados com álcool e drogas, bem como desenvolver programas de treino de competências sociais e socio emocionais que favoreçam a inclusão social, autonomia e a recuperação funcional da pessoa (OE, 2018).

A evidência científica reforça a importância de intervenções especializadas nesta área, destacando estratégias como a entrevista motivacional, a reestruturação cognitiva o aconselhamento terapêutico e as técnicas de modificação do comportamento. Estas intervenções promovem a motivação intrínseca para a mudança, a redução dos consumos, o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas, a identificação de fatores de risco e a prevenção de recaídas. O Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (2023) reconhece estas abordagens como instrumentos fundamentais da prática especializada do EEESMP junto de pessoas com dependências e comportamentos aditivos, sustentando uma intervenção baseada na evidência científica e orientada para ganhos em saúde mental (OE, 2023).

Foi neste enquadramento que se desenvolveu o estágio na Unidade de Desabituação do Norte (UDN), contexto especializado de intervenção intensiva junto de pessoas com perturbações relacionadas com o uso de substâncias, orientado para a desabituação, estabilização clínica, promoção

da motivação para a mudança e preparação para a continuidade do processo de recuperação. Este contexto revelou-se particularmente relevante para o desenvolvimento de competências avançadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo aprofundar conhecimentos e competências terapêuticas relacionadas com a relação de ajuda, gestão do comportamento aditivo, prevenção de recaídas, reabilitação psicossocial e articulação em rede.

O contexto de estágio permitiu contactar com pessoas em processos de sofrimento psíquico complexo, frequentemente marcados por múltiplas vulnerabilidades, recaídas, comorbilidade psiquiátrica, instabilidade familiar e dificuldades de integração social. Simultaneamente, possibilitou compreender a importância da relação terapêutica, da continuidade de cuidados, da gestão de caso e da articulação interdisciplinar na construção de projetos terapêuticos individualizados e centrados na pessoa.

A UDN integra atualmente a rede de respostas do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P., organismo público criado pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro, tutelado pelo Ministério da Saúde. O ICAD tem como missão prevenir e reduzir os comportamentos aditivos e as dependências, assegurar o tratamento, a redução de riscos e minimização de danos, a reinserção social, bem como fomentar a capacitação, formação diferenciada, investigação e inovação neste domínio.

A UDN constitui uma resposta assistencial de internamento de curta duração, destinada a homens e mulheres com consumo de substâncias psicoativas, incluindo álcool e drogas ilícitas, que necessitam de um processo estruturado de desintoxicação e estabilização clínica. O acesso é efetuado mediante referenciação por equipas especializadas dos Centros de Respostas Integradas, que avaliam previamente a necessidade de internamento, enquadram o utente no programa terapêutico e asseguram a continuidade de cuidados após a alta. O encaminhamento inclui informação clínica essencial, designadamente a substância ou substâncias a desintoxicar, o estado clínico, a motivação para o tratamento e a previsão do tempo de internamento.

A unidade dispõe de uma capacidade total de 16 camas, distribuídas por enfermarias com casa de banho privativa, garantindo condições de conforto, privacidade e segurança. O internamento decorre em regime de porta fechada, assegurando um ambiente terapêutico protegido, livre de consumos e propício à estabilização física e emocional.

A organização funcional da UDN integra espaços específicos que suportam o plano assistencial e o quotidiano dos utentes, entre os quais se destacam a sala de atividades terapêuticas, onde decorrem intervenções psicoterapêuticas e dinâmicas de grupo; a sala de lazer e jogos, que promove momentos de socialização estruturada; o espaço destinado a fumadores; o gabinete de acolhimento; o gabinete de enfermagem, destinado à vigilância clínica e administração terapêutica; o quarto de isolamento, preparado para situações que exigem maior contenção, observação ou proteção clínica; e a sala de espera, integrada no circuito interno da unidade.

O circuito do utente na UDN segue um percurso previamente definido. Após a referenciação pelo CRI, é analisada a proposta de internamento e verificados os critérios de inclusão e exclusão, assegurando que a pessoa reúne condições clínicas e motivacionais para beneficiar da intervenção. À chegada, o utente é acolhido pela equipa de enfermagem, que procede à avaliação inicial, esclarecimento sobre o funcionamento da unidade, explicação das regras internas, identificação de necessidades prioritárias e construção inicial da relação terapêutica.

A partir desse momento, é elaborado um plano terapêutico individualizado, integrando cuidados médicos, cuidados de enfermagem, intervenção psicoeducativa, terapias ocupacionais e atividades terapêuticas estruturadas. Este plano é articulado com as equipas de origem, com vista à preparação da alta e ao regresso à comunidade, procurando minimizar o risco de recaída e promover a continuidade assistencial.

Enquanto estrutura da rede especializada em comportamentos aditivos e dependências, a UDN articula-se com diversas respostas do território, nomeadamente a Unidade de Alcoologia do Porto, a Equipa de Rua Porto Ocidental, a Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra, a Casa de Vilanova e outros programas de apoio à comunidade. Esta articulação permite

assegurar continuidade e progressividade dos cuidados após a alta clínica, adequando cada resposta ao grau de autonomia, necessidades clínicas e projeto de recuperação da pessoa.

A UDN dispõe de uma equipa multidisciplinar ampla e especializada, assegurando uma intervenção clínica integrada e contínua. A equipa médica é constituída por cinco médicos, dos quais um em regime de tempo inteiro, assegurando avaliação clínica, prescrição e ajuste terapêutico, acompanhamento da síndrome de abstinência e intervenção em intercorrências. Complementarmente, outros médicos integram a escala rotativa de prevenção, garantindo cobertura assistencial permanente.

A equipa de enfermagem constitui o núcleo central da intervenção diária, sendo composta por treze enfermeiros: uma enfermeira gestora, cinco enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação e cinco enfermeiros de cuidados gerais. Esta composição permite assegurar cuidados de elevada complexidade, combinando vigilância clínica contínua, intervenção psicoterapêutica breve, gestão terapêutica, educação para a saúde, promoção da autonomia, prevenção de complicações e suporte emocional.

A equipa de enfermagem assume ainda o papel de elo de ligação entre a UDN e a família ou pessoa significativa, sempre que o utente autoriza esse contacto. Para este efeito, existe um horário de comunicação previamente estabelecido, transmitido ao utente e aos familiares no momento da admissão, garantindo informação fidedigna, respeito pela confidencialidade e continuidade relacional com a rede de suporte.

A unidade conta ainda com terapeutas ocupacionais, assistentes técnicos e técnicos auxiliares de saúde, que colaboram na organização do internamento, dinamização de atividades estruturadas, supervisão dos utentes, manutenção de rotinas e promoção de um ambiente seguro. A intervenção dos terapeutas ocupacionais é particularmente relevante para a funcionalidade, organização da rotina, desempenho ocupacional e promoção de hábitos de vida saudáveis, dimensões essenciais na prevenção da recaída.

Tratando-se de um internamento em regime fechado, o utente deve aceitar ser revistado à entrada e à saída, bem como sempre que a equipa considere necessário, com o objetivo de garantir a segurança individual e coletiva e evitar a introdução de substâncias ou objetos proibidos. O processo de admissão é altamente estruturado e inclui consulta de acolhimento ao utente e à família, quando aplicável, explicação das regras e dinâmica da unidade, assinatura do contrato terapêutico e consentimento informado, inspeção dos pertences, elaboração do espólio e realização de duche supervisionado antes da integração no espaço comum.

Ao longo de todo o internamento, o papel da enfermagem é contínuo e central. Inicia-se na avaliação clínica de admissão, prossegue com a monitorização diária dos sinais vitais, avaliação de sinais e sintomas de abstinência, gestão do regime terapêutico, vigilância do estado mental, prevenção de complicações, avaliação do risco de queda, monitorização da adesão terapêutica e promoção de estratégias de autocuidado.

A relação de ajuda e a comunicação terapêutica constituem elementos basilares da intervenção, permitindo ao enfermeiro identificar necessidades emocionais, antecipar riscos, reduzir a ansiedade associada ao processo de abstinência, promover a adesão ao tratamento e reforçar a motivação para a mudança.

No âmbito das intervenções de enfermagem, a UDN integra uma oferta estruturada e ajustada às necessidades da população, incluindo consulta de enfermagem diária, sessões de educação para a saúde, estimulação cognitiva, técnica de relaxamento muscular progressivo e intervenções psicoeducativas. A técnica de relaxamento muscular progressivo é utilizada com o objetivo de reduzir a ansiedade, promover a qualidade do sono, diminuir a necessidade de recurso a medicação ansiolítica em SOS e dotar os utentes de uma estratégia autónoma de gestão emocional.

A intervenção da equipa não termina com a estabilização clínica. A preparação para a alta constitui um processo estruturado, articulado com os CRI e outras respostas comunitárias. O objetivo é garantir que a transição para o domicílio ou para outro nível de cuidados decorre de forma segura, continuada e adaptada ao plano terapêutico individual, mitigando o risco de

recaída e reforçando a integração social. A alta é acompanhada de orientações personalizadas, reforço das estratégias de prevenção da recaída e encaminhamento para os serviços responsáveis pelo seguimento.

Intervenções realizadas no serviço

A dinâmica diária da Unidade de Desabituação integra um conjunto estruturado de intervenções terapêuticas e cuidados de enfermagem, orientadas para a estabilização clínica, reabilitação psicossocial e desenvolvimento da autonomia pessoal dos utentes. O plano terapêutico semanal, de natureza interdisciplinar, organiza-se de forma a assegurar uma rotina estável e previsível, elemento fundamental no processo de desabituação e reorganização do quotidiano.

O dia inicia-se com a passagem de turno e a atualização do estado clínico dos utentes, assegurando a continuidade dos cuidados e a deteção precoce de alterações físicas, emocionais ou comportamentais. Seguem-se os momentos de administração terapêutica e vigilância de sinais e sintomas de abstinência, realizados de forma sistemática. Estas intervenções são complementadas pela observação do comportamento, avaliação do humor, monitorização da motivação, adesão terapêutica, e sinais vitais, constituindo elementos essenciais para a adequação do plano individual de cuidados.

Ao longo do dia, os enfermeiros asseguram consultas individuais, acolhimentos de novos utentes, intervenções de educação para a saúde e suporte emocional, com foco na gestão emocional, prevenção de recaída, adesão terapêutica e aquisição de competências de autocuidado. A articulação multidisciplinar, incluindo médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais é contínua, garantindo uma resposta integrada às necessidades biopsicossociais da pessoa.

As atividades terapêuticas de grupo, nomeadamente terapia ocupacional, lazer-terapia e grupos psicoeducativos, constituem espaços privilegiados de expressão, aprendizagem, socialização, e treino de competências relacionais. Aos fins de semana, os enfermeiros especialistas

dinamizam o Programa de Literacia em Saúde Mental, constituído por sessões temáticas que abordam o autoconhecimento emocional, o estigma, a prevenção da recaída e a construção de projetos de vida saudáveis. Durante o estágio, foi possível assistir e colaborar na implementação deste programa junto de um grupo de utentes.

A literacia em saúde mental pode ser entendida como o conjunto de conhecimentos e competências que permitem reconhecer, compreender, gerir e prevenir problemas relacionados com a saúde mental. Para além do conhecimento sobre a doença, engloba competências de autoconsciência emocional, tomada de decisão informada, reconhecimento precoce de sinais de risco, adoção de estratégias de *coping* adaptativas e procura adequada de ajuda especializada. Simultaneamente, assume um papel fundamental na redução do estigma associado à doença mental e aos comportamentos aditivos, desconstruindo crenças erróneas e promovendo uma visão mais humanizada da recuperação e da reinserção social (DGS, 2023; OE, 2023).

O Programa de Literacia em Saúde Mental tem como finalidade capacitar os utentes com conhecimento, autoconhecimento e estratégias práticas para gerir o risco de recaída após a alta. Visa quatro objetivos fundamentais: fornecer informação rigorosa sobre as problemáticas aditivas e o processo terapêutico; ajudar os utentes a identificar situações e contextos de risco; promover a criação de estratégias individuais de *coping*; e incentivar mudanças comportamentais e de estilo de vida que contribuam para uma recuperação sustentada.

A intervenção utiliza instrumentos formais de avaliação, incluindo o MoCA, um Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental elaborado especificamente para o programa e um Questionário de Satisfação. O MoCA é um instrumento breve de avaliação cognitiva global, amplamente validado e utilizado em contexto clínico para despiste de défice cognitivo ligeiro e alterações cognitivas associadas a diversas condições neurológicas e psiquiátricas. Avalia múltiplos domínios cognitivos, nomeadamente memória de curto prazo, funções executivas, capacidade visuoespacial, linguagem, atenção, concentração, memória de trabalho e orientação temporal e espacial, apresentando elevada sensibilidade na deteção precoce de alterações

cognitivas (Simões et al., 2008; DGS, 2023). Os critérios de inclusão no programa abrangem utentes com idade igual ou superior a 18 anos e internamento mínimo de uma semana. São excluídos utentes com défice cognitivo significativo (MoCA < 24), sintomatologia desestabilizadora, dificuldade marcada de participação em grupo ou ausência de motivação para participar.

O programa organiza-se em três sessões sequenciais. A primeira sessão aborda a informação sobre problemáticas aditivas, desconstrução de mitos associados ao consumo e partilha de experiências, promovendo *insight* e desmistificação. A segunda sessão centra-se na higiene do sono, ansiedade, estratégias de autocontrolo e técnicas de relaxamento, reforçando competências práticas para lidar com fatores de *stress* internos e externos. A terceira sessão foca a diferenciação entre lapso e recaída, construção de estratégias pessoais de prevenção e apresentação das estruturas de apoio disponíveis na comunidade, reforçando o princípio da continuidade de cuidados após a alta.

Durante o estágio, foi ainda possível acompanhar a enfermeira gestora da UDN numa tarde de trabalho, o que permitiu aprofundar a compreensão do papel de gestão, liderança e tomada de decisão inerente à função. depara além da discussão de aspetos relacionados com a avaliação de desempenho (SIADAP), definição de objetivos e gestão de equipa, foi possível observar a condução de uma situação real de conflito, desencadeada por uma reclamação escrita de um grupo de utentes relativamente à qualidade da alimentação. Nesta situação, observou-se a utilização de estratégias de comunicação estruturada, escuta ativa, validação emocional, clarificação de procedimentos e desescalada do conflito, mantendo simultaneamente o respeito pelos utentes e a autoridade necessária ao funcionamento seguro da unidade. Esta experiência permitiu compreender a importância da liderança clínica, da gestão emocional e da comunicação terapêutica na manutenção de um ambiente terapêutico seguro e organizado.

Complementarmente à experiência desenvolvida na Unidade de Desabituação do Norte, foi possível conhecer e observar o funcionamento de outras estruturas que integram a rede regional de intervenção em

comportamentos aditivos e dependências, o que permitiu compreender de forma mais abrangente a continuidade do percurso terapêutico da pessoa em processo de recuperação.

A Unidade de Alcoologia do Porto (UAP) constitui uma resposta especializada no tratamento intensivo da dependência alcoólica, onde se realizam intervenções clínicas e psicossociais, administração supervisionada de terapêutica, rastreios e ações de promoção da saúde dirigidas à comunidade.

A Casa de Vilanova destina-se à reabilitação psicossocial de pessoas em fase de reinserção, promovendo reconstrução de rotinas, a capacitação pessoal e a integração social progressiva.

Na Equipa de Rua Porto Ocidental, foi possível observar o funcionamento da carrinha móvel, que percorre zonas como Ramalde, Aleixo e Pasteleira, distribuindo metadona em regime de substituição opiácea, fornecendo material assético para consumos seguros, realizando avaliações de feridas e prestando cuidados básicos de saúde, bem como incentivando os utentes à participação em consultas, exames e outras respostas assistenciais. Esta intervenção de proximidade permitiu compreender o impacto das abordagens de redução de riscos e minimização de danos, fundamentais para garantir segurança reduzir complicações e manter a ligação de populações vulneráveis aos serviços formais de saúde.

Por sua vez, a Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra (CTPP) oferece um programa residencial de reabilitação psicossocial e reintegração comunitária, baseado na corresponsabilização e na reconstrução de competências pessoais, relacionais e laborais.

Esta vivência diversificada permitiu compreender a complexidade e a articulação necessária entre os diferentes níveis de resposta da rede de cuidados em comportamentos aditivos e dependências, reforçando a importância de uma intervenção contínua, integrada e centrada na pessoa. O conjunto de intervenções observadas reflete o papel central da enfermagem na continuidade terapêutica e na criação de ambientes seguros, estruturantes

e promotores de mudança, nos quais o utente é progressivamente envolvido como agente ativo do seu processo de recuperação.

A prática desenvolvida na Unidade de Desabituação do Norte permitiu mobilizar e consolidar competências comuns e específicas do EEESMP, particularmente nos domínios da responsabilidade profissional, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme preconizado pelos Regulamentos n.º 454/2026 e n.º 515/2018.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, destacam-se competências associadas à monitorização sistemática dos cuidados, avaliação de resultados e implementação de intervenções sustentadas na evidência científica A participação em programas estruturados, como o Programa de Literacia em Saúde Mental, bem como a utilização de instrumentos formais de avaliação, nomeadamente o MoCA, o Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental e o Questionário de Satisfação, permitiram desenvolver competências relacionadas com a avaliação da qualidade das práticas e análise de indicadores de resultado, nomeadamente B3.1- “Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.” E B3.4- “Analisa os resultados da avaliação efetuada.” (OE, 2026, p. 6). Permitiram igualmente identificar oportunidades de melhoria e selecionar estratégias promotoras de ganhos em saúde mental, em consonância com os critérios B4.1- “Identifica oportunidades de melhoria.” e B4.3- “Seleciona estratégias de melhoria.” (OE, 2026, p. 6).

No domínio da gestão de equipas e de cuidados, a dinâmica interdisciplinar da unidade favoreceu o desenvolvimento de competências de articulação interprofissional, continuidade de cuidados e adequação dos recursos às necessidades dos utentes. A participação em reuniões clínicas, a colaboração com médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, bem como a articulação com estruturas da rede de cuidados em comportamentos aditivos e dependências, permitiram mobilizar competências relacionadas com a colaboração na tomada de decisão em equipa — C1.2, “Colabora nas decisões da equipa de saúde” —, o reconhecimento da necessidade de referenciação e articulação com outros serviços — C1.4,

“Reconhece quando deve ‘negociar com’ ou ‘referenciar para’ outros prestadores de cuidados de saúde” — e a utilização eficiente dos recursos disponíveis — C3.5, “Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2026, p. 7).

No que concerne às competências específicas do EEESMP, a experiência na UDN permitiu concretizar intervenções enquadradas na Competência F2- “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.” (OE, 2018, p. 21428), nomeadamente através da promoção da literacia em saúde mental, prevenção da recaída, redução do estigma e desenvolvimento de competências adaptativas em pessoas com comportamentos aditivos.

Paralelamente, foram desenvolvidas competências inseridas na Competência F3- “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.” (OE, 2018, p. 21428), através da avaliação contínua do estado mental, monitorização da motivação para a mudança, identificação de fatores de risco para recaída e promoção da continuidade de cuidados entre diferentes estruturas da rede assistencial. A observação e articulação com respostas como a Unidade de Alcoologia do Porto, Casa de Vilanova, Equipa de Rua Porto Ocidental e Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra permitiram compreender a importância da gestão integrada de caso e da coordenação entre diferentes níveis de cuidados, em conformidade com as competências F3.3e F3.5.- (OE, 2018).

Por fim, o contexto terapêutico da unidade possibilitou mobilizar competências associadas à Competência F4- “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018, p. 21430). Esta competência foi concretizada através da participação em intervenções psicoeducativas, estratégias motivacionais, aconselhamento terapêutico e atividades grupais promotoras de expressão emocional, *insight*, regulação emocional e reorganização comportamental.

A observação do exercício de funções da enfermeira gestora permitiu aprofundar competências associadas à liderança clínica, coordenação de equipas, gestão de conflitos e comunicação terapêutica, evidenciando a importância do EEESMP enquanto elemento estruturante na promoção de ambientes terapêuticos seguros, organizados e humanizados. Esta experiência permitiu compreender, de forma prática, a mobilização de competências relacionadas com o compromisso em equipas multiprofissionais-F3.3.1- "Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal." (OE, 2018, p. 21429), bem como a influência do enfermeiro especialista na organização dos cuidados e na promoção de alterações positivas no sistema terapêutico - F3.5.7- "Elabora relatórios e/ou pareceres para influenciar os planos de cuidados dos clientes e estimular as capacidades de outros de fornecer cuidados e impulsionar alterações no sistema." (OE, 2018, p. 21430).

Paralelamente, tornou-se evidente a relevância das competências relacionadas com o autoconhecimento e a gestão relacional, particularmente aF1.1- "Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas." (OE, 2018, p. 21428). A observação da gestão de uma situação de conflito permitiu reconhecer a importância da monitorização das próprias respostas emocionais, da comunicação terapêutica, da negociação e da resolução de conflitos em contexto terapêutico.

Projeto de Melhoria Contínua

"Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional"

No decorrer deste último estágio foi concebida e implementada a fase inicial do Projeto de Melhoria Contínua “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”, posteriormente apresentado à equipa de enfermagem e acompanhado pela elaboração de um póster de divulgação científica.

A definição deste projeto surgiu da identificação de uma necessidade concreta no serviço, partilhada por vários profissionais: a inexistência de uma intervenção estruturada dirigida especificamente à gestão emocional dos utentes em processo de desabituação de substâncias. As observações realizadas ao longo do estágio, bem como as entrevistas informais com os enfermeiros da unidade, evidenciaram dificuldades expressivas dos utentes na identificação, expressão e regulação das emoções, aspetos que interferem diretamente com a adesão terapêutica, o relacionamento interpessoal, a estabilidade emocional e a prevenção da recaída.

Neste contexto, emergiu a oportunidade de desenvolver um projeto que respondesse a uma lacuna sentida pela equipa e refletisse, simultaneamente, o crescimento pessoal e profissional alcançado ao longo do percurso formativo. Este estágio representou o culminar de um processo evolutivo de aprendizagem que, desde o primeiro contacto com o internamento em psiquiatria, passando pela prática comunitária, foi progressivamente consolidando competências clínicas, comunicacionais, psicoterapêuticas e de gestão. Assim, a realização de um projeto de melhoria contínua nesta etapa final simbolizou a integração das várias dimensões da competência especializada, traduzindo a passagem de um papel predominantemente interventivo para uma postura de liderança, inovação e promoção da qualidade em enfermagem.

A escolha de um projeto de melhoria contínua enquadra-se diretamente nas competências do enfermeiro especialista, que incluem a capacidade de identificar áreas de melhoria nos cuidados, propor soluções inovadoras, implementar práticas baseadas na evidência e avaliar o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados. Ao optar por esta abordagem, procurou-se não apenas desenvolver uma intervenção clínica,

mas também criar um instrumento de continuidade, passível de ser integrado na rotina da unidade e adotado por outros profissionais no futuro.

Neste sentido, o projeto mobilizou particularmente o Domínio B – Melhoria Contínua da Qualidade, previsto no Regulamento n.º 454/2026 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente a Unidade de Competência B4- "Planeia programas de melhoria contínua." (OE, 2026, p.6), através da identificação de oportunidades de melhoria e seleção de estratégias adequadas à sua implementação. Foram igualmente mobilizadas competências da Unidade B5 — "Lidera programas de melhoria contínua" (OE, 2026, p. 6) —, relacionadas com a liderança e consolidação de programas de melhoria contínua, bem como da Unidade B3 — "Avalia a qualidade das práticas clínicas" (OE, 2026, p. 6), associadas à avaliação da qualidade com base na evidência científica.

Simultaneamente, o projeto encontra enquadramento nas competências específicas do EEESMP previstas no Regulamento n.º 515/2018, particularmente no compromisso com o uma prática baseada na evidência e orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, destaca-se a Unidade de Competência F3.2- "Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental." (OE, 2018, p. 21429).

Acresce ainda que esta abordagem vai ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, particularmente no domínio da organização dos cuidados, ao contribuir para práticas sistematizadas, sustentáveis e potenciadoras de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (OE, 2011).

Os projetos de melhoria contínua representam um pilar essencial para o desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, sobretudo em saúde mental, onde a relação terapêutica, a comunicação e o trabalho em equipa são determinantes para a eficácia clínica. Estas iniciativas permitem identificar necessidades concretas, propor intervenções baseadas em evidência e avaliar resultados mensuráveis, promovendo uma cultura de aprendizagem, reflexão crítica e inovação nos serviços (Sousa et al*.,* 2022).

Neste sentido, os Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade constituem instrumentos estratégicos que traduzem o compromisso ético, científico e técnico dos enfermeiros com a excelência dos cuidados e com a governação clínica das organizações de saúde (OE, 2001).

No contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, esta relevância torna-se particularmente evidente pela necessidade de monitorizar indicadores sensíveis associados a intervenções complexas, como a relação psicoterapêutica, comunicação terapêutica, reabilitação psicossocial e ganhos em saúde mental decorrentes das intervenções especializadas (OE, 2011; OE, 2013).

A implementação destes projetos exige uma metodologia estruturada e sistemática. O Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade da Ordem dos Enfermeiros recomenda a utilização do ciclo PDCA -*Plan–Do–Check–Act*-, permitindo identificar problemas, analisar causas, implementar intervenções baseadas na evidência científica, monitorizar resultados e consolidar mudanças eficazes através da sua normalização na prática clínica (OE, 2013). Neste âmbito, a identificação de desvios relativamente às boas práticas ou aos padrões de qualidade constitui frequentemente o ponto de partida para a construção dos projetos, sendo posteriormente sustentada pela revisão da literatura e pela seleção de intervenções terapêuticas com eficácia comprovada. A avaliação da efetividade destas intervenções pressupõe igualmente a utilização de indicadores de qualidade mensuráveis, organizados segundo o modelo de Donabedian em indicadores de estrutura, processo e resultado. Desta forma, torna-se possível avaliar não apenas os recursos e intervenções implementadas, mas também os ganhos obtidos junto dos utentes, nomeadamente ao nível da satisfação, redução de sintomas, melhoria da funcionalidade, aumento da literacia em saúde mental ou diminuição de comportamentos de risco (Yang et al., 2025; OE, 2013).

A definição deste projeto emergiu a partir de uma colheita de dados qualitativos, realizada através de entrevistas informais com os profissionais do serviço, que identificaram como lacuna prioritária a ausência de uma intervenção estruturada no domínio da gestão das emoções.

Paralelamente, ao longo do estágio, foi possível observar nas interações com os utentes dificuldades significativas na identificação, expressão e regulação emocional, aspetos que interferem diretamente com a adesão terapêutica, o relacionamento interpessoal e a estabilidade clínica durante o internamento.

Considerando o carácter breve da hospitalização nesta unidade, torna-se inviável desenvolver intervenções psicoterapêuticas de longa duração. Contudo, é possível e desejável capacitar os utentes para o reconhecimento e gestão imediata das suas emoções, potenciando o autocontrolo e o bem-estar emocional no processo de desabituação.

Neste contexto, foi delineada uma intervenção em grupo, intitulada "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional", com o objetivo de estimular a identificação, expressão, e regulação emocional de forma dinâmica, breve e acessível.

A proposta estruturou-se em três sessões sequenciais, centradas nos seguintes eixos temáticos:

1. **Identificar emoções**, permitindo reconhecer gatilhos emocionais associados ao consumo, facilitar intervenções precoces e promover escolhas mais saudáveis (Emery et al., 2022; Weiss et al., 2021).
2. **Expressar emoções**, favorecendo a comunicação terapêutica, reduzindo o isolamento e a evitação emocional, e contribuindo para a diminuição de sentimentos de vergonha e culpa (Vigfusdottir et al., 2025; Emery et al., 2022).
3. **Regular emoções**, com vista à redução da impulsividade, *craving* e recaídas, melhoria da tolerância ao desconforto emocional e promoção da qualidade de vida (Stellern et al., 2022; Justyna Zaorska et al., 2023; Navarro-Haro et al., 2025; Weiss et al., 2021).

As intervenções breves de regulação emocional em formato grupal têm-se revelado viáveis em contextos de desabituação de álcool e drogas. No âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, estas abordagens favorecem a compreensão, expressão e gestão das emoções, contribuindo para a redução do risco de recaída, melhoria do bem-estar psicológico e

fortalecimento das competências de autorregulação emocional dos participantes (Moore et al., 2022; Chrétien et al., 2025).

A estrutura sequencial da intervenção “Cuidar das Emoções”, centrada em identificar, expressar e regular emoções, assenta em evidência científica que demonstra que o desenvolvimento da consciência emocional constitui o primeiro passo para a expressão adequada e, posteriormente, para a regulação efetiva das emoções (Chrétien et al., 2025).

Estas intervenções breves e estruturadas integram componentes psicoeducativas, com foco na aprendizagem ativa e na prática de estratégias concretas. Entre os elementos mais frequentemente incluídos destacam-se a psicoeducação sobre emoções e a sua função adaptativa, identificação e nomeação emocional, expressão e aceitação emocional, treino de estratégias de regulação, reavaliação cognitiva, *mindfulness*, resolução de problemas, autorregulação e generalização das competências entre sessões (Moore et al., 2022; Wälchli et al., 2024; Saccaro et al., 2024).

Ao serem aplicadas em contexto grupal, estas intervenções tornam-se mais dinâmicas e acessíveis, permitindo a normalização e validação das experiências emocionais entre pares, o que potencia o sentimento de pertença e reduz o isolamento (Chrétien et al., 2025). Evidências recentes demonstram que pessoas com perturbação por uso de substâncias apresentam maiores dificuldades na regulação emocional, fator associado à maior gravidade clínica e maior risco de recaída (Stellern et al., 2022; Nandrino et al., 2020).

Intervenções estruturadas, inspiradas em modelos cognitivo-comportamentais e programas de treino em regulação afetiva, têm mostrado resultados consistentes, incluindo melhoria da regulação emocional e da consciência emocional, redução de *craving*, ansiedade e sintomas depressivos, maior adesão terapêutica e elevada aceitabilidade em contextos de internamento breve (Navarro-Haro et al., 2025; Huang & Chen, 2021; Chrétien et al., 2025).

Desta forma, capacitar os utentes para reconhecer, expressar e regular emoções constitui uma estratégia clinicamente relevante, contribuindo

para a autonomia emocional, prevenção da recaída e adesão terapêutica. Além disso, alinha-se com o papel do EEESMP enquanto profissional promotor da mudança comportamental, da recuperação psicossocial e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

De forma a sustentar o planeamento e avaliar o impacto da intervenção, foi realizada uma avaliação diagnóstica inicial junto dos utentes, recorrendo à escuta ativa e à aplicação da versão portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law — WLEIS-P (Rodrigues et al., 2011). Considerando que esta escala já foi detalhadamente apresentada no âmbito da intervenção realizada na unidade de internamento de agudos, opta-se por não repetir a sua descrição nesta fase do trabalho.

Para sustentar a pertinência da intervenção, foi realizada uma análise SWOT, permitindo identificar os principais fatores internos e externos que influenciam a sua implementação na UDN. Esta análise constituiu um passo essencial na definição estratégica do projeto, orientando a tomada de decisão, a formulação dos objetivos e o planeamento das etapas subsequentes.

No que respeita às forças, destacou-se o compromisso da equipa de enfermagem com práticas terapêuticas humanizadas e baseadas na evidência, bem como a existência de uma cultura institucional favorável a projetos de melhoria contínua. A dinâmica multidisciplinar da UDN favorece ainda a integração de intervenções grupais e psicoeducativas no plano terapêutico, proporcionando condições propícias para a implementação da proposta.

Quanto às fraquezas, identificou-se a ausência de uma intervenção previamente estruturada na área da regulação emocional, lacuna reconhecida pelos profissionais e confirmada pela avaliação diagnóstica junto dos utentes. O tempo limitado de internamento, inerente ao modelo de desabituação breve, constitui igualmente um desafio, exigindo intervenções concisas, de fácil compreensão e aplicabilidade imediata.

Relativamente às oportunidades, sobressai o crescente reconhecimento da literacia emocional na prevenção da recaída, bem como a disponibilidade de instrumentos validados, como a WLEIS-P, que permitem

monitorizar o impacto da intervenção. Acresce ainda o facto de a evidência científica apontar para a viabilidade de intervenções breves, estruturadas e psicoeducativas em contextos de desabituação, reforçando a relevância clínica do projeto.

No que se refere às ameaças, importa considerar a variabilidade do estado emocional dos utentes durante o período de abstinência inicial, que pode afetar a participação e envolvimento nas sessões. A rotatividade dos internamentos e a eventual sobrecarga assistencial da equipa podem igualmente interferir na disponibilidade para dinamizar grupos de forma contínua.

Em síntese, a análise SWOT evidenciou que o projeto apresenta bases sólidas para a sua implementação, encontrando-se alinhado com as necessidades identificadas, com a missão do serviço e com as recomendações de boas práticas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ao mesmo tempo, permitiu antecipar desafios e orientar estratégias de atuação, garantindo que a intervenção fosse realista, sustentável e clinicamente relevante.

O projeto teve como objetivo geral promover a regulação emocional dos utentes internados na UDN, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde mental. Como objetivos específicos, pretendeu-se favorecer o reconhecimento e a expressão adequada das emoções; capacitar os utentes com estratégias simples de autorregulação emocional; proporcionar um espaço terapêutico de partilha e reflexão emocional; e avaliar o impacto da intervenção na perceção de bem-estar emocional dos utentes e na dinâmica da equipa.

Metodologia:

Trata-se de um projeto de melhoria contínua da qualidade, com base no modelo PDCA — *Plan, Do, Check, Act* —, amplamente utilizado na gestão da qualidade em saúde. Este modelo corresponde a um ciclo sistemático e dinâmico que orienta a planificação, execução, monitorização e revisão de processos, visando a melhoria contínua.

Na fase *Plan*, procedeu-se à identificação da necessidade, definição dos objetivos, recolha de dados iniciais, desenho das sessões, planeamento logístico e seleção dos indicadores de avaliação. Na fase *Do*, foi prevista a implementação piloto da intervenção, com realização de três sessões em grupo. Na fase *Check*, seriam analisados os resultados obtidos através dos instrumentos aplicados, registos observacionais e *feedback* dos participantes e da equipa. Na fase *Act*, seriam efetuados os ajustes necessários, com vista à consolidação da intervenção e eventual integração periódica na rotina da unidade.

A população-alvo correspondeu a utentes internados na UDN com capacidade cognitiva preservada, estabilidade clínica e disponibilidade para participar em dinâmicas de grupo breves. Foram definidos como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; estabilidade clínica; capacidade cognitiva preservada; disponibilidade e motivação para integrar dinâmicas de grupo; fase do internamento compatível com participação regular; e aceitação voluntária após explicação dos objetivos e natureza da intervenção.

Como critérios de exclusão foram definidos: sintomatologia psiquiátrica aguda que interferisse com comunicação, comportamento ou segurança; limitações cognitivas significativas; comportamentos de risco para o grupo; quadro clínico incompatível com participação; e baixa disponibilidade emocional ou motivacional após esclarecimento.

A intervenção foi estruturada em três sessões de 30 a 45 minutos cada, dinamizadas durante o período de internamento, em formato grupal, com quatro a oito participantes, conduzidas por enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A periodicidade foi ajustada à duração e fase do internamento. Nos internamentos de uma semana, as sessões foram planeadas preferencialmente para os últimos dias, quando os utentes se encontram clinicamente mais estabilizados e próximos da transição para a comunidade. Nos internamentos de duas semanas, as sessões foram previstas para a segunda semana, em dias alternados, permitindo uma integração progressiva dos conteúdos.

Os temas das sessões foram: reconhecer as emoções e os sinais físicos associados; expressar emoções de forma saudável; e regular emoções através de estratégias simples e aplicáveis no quotidiano.

O cronograma do projeto encontra-se apresentado no anexo XVII.

Avaliação e Indicadores

A avaliação constitui uma etapa essencial do ciclo de melhoria contínua, permitindo aferir a pertinência, eficácia e exequibilidade da intervenção proposta (Donabedian, 1988; OE, 2013; Sousa et al*.,* 2022). No contexto deste projeto, a avaliação tem como finalidade recolher dados que sustentassem a tomada de decisão, orientassem a eventual implementação definitiva e possibilitassem ajustes baseados na evidência e na experiência da equipa.

Foram definidos indicadores de estrutura, processo e resultado, segundo o modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian (1988). Os indicadores de estrutura relacionaram-se com os recursos humanos, organizacionais e materiais necessários à implementação do programa. Os indicadores de processo permitiram monitorizar a execução das atividades planeadas, adesão às intervenções, cumprimento das estratégias definidas e fidelidade ao protocolo. Os indicadores de resultado possibilitaram avaliar os ganhos obtidos ao nível da literacia em saúde mental, satisfação dos participantes, aquisição de estratégias de *coping* e perceção de utilidade da intervenção.

De acordo com Donabedian (1988) e Yang et al. (2025), os indicadores de processo avaliam a forma como os cuidados são prestados, permitindo analisar a qualidade técnica e a consistência das intervenções implementadas. Os indicadores de resultado medem os efeitos dos cuidados na saúde, funcionalidade e satisfação dos utentes. No contexto da Enfermagem de Saúde Mental, estes resultados assumem particular relevância por avaliarem ganhos sensíveis às intervenções especializadas, nomeadamente ao nível da autonomia, adaptação, recuperação psicossocial autorregulação emocional e mudança comportamental. Foram igualmente

considerados indicadores de impacto, entendidos como mudanças mais amplas e sustentadas produzidas pela intervenção, nomeadamente melhoria da qualidade de vida, da redução de comportamentos de risco, da promoção da autonomia, redução de comportamentos de risco, promoção da autonomia, recuperação psicossocial e diminuição da probabilidade de recaída ou reinternamento. A combinação de indicadores quantitativos e qualitativos permitiu uma leitura integrada da intervenção, valorizando simultaneamente a dimensão técnica, organizacional e humana do cuidado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para além da análise dos resultados obtidos através dos instrumentos aplicados, foram valorizadas as perceções, experiências e *feedback* dos participantes, permitindo compreender de forma mais aprofundada o significado terapêutico da intervenção e o seu impacto na experiência subjetiva dos utentes. Esta abordagem encontra-se alinhada com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que reconhecem a importância de avaliar não apenas resultados clínicos mensuráveis, mas também dimensões relacionais, psicoterapêuticas e de satisfação associadas à experiência do cuidado (OE, 2011).

Para monitorizar a implementação e avaliar a pertinência do projeto “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”, foram definidos indicadores de processo, resultado e impacto, em consonância com o modelo de avaliação da qualidade proposto por Donabedian (1988). Esta organização permite uma leitura sistemática da intervenção, contemplando não apenas a sua execução, mas também os ganhos imediatos obtidos pelos participantes e os possíveis efeitos mais alargados no percurso terapêutico.

Os indicadores de processo permitem avaliar a forma como a intervenção foi implementada, nomeadamente a participação dos utentes, a assiduidade, o cumprimento das sessões previstas, o envolvimento nas atividades e a aceitabilidade da intervenção. Os indicadores de resultado possibilitam analisar os ganhos imediatos decorrentes das sessões, particularmente ao nível da literacia emocional, expressão emocional, regulação emocional, bem-estar subjetivo e perceção de utilidade das estratégias aprendidas. Por sua vez, os indicadores de impacto permitem

acompanhar, de forma exploratória, efeitos mais alargados e sustentados da intervenção, nomeadamente na continuidade de cuidados, utilização das estratégias após a alta, prevenção da recaída e eventual integração do projeto na rotina da unidade.

Esta definição de indicadores encontra-se alinhada com a metodologia PDCA, na medida em que permite sustentar as fases de verificação e ajustamento do projeto, contribuindo para a tomada de decisão clínica e organizacional baseada em dados. Simultaneamente, reforça a importância de avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem em saúde mental, valorizando dimensões como a autorregulação emocional, o *coping*, a participação terapêutica, a satisfação e a continuidade assistencial.

1. Indicadores de Processo

Estes indicadores visam monitorizar a execução da intervenção, a adesão dos participantes e a perceção da equipa quanto à sua aplicabilidade e utilidade conforma a tabela 1.

Dimensão	Indicador	Fonte/Método de recolha	Critério esperado
Participação na intervenção	Proporção de utentes elegíveis que participam em pelo menos uma sessão da intervenção	Registo de presenças	≥ 70% dos utentes elegíveis
Assiduidade às sessões	Proporção de participantes que frequentam pelo menos duas das três sessões	Registo de presenças	≥ 70% dos participantes
Cumprimento do plano de sessões	Número de sessões realizadas face ao número de sessões planeadas	Grelha de monitorização / ficha de sessão	Realização das três sessões previstas
Envolvimento dos participantes	Participação nas dinâmicas propostas, partilha de experiências e realização das atividades	Observação estruturada do enfermeiro dinamizador	Participação ativa da maioria dos elementos do grupo

Satisfação com a intervenção	Grau de satisfação dos participantes relativamente à clareza, pertinência e utilidade das sessões	Questionário breve de satisfação	≥ 80% dos participantes com satisfação elevada

Tabela 1. Indicadores de Processo

2. Indicadores de Resultado (Curto Prazo)

Os indicadores de resultado avaliam as mudanças esperadas nos utentes após a intervenção, tanto ao nível da regulação emocional como da perceção de bem-estar e aprendizagem (Tabela 2).

Dimensão	Indicador	Fonte/Método de recolha	Critério esperado	Momento de avaliação
Literacia emocional	Capacidade de identificar emoções básicas e sinais físicos associados	Exercício prático / grelha de observação	≥ 70% dos participantes identificam pelo menos três emoções e respetivos sinais físicos	Final da sessão 1
Expressão emocional	Capacidade de verbalizar emoções de forma adequada no contexto grupal	Observação estruturada do enfermeiro dinamizador	Melhoria qualitativa da expressão emocional ao longo das sessões	Durante as sessões
Regulação emocional	Capacidade de identificar estratégias de autorregulação emocional aplicáveis ao quotidiano	Exercício prático / questionário breve	≥ 70% dos participantes identificam pelo menos duas estratégias de regulação emocional	Final da intervenção
Inteligência emocional percebida	Alteração nos resultados da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law — versão portuguesa (WLEIS-P)	Aplicação da WLEIS-P antes e após a intervenção	Tendência de melhoria nos resultados globais e/ou nas dimensões avaliadas	Antes da primeira sessão e após a última sessão
Bem-estar subjetivo	Perceção subjetiva de bem-estar emocional	Escala breve de autorrelato: “Como me sinto hoje?”, de 1 a 5	Tendência de melhoria ou manutenção de níveis positivos de bem-estar	Antes e/ou após cada sessão
Utilidade percebida da intervenção	Perceção dos participantes sobre a utilidade das estratégias aprendidas	Questionário breve de avaliação final	≥ 80% dos participantes referem utilidade elevada	Final da intervenção

Tabela 2. Indicadores de Resultado

3. Indicadores de Impacto (Médio Prazo)

Estes indicadores permitirão avaliar, numa fase posterior, o impacto da intervenção a nível organizacional e na continuidade de cuidados, caso o projeto venha a ser implementado de forma sistemática na unidade (Tabela 3).

Dimensão	Indicador	Fonte/Método de recolha	Horizonte temporal
Continuidade de cuidados	Referenciação para grupos pós-alta / seguimento em cuidados de saúde primários	Registos clínicos	1 mês pós-alta
Continuidade assistencial/utilização de serviços	Taxa de reinternamento precoce após participação na intervenção	Dados institucionais	3 meses
Satisfação global com o internamento	Grau de satisfação global com o internamento	Questionario de satisfação institucioanl	Final do internamento

Tabela 3. Indicadores de Impacto

A definição destes indicadores permite conferir maior rigor metodológico ao projeto, uma vez que possibilita monitorizar a sua implementação, avaliar os ganhos imediatos dos participantes e identificar aspetos a melhorar em ciclos posteriores de melhoria contínua. A articulação entre indicadores de processo, resultado e impacto favorece uma avaliação mais abrangente, integrando dimensões quantitativas e qualitativas da intervenção.

Importa salientar que os indicadores de impacto, particularmente a taxa de reinternamento precoce, devem ser interpretados com prudência, uma vez que dependem de múltiplos fatores clínicos, familiares, sociais e contextuais. Assim, este indicador não permite estabelecer uma relação causal direta com a intervenção breve realizada, devendo ser entendido como um dado exploratório útil para a monitorização futura e para eventual consolidação do projeto em ciclos posteriores.

De igual modo, a utilização da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law — versão portuguesa (WLEIS-P), associada à observação estruturada, aos registos de participação e ao *feedback* dos utentes, permite uma avaliação mais integrada dos ganhos em saúde mental. Esta abordagem possibilita não apenas medir alterações na inteligência emocional percebida, mas também compreender a forma como os participantes se envolvem nas

sessões, reconhecem emoções, expressam sentimentos e identificam estratégias de regulação emocional aplicáveis ao quotidiano.

Neste sentido, a avaliação proposta constitui uma ferramenta essencial para sustentar a continuidade do projeto, permitindo identificar a sua aceitabilidade, viabilidade e potencial contributo para a qualidade dos cuidados prestados na Unidade de Desabituação do Norte. A sua eventual integração na rotina da unidade poderá contribuir para uma resposta mais estruturada às necessidades emocionais dos utentes em processo de desabituação, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção da literacia emocional, prevenção da recaída e melhoria contínua dos cuidados.

A intervenção "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional" foi operacionalizada através de um conjunto de atividades expressivas, psicoeducativas e experiencialmente orientadas, estruturadas de acordo com os três eixos centrais do projeto: identificação, expressão e regulação emocional. As atividades foram planeadas considerando as características específicas da população-alvo e o contexto de internamento em unidade de desabituação, privilegiando estratégias breves, participativas e facilmente transferíveis para o quotidiano dos utentes.

Ao longo do planeamento da intervenção foram utilizadas dinâmicas de consciencialização emocional, exercícios de identificação e expressão das emoções, atividades artísticas, treino de técnicas de regulação emocional e estratégias promotoras de autocontrolo e prevenção da recaída. Estas atividades tiveram como finalidade promover a literacia emocional, aumentar a consciência dos estados emocionais, favorecer a utilização de estratégias de *coping* adaptativas e reforçar a autoeficácia na gestão emocional.

Entre as atividades descritas incluíram-se a dinâmica “O Corpo das Emoções”, a exploração da Roda das Emoções, a atividade “Como Costumo Expressar-me?”, a atividade expressiva “A Minha Emoção em Imagem”, o treino de técnicas de regulação emocional e a construção do “Kit Emocional Pessoal”.

A descrição detalhada das atividades propostas no planeamento de sessão, respetivos objetivos, metodologia de implementação e fundamentação científica encontra-se apresentada no Anexo XVIII. Os planos de sessão do projeto de melhoria encontram-se detalhados no anexo XIX.

Para além da sua pertinência clínica, esta iniciativa teve um valor formativo profundo. A elaboração do projeto implicou a mobilização de competências de investigação, planeamento, gestão de recursos, comunicação, liderança e trabalho em equipa, exigindo uma atuação crítica, reflexiva e baseada na evidencia. A apresentação do projeto de enfermagem, em formato de sessão de partilha e debate, constituiu uma oportunidade para promover a disseminação do conhecimento e a integração da evidência na prática clínica, reforçando o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança e dinamizador de processos de melhoria (anexo XX).

A criação do póster científico associado ao projeto visou divulgar de forma sintética e acessível os objetivos, metodologia e benefícios esperados da intervenção, potenciando o seu impacto e visibilidade dentro da instituição. Este produto comunicacional reflete a importância crescente da transferência de conhecimento em enfermagem, contribuindo para uma cultura de qualidade, investigação e inovação em saúde mental.

Reconhecendo que a implementação plena de um projeto de melhoria contínua constitui um processo gradual, dependente de tempos institucionais, recursos disponíveis e adesão progressiva da equipa, foi igualmente considerada a importância de deixar contributos de aplicação imediata no contexto assistencial. Neste sentido, para além do projeto estruturado, foram delineadas e disponibilizadas à equipa intervenções breves, flexíveis e facilmente integráveis na rotina da unidade, com foco na expressão e regulação emocional dos utentes.

Estas intervenções incluem atividades de terapia pela música, recorrendo à música ao vivo ou gravações como facilitadoras da exploração emocional; sessões de arteterapia, através de desenho e pintura, promovendo a expressão simbólica de emoções; e dinâmicas de expressão corporal, mímica e *roleplay*, orientadas para a consciência corporal, a comunicação não verbal e a experimentação de diferentes formas de lidar com situações

emocionais. Estas propostas foram concebidas como ferramentas de utilização pontual ou complementar, passíveis de serem aplicadas em qualquer momento do internamento, respondendo de forma prática e imediata às necessidades emocionais dos utentes. Os respetivos planos de sessão encontram-se no anexo XXI.

Em síntese, o Projeto de Melhoria Contínua “Cuidar das Emoções” constituiu uma oportunidade de aplicar de forma integrada, competências clínicas, científicas, éticas, relacionais e organizacionais próprias do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Representa o culminar de um percurso formativo marcado pela progressiva autonomia, reflexão crítica e compromisso com a qualidade do cuidado. Ao abordar a regulação emocional como eixo fundamental da recuperação e da saúde mental, o projeto reforça a centralidade da enfermagem na promoção de mudanças sustentáveis e humanizadas orientadas para ganhos em saúde nos contextos de tratamento da dependência.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A prática especializada em enfermagem exige a mobilização integrada de conhecimentos científicos, competências técnicas, julgamento clínico, responsabilidade ética e capacidades relacionais. Não se limita, por isso, à execução correta de procedimentos, mas implica uma atuação intencional, reflexiva e fundamentada, orientada para a resposta às necessidades da pessoa, família, grupo e comunidade em contextos de complexidade crescente (Mrayyan et al., 2023; Grangeiro & Ravagnan, 2024; Moran et al., 2021).

Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, esta exigência assume particular relevância, uma vez que o sofrimento psíquico se encontra frequentemente associado a vulnerabilidade emocional, alterações da funcionalidade, risco clínico, estigma, fragilidade das redes de suporte e dificuldades na adaptação aos processos de transição. Deste modo, a intervenção especializada requer uma leitura clínica integrada, capaz de articular os determinantes biológicos, psicológicos, sociais, familiares e culturais que influenciam a experiência de saúde e doença mental (Aggarwal et al., 2023; Dhmashi et al., 2025; Jeste et al., 2025).

No enquadramento profissional português, as competências do enfermeiro especialista organizam-se em duas dimensões complementares: competências comuns e competências específicas. As competências comuns correspondem ao conjunto de competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, e traduzem-se numa elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, bem como no suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e gestão de equipas. Por sua vez, as competências específicas decorrem do campo de intervenção próprio de cada especialidade e orientam a adequação dos cuidados às necessidades específicas das pessoas nos diferentes contextos de prática (OE, 2018; OE, 2026).

Importa salientar que o Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril, constitui o atual referencial normativo das competências comuns do enfermeiro especialista, tendo revogado o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Este regulamento define quatro domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de equipas e de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2026). Estes domínios sustentam uma prática especializada autónoma, crítica, reflexiva, segura e baseada na evidência científica.

O conceito de competência em enfermagem ultrapassa a dimensão técnico-procedimental, envolvendo a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades, atitudes, julgamento clínico e características pessoais de forma integrada e contextualizada. Para Benner (2001), o desenvolvimento de competências ocorre progressivamente através da experiência clínica e da reflexão sobre a prática, permitindo ao enfermeiro evoluir de uma atuação inicial mais dependente de regras para uma prática progressivamente mais intuitiva, adaptativa e perita. Também Phaneuf (2005) salienta que a competência integra dimensões cognitivas, psicomotoras e socioafetivas, exigindo articulação entre saber científico, capacidades técnicas e qualidades pessoais. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros define competência como "um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar" (OE, 2003, p.16).

Ao longo do percurso formativo, os diferentes contextos de estágio — internamento de agudos, cuidados de saúde na comunidade e cuidados diferenciados em contexto de desabituação — permitiram mobilizar progressivamente as competências comuns do enfermeiro especialista, evidenciando a sua transversalidade e relevância na prática clínica em saúde mental e psiquiátrica. A diversidade destes contextos possibilitou compreender que a prática especializada exige tomada de decisão ética, comunicação terapêutica, gestão de cuidados, articulação interprofissional, avaliação da qualidade, utilização da evidência científica e reflexão crítica contínua.

Neste sentido, a análise que se segue pretende refletir criticamente sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista ao longo do percurso de estágio, evidenciando a forma como cada domínio foi integrado na prática clínica e contribuiu para a construção de uma atuação profissional autónoma, humanizada, segura e orientada para a qualidade dos cuidados.

A- Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

"Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, respeitando os direitos humanos e agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional." (OE, 2026, p.4)

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui um dos pilares fundamentais da prática do EEESMP, correspondendo ao primeiro domínio das competências comuns definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 454/2026. Este domínio integra diferentes unidades de competência relacionadas com a tomada de decisão ética, a liderança dos processos de decisão, a avaliação dos resultados dessas decisões, a proteção dos direitos humanos e a gestão de práticas promotoras da segurança, privacidade e dignidade da pessoa cuidada:

Em saúde mental, esta competência assume particular relevância, uma vez que a prática clínica ocorre frequentemente em contextos marcados por vulnerabilidade emocional, sofrimento psíquico, risco clínico, ambivalência face ao tratamento, estigma e fragilidade das redes de suporte. Neste âmbito, a responsabilidade profissional não se limita ao cumprimento de normas legais ou deontológicas, exigindo uma postura crítica, reflexiva e eticamente deliberada, capaz de ponderar a tensão entre proteção, autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela dignidade humana.

Ao longo do percurso formativo, desenvolvido em três contextos distintos- internamento de agudos no Hospital Conde de Ferreira, cuidados de saúde mental na comunidade na Unidade de Cuidados Continuados da Maia e cuidados diferenciados na Unidade de Desabituação do Norte- esta competência foi mobilizada de forma transversal. Cada contexto apresentou desafios ético-legais específicos, mas todos partilharam a exigência comum de garantir uma prática centrada na pessoa, respeitadora dos seus direitos, da sua autonomia e da sua participação informada no processo terapêutico.

Apesar das especificidades de cada contexto, tornou-se evidente que proteger a pessoa não significa anular a sua autodeterminação, mas criar condições para que possa participar de forma informada, consciente e respeitada nas decisões relacionadas com os seus cuidados. Esta perspetiva encontra-se alinhada com a Unidade de Competência A4- "Promove a proteção dos direitos humanos." (OE, 2026, p. 5), nomeadamente os critérios A4.2 - "Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação." (OE, 2026, p. 5) e A4.5 — "Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde." (OE, 2026, p. 5).

Em contexto comunitário, a responsabilidade ética e legal assumiu particular expressão devido à natureza não institucional das intervenções e à proximidade estabelecida com pessoas, famílias e comunidades em diferentes fases do ciclo vital. A intervenção em domicílio e em contexto comunitário exigiu elevado grau de autonomia profissional, particularmente na gestão do sigilo profissional, dos limites da relação terapêutica, da avaliação de risco psicossocial e da articulação com outros profissionais e serviços. Estas experiências mobilizaram a Unidade de Competência A1- "Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas." (OE, 2026, p. 5), particularmente o critério A1.6- "Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem." (OE, 2026, p. 5), bem como a Unidade A4, sobretudo o critério A4.3- "Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional." (OE, 2026, p. 5).

Situações de risco psicossocial, como violência verbal, negligência emocional, isolamento social ou ideação suicida, exigiram uma escuta empática e isenta de juízos, aliada a um posicionamento ético firme que conciliasse o respeito pela confidencialidade com o dever legal de proteção e de sinalização, sempre que necessário (Lei n.º 112/2009; Lei n.º 147/99). Um episódio particularmente significativo ocorreu no acompanhamento domiciliário de uma pessoa idosa de 80 anos referenciada por agitação e confusão mental, que revelou sentimentos persistentes de solidão, história de ideação suicida e exposição a violência verbal no contexto familiar. A expressão “sinto-me num barco no meio do oceano, sozinha” traduziu a profundidade do sofrimento subjetivo vivenciado e exigiu uma intervenção pautada pela validação emocional, avaliação do risco, articulação interdisciplinar e preservação da dignidade da pessoa. Neste caso, a articulação com a equipa de apoio social e com a médica de família permitiu assegurar uma resposta integrada, respeitando o dever de confidencialidade e, simultaneamente, o dever ético de proteção. Esta atuação encontra enquadramento na Unidade de Competência A5- “Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.” (OE, 2026, p. 5), nomeadamente nos critérios A5.1- “Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.” (OE, 2026, p. 5) e A5.2- “Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.” (OE, 2026, p. 5). A literatura sublinha que, nestes contextos, a intervenção ética exige sensibilidade contextual, capacidade de ponderação e aplicação situada dos princípios da beneficência e da não maleficência, evitando abordagens paternalistas (Souza et al., 2021; Palmira et al., 2023).

O contacto com grávidas e puérperas, no âmbito da intervenção "Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto", trouxe desafios ético-legais específicos, associados à elevada vulnerabilidade emocional deste período. A participação em grupos de partilha implicou garantir consentimento informado, confidencialidade, respeito pela privacidade e possibilidade de participação voluntária. A expressão de sentimentos potencialmente estigmatizados, como ansiedade, medo do parto,

ambivalência emocional ou culpa por não corresponder à imagem idealizada da maternidade, exigiu um ambiente terapêutico seguro, autêntico e não julgador. Neste contexto, os princípios do *modelo* HAVEN - *Hear, Ask, Validate, Encourage, Normalise*- forma mobilizados como relacional de apoio emocional, permitindo acolher as experiências das participantes, validar emoções e reforçar a normalização de vivências frequentes no período perinatal (Fisher, 2023). A transparência relativamente aos objetivos das sessões, a possibilidade de não responder a determinadas questões e a garantia de participação voluntária reforçaram o respeito pela autonomia e pela autodeterminação das participantes. (Fisher, 2023; Reis et al., 2022). Estas intervenções refletem particularmente a Unidade A4, nomeadamente os critérios A4.4- "Fomenta o respeito pelo direito da pessoa à privacidade." (OE, 2026, p. 5) e A4.5- "Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde." (OE, 2026, p. 5).

Se, em contexto comunitário, a responsabilidade ética se expressou sobretudo na gestão da autonomia, da confidencialidade e dos limites da relação terapêutica, em contexto de internamento assumiu contornos particularmente exigentes, dada a coexistência de vulnerabilidade clínica, risco acrescido e enquadramentos institucionais mais restritivos.

No internamento de agudo da Unidade de Recuperação do Hospital Conde de Ferreira, a responsabilidade ética manifestou-se em situações de maior acuidade clínica, imprevisibilidade comportamental e necessidade de proteção da pessoa e do grupo. A vivência de dilemas relacionados com informação terapêutica, consentimento informado e participação em atividades institucionais permitiu refletir criticamente sobre a fronteira entre proteção, autonomia e paternalismo. Um episódio marcante ocorreu quando um utente sob terapêutica injetável manifestou recusa e irritabilidade perante a administração da medicação, num contexto de atraso na rotina alimentar. Posteriormente foi referido que uma alteração recente da dose não lhe havia sido comunicada, por receio de desencadear reação paranoide. Esta situação suscitou reflexão ética sobre os limites da omissão terapêutica e sobre a importância do direito à informação. A questão central colocada foi: até que

ponto a proteção clínica justifica restringir o acesso da pessoa à informação sobre o seu próprio tratamento?

A evidência contemporânea tende a considerar a omissão de informação como uma prática excecional e potencialmente paternalista, defendendo abordagens baseadas na transparência gradual, na comunicação sensível e na decisão partilhada, mesmo em contextos de doença mental grave (Menon et al., 2021). A análise posterior em supervisão clínica reforçou a compreensão de que a proteção ética se constrói através da aliança terapêutica, da confiança informada e da adequação da comunicação à capacidade de compreensão da pessoa, não através da presunção automática de incapacidade decisória.

Esta situação mobilizou a Unidade A1, nomeadamente os critérios A1.1- “Constrói estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.” (OE, 2026, p. 5), A1.2- “Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.” (OE, 2026, p. 5) e A1.5- “Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional” (OE, 2026, p. 5).

Mobilizou igualmente a Unidade A2- “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.” (OE, 2026, p. 5), particularmente os critérios A2.2- “Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão” (OE, 2026, p. 5) e A2.3- “Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.” (OE, 2026, p. 5).

A participação dos utentes em atividades terapêuticas revelou outra dimensão crítica ética relevante: a qualidade do consentimento informado nas rotinas institucionalizadas. Verificou-se que alguns utentes participavam em determinadas atividades por inércia da rotina diária, nem sempre demonstrando plena compreensão dos objetivos ou da voluntariedade da participação. Esta observação conduziu à necessidade de clarificar previamente o propósito terapêutico das atividades, utilizando linguagem simples e acessível, por exemplo: “Esta atividade pretende ajudá-lo a reconhecer emoções; pode participar apenas se se sentir confortável”. Esta estratégia reforçou o direito à informação, à escolha e à participação

voluntária, em alinhamento com práticas centradas na autonomia e na pessoa (Grebenshchikova & Chuchalin, 2021; Pietrzykowski & Śmiłowska, 2021). Esta intervenção corresponde aos critérios A4.2 e A4.5, na medida em que procurou garantir o acesso à informação clara e compreensível sobre os objetivos terapêuticos da atividade, bem como reforçar o direito da pessoa à participação voluntária e à autodeterminação no processo de cuidados.

Na Unidade de Desabituação do Norte, tratando-se de um internamento em regime fechado, mas juridicamente voluntário, a prática clínica exigiu uma reflexão ética constante sobre a fronteira entre a estrutura terapêutica, segurança e autodeterminação. Procedimentos sensíveis como a admissão, revista de pertences, administração de terapêutica em SOS e monitorização da síndrome de abstinência evidenciaram que a legitimidade ética da intervenção não depende apenas na sua necessidade clínica, mas também na forma como é comunicada, explicada e conduzida. A garantia de respeito, transparência e proporcionalidade revelou-se essencial para preservar a dignidade da pessoa em contexto de maior restrição ambiental (Laureano et al., 2024; Hegde et al., 2025). Estas práticas relacionam-se diretamente com a Unidade A5, sobretudo com os critérios A5.2 e A5.3- “Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa.” (OE, 2025, p.5) uma vez que exigiram uma atuação antecipatória orientada para a prevenção de risco, proteção da pessoa e manutenção de um ambiente terapêutico seguro, sem descurar a dignidade e os direitos individuais.

A administração de benzodiazepinas em SOS constituiu outro exemplo paradigmático da complexidade ética da prática especializada. A decisão de administrar terapêutica ansiolítica exigiu avaliação criteriosa do risco-benefício, comunicação clara com o utente, registo rigoroso e monitorização contínua da resposta clínica. A literatura enfatiza que estas decisões devem considerar o histórico de consumo, o risco de sedação excessiva, a possibilidade de reforço de padrões de dependência e a necessidade de associar a intervenção farmacológica à validação emocional e à utilização de estratégias não farmacológicas de regulação (Baldwin, 2022; Brunner et al., 2025; Pardossi et al., 2025). Esta atuação enquadra-se na

Unidade A1, particularmente os critérios A1.2 e A1.4- “Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções.” (OE, 2026, p.5), bem como na Unidade A5 através da gestão de práticas seguras.

Outro eixo central desta competência foi o respeito pelo direito à recusa terapêutica, frequentemente presente em contextos de saúde mental e dependências. A recusa de medicação ou de participação em atividades terapêuticas exigiu uma postura ética não coerciva, baseada na negociação terapêutica, na explicação acessível, na escuta das razoes da recusa e no reforço da autonomia informada. A literatura demonstra que o respeito pela recusa, mesmo quando clinicamente desafiante, pode fortalecer a aliança terapêutica, proteger a autodeterminação e favorecer melhores resultados a médio e longo prazo (Azevedo, 2022; Manderius et al., 2023; Haines et al., 2024; Molloy et al., 2025). Esta atuação mobilizou novamente a Unidade A4, sobretudo o critério A4.5, ao reconhecer e respeitar o direito da pessoa à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados.

A reflexão sobre o consentimento informado revelou-se particularmente significativa ao longo deste percurso, permitindo compreender que não deve ser entendido como um ato formal, pontual ou burocrático, mas como um processo contínuo de comunicação, clarificação, validação e respeito pela vontade da pessoa. A literatura alerta para o risco de participação automática em contextos institucionalizados, reforçando a necessidade de explicações claras, linguagem acessível e confirmação da compreensão como condições essenciais para uma prática ética e centrada na pessoa (Varkey, 2020; Grebenshchikova & Chuchalin, 2021; Pietrzykowski & Śmiłowska, 2021; Sunil Basukala et al., 2023). Esta compreensão articula-se particularmente com o critério A4.2, relativo ao acesso à informação, e com o critério A1.1, referente à construção de estratégias em parceria com o cliente.

O contacto com enquadramentos legais específicos, como o Regime do Maior Acompanhado (Lei n.º 49/2018), observado no contexto de internamento no Hospital Conde de Ferreira, permitiu aprofundar a compreensão da articulação entre proteção jurídica e respeito pela vontade expressa da pessoa. A gestão do consentimento informado, a implementação

de planos individuais e a mediação entre o sistema jurídico, o utente e as redes de apoio exigiram uma postura ética sensível, fundamentada nos princípios da justiça, beneficência e respeito pelos direitos humanos (Portaria n.º 311/2021). Esta experiência relaciona-se particularmente com o critério A1.6, ao exigir a integração do enquadramento jurídico no julgamento clínico e na tomada de decisão ética perante situações de maior vulnerabilidade e limitação funcional. Simultaneamente, mobilizou a Unidade A4, na medida em que implicou a defesa da vontade, dignidade e direitos fundamentais da pessoa.

Em síntese, a transversalidade destes contextos revelou aprendizagens complementares. Na comunidade, a responsabilidade ética exigiu proximidade, gestão de limites relacionais, confidencialidade e articulação com redes de apoio; no internamento de agudos, centrou-se na gestão da crise, do consentimento, da transparência e do direito à informação; na desabituação, traduziu-se na conciliação entre estrutura terapêutica, segurança, voluntariedade e autonomia. Em todos os cenários, a prática exigiu comunicação sensível, decisão partilhada e salvaguarda dos direitos humanos e respeito pelo enquadramento legal, nomeadamente a Lei da Saúde Mental (Lei n.º 35/2023) e o Código Deontológico dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015).

As passagens de turno estruturadas a supervisão clínica e a escrita reflexiva permitiram sistematizar estas vivências e transformar dilemas éticos em oportunidades de aprendizagem. A literatura confirma que a reflexão estruturada potencia o discernimento ético em saúde mental, favorecendo a tomada de decisão ponderada e o desenvolvimento da identidade profissional (Nunes, 2014; Palmira et al., 2023).

Deste modo, a responsabilidade profissional, ética e legal revelou-se presente nos gestos quotidianos da prática especializada: na forma de comunicar, escutar, informar, registar, decidir e cuidar. Este domínio contribuiu de forma decisiva para a consolidação da minha identidade enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, consciente do impacto ético das suas intervenções e

comprometida com uma prática humanizada, autónoma, responsável e respeitadora da dignidade da pessoa.

B- Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

"Desenvolve práticas de qualidade dinamizando iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e gerindo programas de melhoria contínua, em ambiente terapêutico e seguro." (OE, 2026, p.5)

A melhoria contínua da qualidade constitui um domínio central da prática do EEESMP, refletindo o compromisso permanente com a segurança, a eficácia e a humanização dos cuidados. Este domínio pressupõe uma atitude crítica e reflexiva sobre a prática clínica, sustentada na avaliação sistemática, na monitorização contínua dos resultados, na identificação de oportunidades de melhoria na integração da evidência científica na tomada de decisão.

Em saúde mental, a qualidade dos cuidados não se limita à avaliação de indicadores clínicos ou organizacionais. Integra igualmente dimensões funcionais, relacionais e subjetivas da experiência de cuidado, nomeadamente a adesão ao regime terapêutico, a participação ativa no plano de cuidados, a redução do risco de recaída, a recuperação psicossocial, a perceção de segurança emocional e a experiência vivida pela pessoa no contacto com os serviços. Assim, a qualidade constrói-se no equilíbrio entre rigor técnico, relação terapêutica, comunicação efetiva, segurança clínica e capacidade de adaptação das intervenções às necessidades singulares da pessoa, família, grupo ou comunidade.

Neste enquadramento, a melhoria contínua articula-se com várias unidades de competência definidas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente a Unidade B1 — "Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade" (OE, 2026, p. 6), a Unidade B3 — "Avalia a qualidade das práticas clínicas" (OE, 2026, p. 6), a Unidade B4 — "Planeia programas de melhoria contínua" (OE, 2026, p. 6), a Unidade B5 — "Lidera programas de melhoria contínua" (OE, 2026, p. 6), a Unidade B6 —

“Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa/grupo” (OE, 2026, p. 6) e a Unidade B7 — “Participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais” (OE, 2026, p. 6).

Ao longo dos três contextos de estágio- internamento de agudos, cuidados de saúde mental na comunidade e cuidados diferenciados em contexto de desabituação- este domínio foi mobilizado de forma transversal, permitindo compreender que a qualidade dos cuidados em saúde mental se constrói diariamente, através da atenção ao detalhe, da observação clinica rigorosa, da escuta ativa, da utilização adequada de instrumentos de avaliação, da comunicação estruturada e da capacidade de ajustar intervenções em função da evolução clínica, emocional e funcional dos utentes. A participação na aplicação e discussão de instrumentos clínicos e escalas de avaliação, em articulação com as equipas multidisciplinares, possibilitou um acompanhamento mais estruturado da evolução dos utentes, favorecendo decisões clínicas mais seguras, maior coerência entre intervenções e uma definição mais clara de objetivos terapêuticos individualizados. Esta experiência reforçou a importância da utilização integrada de dados objetivos e subjetivos como suporte à tomada de decisão e ao ajustamento contínuo dos cuidados, refletindo a Unidade B3- “Avalia a qualidade das práticas clínicas.” (OE, 2026, p.6), particularmente os critérios B3.1- “Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.” (OE, 2026, p.6), B3.2- “Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.” (OE, 2026, p.6) e B3.4- “Analisa os resultados da avaliação efetuada.” (OE, 2026, p.6).

Na Unidade de Recuperação do Hospital Conde de Ferreira, a melhoria contínua materializou-se, de forma particular, na monitorização sistemática da evolução clínica, cognitiva e funcional dos utentes. A participação na aplicação de instrumentos de avaliação cognitiva, como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), em articulação com a equipa multidisciplinar, permitiu rastrear a evolução das pessoas com patologia psiquiátrica crónica, nomeadamente esquizofrenia residual, perturbações afetivas e alterações neurocognitivas

associadas. Estes instrumentos, aplicados no serviço de forma periódica, contribuíram para fundamentar decisões relativas à participação em atividades terapêuticas, treino funcional, planeamento de cuidados e preparação da alta. A utilização destes instrumentos evidenciou que a objetivação clínica não substitui a relação terapêutica, mas complementa-a, permitindo sustentar uma avaliação mais rigorosa e individualizada. Esta prática relaciona-se particularmente com a Unidade B1- "Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade." (OE, 2026, p.6), sobretudo com os critérios B1.1- "Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua." (OE, 2026, p.6) e B1.3 - "Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados." (OE, 2026, p.6), uma vez que implicou a mobilização de instrumentos validados e a integração sistemática de dados clínicos na melhoria da qualidade dos cuidados.

As reuniões clínicas e as passagens de turno constituíram, nos diferentes contextos de estágio, momentos privilegiados para a consolidação deste domínio. A análise partilhada de informação clínica, como a adesão ao plano terapêutico, o progresso funcional, a gestão do risco, a resposta à terapêutica ou a preparação da alta, contribuiu para uma gestão mais consciente, integrada e segura do percurso terapêutico. A literatura evidencia que estes espaços são determinantes para a continuidade dos cuidados, a redução de erros e o fortalecimento da segurança clínica, sobretudo em contextos de elevada complexidade como a saúde mental (Moldskred et al., 2020; Davies & Enemo-Okonkwo, 2021; Hashish et al., 2023; Daicampi et al., 2025).

Neste âmbito, a precisão, clareza e sistematização do registo clínico revelaram-se, elementos estruturantes da qualidade, assegurando rastreabilidade, coerência assistencial e articulação eficaz entre profissionais e níveis de cuidados. Estas experiências mobilizaram a Unidade B7- "Participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais." (OE, 2026, p.6), particularmente os critérios B7.2- "Envolve os colaboradores na gestão de risco" (OE, 2026, p.6), B7.4- "Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e

investigação das causas, sem atribuição de culpa.” (OE, 2026, p.6) e B7.5- “Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.” (OE, 2026, p.6).

A observação crítica das dinâmicas assistenciais permitiu compreender que a melhoria contínua da qualidade não se restringe a processos formais, indicadores institucionais ou auditorias. Manifesta-se também em aspetos aparentemente simples do quotidiano do cuidado, como a clareza da comunicação, a organização das atividades terapêuticas, o tempo dedicado à escuta, a previsibilidade das rotinas, a forma como se transmite informação entre turnos e o modo como o utente é envolvido no seu próprio processo terapêutico. Estes elementos têm impacto direto no bem-estar, na segurança emocional, na adesão terapêutica e na participação ativa das pessoas cuidadas.

Neste contexto, surgiram oportunidades concretas de melhoria, materializadas na implementação de estratégias simples e ajustadas ao contexto. A criação de suportes visuais para clarificação de horários e atividades terapêuticas, em resposta a dificuldades de orientação e compreensão manifestadas por alguns utentes, contribuiu para maior previsibilidade e envolvimento. Do mesmo modo, a introdução de breves momentos de reflexão final nas sessões de grupo permitiu recolher *feedback* qualitativo imediato, ajustar intervenções subsequentes e promover maior participação dos utentes. Estas intervenções refletem a Unidade B4- “Planeia programas de melhoria contínua.” (OE, 2026, p.6), particularmente os critérios B4.1 — “Identifica oportunidades de melhoria.” (OE, 2026, p.6), B4.2- “Estabelece prioridades de melhoria.” (OE, 2026, p.6) e B4.3- “Seleciona estratégias de melhoria.” (OE, 2026, p.6).

O projeto “O Círculo das Emoções”, implementado em contexto de internamento, constitui uma expressão estruturada deste domínio. A intervenção integrou planeamento, fundamentação científica, implementação e avaliação de resultados, recorrendo à Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law — versão portuguesa (WLEIS-P) em momentos pré e pós-intervenção. Esta avaliação permitiu identificar tendências de melhoria nas dimensões relacionadas com a perceção, compreensão e regulação

emocional, embora tais resultados devam ser interpretados com prudência, atendendo à natureza breve da intervenção e às características clínicas dos participantes.

A conceção e implementação desta intervenção foram sustentadas por pesquisa bibliográfica relativa a terapias expressivas, regulação emocional e intervenções grupais em saúde mental, reforçando a integração da prática baseada na evidência no contexto clínico (Laranjeira et al., 2019; Leitão et al., 2024). A apresentação dos resultados à equipa e a elaboração de material complementar contribuíram para a disseminação de conhecimento e para a promoção de uma cultura organizacional orientada para a melhoria contínua. Este processo mobilizou particularmente a Unidade B4 e a Unidade B5- "Lidera programas de melhoria contínua." (OE, 2026, p. 6), nomeadamente os critérios B5.1- "Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade" (OE, 2026, p. 6) e B5.2- "Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes." (OE, 2026, p.6).

Em contexto comunitário, a melhoria contínua assumiu uma dimensão particularmente dinâmica, marcada pela dispersão geográfica, diversidade etária e pela imprevisibilidade das visitas domiciliárias e pela necessidade de adaptação permanente às realidades familiares e sociais. As intervenções desenvolvidas em consultas individuais, visitas domiciliárias, programas escolares e ações dirigidas a grávidas, puérperas, idosos e cuidadores exigiram uma avaliação contínua das necessidades, dos recursos disponíveis e dos ganhos obtidos.

A aplicação de instrumentos como a Escala de Zarit, no acompanhamento de cuidadores, permitiu monitorizar a sobrecarga e adequar intervenções de suporte psicossocial e encaminhamento. Do mesmo modo, a avaliação das intervenções em contexto escolar e perinatal, através da recolha de perceções dos participantes e profissionais, evidenciou o valor do *feedback* participativo como instrumento de melhoria contínua e de co-construção das intervenções. Estas experiências refletem novamente as Unidades B3 e B4, na medida em que implicaram monitorização de

resultados, análise crítica do impacto das intervenções e adaptação das estratégias terapêuticas em função das necessidades identificadas.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) constituiu um eixo transversal deste domínio, sustentando a qualidade e a segurança das intervenções desenvolvidas. A preparação teórica das sessões, a análise crítica da literatura científica recente e a integração do conhecimento atualizado na prática clínica permitiram fundamentar decisões de forma ética, informada e responsável. A literatura sublinha que a PBE, quando articulada com processos de melhoria contínua, promove transformações sustentáveis nos cuidados, traduzindo-se em ganhos efetivos para os utentes, para as equipas e para as organizações de saúde (Pendon et al., 2020; Rosales et al., 2020; Maciel et al., 2023). Esta prática encontra enquadramento na Unidade B1, especialmente no critério B1.3, ao traduzir a incorporação sistemática de conhecimento científico no planeamento e implementação das intervenções.

O projeto "Expectativa vs Realidade – Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto" constituiu outro exemplo relevante de integração da evidência científica na melhoria da qualidade dos cuidados. A intervenção foi desenvolvida em seis sessões semanais, articulando psicoeducação, partilha grupal, estratégias de relaxamento, promoção do autocuidado, literacia em saúde mental perinatal e avaliação de resultados através de instrumentos validados e questionários de satisfação. A adaptação das sessões em função do *feedback* das participantes, nomeadamente o maior enfoque na amamentação e no medo do parto após solicitação do grupo, demonstrou uma prática responsiva, participada e centrada nas necessidades emergentes. Esta experiência evidenciou que a qualidade em contexto comunitário depende não apenas do desenho inicial das intervenções, mas também da capacidade de as adaptar de forma responsiva e participada. Este processo mobilizou a Unidade B2- “Orienta projetos institucionais na área da qualidade.” (OE, 2026, p. 6), particularmente os critérios B2.1- “Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.” (OE, 2026, p. 6) e B2.2 - “Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.” (OE, 2026, p. 6).

Em contexto de cuidados diferenciados, o estágio na UDN permitiu compreender a relevância da melhoria contínua em situações de elevada complexidade clínica, curta duração de internamento e necessidade de intervenções breves, estruturadas e orientadas para ganhos terapêuticos concretos. Neste contexto, foi desenvolvido o projeto de melhoria contínua "Cuidar das Emoções — Intervenção Breve de Regulação Emocional", centrado na promoção da literacia emocional, expressão emocional e regulação emocional em pessoas em processo de desabituação.

A conceção deste projeto partiu de uma necessidade clínica concreta: a dificuldade manifestada por muitos utentes em identificar, expressar e regular emoções, frequentemente associada a impulsividade, *craving*, conflitos interpessoais e risco de recaída. Através da observação direta, da auscultação informal da equipa e da pesquisa bibliográfica, foi possível estruturar uma intervenção breve, ajustada à duração do internamento e ao perfil dos utentes. Este processo refletiu os princípios descritos na literatura sobre implementação de projetos de melhoria baseados na evidência e adaptados ao contexto organizacional (Cassidy et al., 2021; Clavijo-Chamorro et al., 2020; Ominyi et al., 2025).

A elaboração deste projeto permitiu compreender que a melhoria da qualidade só é efetiva quando emerge de problemas clínicos concretos, é sensível ao contexto e envolve ativamente os profissionais e os utentes. Esta experiência relaciona-se diretamente com a Unidade B4 e B5, ao implicar a identificação de necessidades prioritárias, planeamento estruturado de uma intervenção, definição de indicadores de processo, resultado e impacto com a equipa e proposta de integração futura na rotina da unidade.

Adicionalmente, a monitorização da síndrome de abstinência, do *craving* e da resposta à terapêutica em SOS contribuiu para decisões clínicas mais seguras e consistentes. A articulação com respostas da rede complementar, como equipas de proximidade, estruturas comunitárias e recursos de continuidade assistencial, permitiu compreender que a qualidade dos cuidados não termina no momento da alta, dependendo também da prevenção de ruturas no seguimento pós-alta e da continuidade do processo terapêutico. Estas intervenções enquadram-se particularmente na Unidade

B7, nomeadamente os critérios B7.1- “Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros” (OE, 2026, p. 6) e B7.6- “Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão de risco.” (OE, 2026, p. 6).

De forma global, o desenvolvimento desta competência reforçou a compreensão de que a melhoria contínua da qualidade não é apenas uma exigência institucional, mas uma atitude identitária do enfermeiro especialista. Trata-se de um processo vivo e dinâmico, que implica curiosidade profissional, capacidade de questionar práticas estabelecidas, abertura à aprendizagem e compromisso com a segurança e a excelência dos cuidados. A integração deste domínio ao longo do percurso formativo permitiu consolidar uma prática clínica mais segura, fundamentada, reflexiva e centrada na pessoa, orientada para a promoção do bem-estar, da dignidade e da qualidade em saúde mental.

Em síntese, a melhoria contínua da qualidade revelou-se indissociável da prática especializada do EEESMP, exigindo capacidade de avaliar, planear, intervir, monitorizar resultados e ajustar continuamente os cuidados às necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades.

C- Competências do Domínio da Gestão de Equipas e de Cuidados

“Desenvolve a gestão da equipa de enfermagem, otimizando a sua resposta e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.” (OE, 2026, p. 7)

A gestão de equipas e de cuidados constitui um domínio central da prática do EEESMP, exigindo visão sistémica do cuidado, capacidade de priorização clínica, articulação interprofissional, liderança situacional e sensibilidade clínica, ética e relacional. De acordo com o Regulamento n.º 454/2026este domínio integra competências relacionadas com a otimização do processo de cuidados, a supervisão das tarefas delegadas, a adequação

dos recursos às necessidades identificadas e a adaptação do estilo de liderança ao contexto organizacional e às pessoas envolvidas (OE, 2026).

Em saúde mental e psiquiátrica, a gestão dos cuidados assume particular complexidade, uma vez que a instabilidade emocional, a imprevisibilidade comportamental, o risco clínico, a vulnerabilidade psicossocial e a necessidade de continuidade terapêutica exigem decisões clínicas rigorosas, comunicação estruturada e intervenções simultaneamente técnicas, relacionais e éticas. Neste contexto, gerir cuidados implica muito mais do que organizar tarefas; implica coordenar pessoas, tempos, prioridades, riscos, recursos e expectativas, mantendo a centralidade da pessoa e a segurança do ambiente terapêutico.

Ao longo do percurso de estágio, desenvolvido em contexto de internamento de agudos, cuidados de saúde na comunidade e cuidados diferenciados em contexto de desabituação, esta competência foi mobilizada de forma contínua, assumindo expressões distintas consoante o contexto. Apesar destas diferenças a gestão dos cuidados manteve como princípios transversais a segurança, a continuidade, a articulação interprofissional, a individualização das respostas e a promoção da qualidade dos cuidados. A gestão do cuidado revelou-se, assim, um processo dinâmico, que integra avaliação clínica, planeamento, implementação, monitorização e reajustamento das intervenções. Esta prática relaciona-se particularmente com a Unidade C1 — “Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2026, p. 7), nomeadamente com os critérios C1.2 — “Colabora nas decisões da equipa de saúde” (OE, 2026, p. 7), C1.3 — “Afere a informação necessária para a tomada de decisão no processo de cuidar” (OE, 2026, p. 7) e C1.4 — “Reconhece quando deve ‘negociar com’ ou ‘referenciar para’ outros prestadores de cuidados de saúde” (OE, 2026, p. 7).

Em contexto de internamento de agudos, a gestão dos cuidados tornou-se particularmente evidente em situações de maior imprevisibilidade clínica e comportamental, nomeadamente perante ansiedade intensa, agitação psicomotora, conflito interpessoal, recusa terapêutica ou ideação paranoide. Nestes momentos, a intervenção exigiu capacidade de priorização,

tomada de decisão rápida, comunicação terapêutica e liderança clínica situacional, orientada para a segurança do utente, do grupo e da equipa.

Um exemplo significativo ocorreu perante um utente com ideação persecutória relacionada com a medicação, que verbalizava receios de controlo externo e manifestava resistência à toma terapêutica. A intervenção exigiu contenção verbal, validação emocional, redireccionamento cognitivo e clarificação da informação, procurando reduzir a escalada emocional sem recurso imediato a medidas farmacológicas. A utilização de uma comunicação calma, simples e centrada na validação permitiu diminuir a tensão, preservar a relação terapêutica e promover maior adesão ao cuidado. Sempre que a administração de terapêutica em SOS foi necessária, esta foi acompanhada de registo rigoroso, monitorização da resposta e transmissão adequada da informação em passagem de turno, garantindo rastreabilidade e continuidade terapêutica. Estas experiências mobilizaram a Unidade C1, pela necessidade de recolher informação clínica relevante, priorizar intervenções e colaborar na decisão terapêutica, bem como a Unidade C2 — “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (OE, 2026, p. 7), na medida em que exigiram acompanhamento da execução dos cuidados, monitorização da resposta do utente e garantia de segurança no ambiente terapêutico. Simultaneamente, relacionaram-se com a Unidade C4 especificamente do critério C4.4- “Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.” (OE, 2026, p. 7), na medida em que exigiram adaptação da liderança clínica ao contexto, supervisão das intervenções implementadas e monitorização contínua da resposta terapêutica e do risco clínico.

Em cuidados diferenciados, nomeadamente na UDN, a gestão dos cuidados assumiu contornos particularmente exigentes, devido à curta duração dos internamentos, à instabilidade clínica associada à síndrome de abstinência, à presença de comorbilidades psiquiátricas e ao risco de recaída após a alta. Neste contexto, a qualidade da gestão dependeu de uma articulação permanente entre enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, técnicos auxiliares de saúde e estruturas comunitárias de continuidade assistencial. A evidência científica tem vindo a salientar que a colaboração interprofissional, sustentada por objetivos

partilhados, clareza de papéis e comunicação eficaz, favorece a tomada de decisão clínica, melhora os resultados terapêuticos e contribui para ambientes mais seguros e coesos (Biringer et al., 2020; Fuchs et al., 2022; Chicoine et al., 2022; Ventosa-Ruiz et al., 2024). Esta experiência relaciona-se diretamente com a Unidade C1, sobretudo os critérios C1.2 e C1.3, na medida em que a articulação contínua entre os diferentes profissionais exigiu partilha de informação clínica relevante, coordenação das intervenções e construção de decisões terapêuticas integradas.

A participação regular nas passagens de turno constituiu um elemento estruturante deste domínio. A transmissão estruturada de informação revelou-se determinante para a continuidade dos cuidados, sobretudo em serviços onde o estado clínico e emocional dos utentes pode alterar-se rapidamente. A utilização de uma comunicação estruturada, clara e objetiva permitiu sintetizar informação relevante sobre evolução clínica, adesão terapêutica, sinais de abstinência, risco de queda, alterações do comportamento, resposta à terapêutica e necessidades de intervenção. A literatura sublinha que processos de *handover* organizados, idealmente sustentados por modelos estruturados como o ISBAR, reduzem perdas de informação, aumentam a segurança clínica e fortalecem a coerência do percurso terapêutico (Vallabhaneni et al., 2022; Stelios Naxakis et al., 2025; Tomás et al., 2025). Esta vivência permitiu desenvolver a capacidade de selecionar informação relevante, antecipar riscos e compreender o impacto direto da comunicação clínica na qualidade dos cuidados subsequentes, em consonância com o descrito por Asurlekar (2025) relativamente às consequências das falhas comunicacionais. Ao longo dos estágios, a gestão dos cuidados implicou igualmente a análise e priorização das necessidades dos utentes, integrando dimensões clínicas, funcionais, emocionais, familiares e sociais. A diversidade de perfis acompanhados — desde pessoas em abstinência aguda, com sintomatologia ansiosa ou depressiva marcada, até utentes com baixa literacia em saúde, défices cognitivos, fragilidade social ou redes de suporte insuficientes — exigiu adaptação contínua das intervenções e redefinição das prioridades terapêuticas.

Esta tomada de decisão clínica implicou monitorização sistemática de sinais e sintomas, definição de objetivos realistas, adequação das estratégias à fase do processo terapêutico e capacidade de antecipar necessidades emergentes. Neste âmbito, foi mobilizada sobretudo a Unidade C1, particularmente os critérios C1.3 e C1.4, uma vez que a gestão clínica dos diferentes perfis de utentes exigiu recolha e interpretação de informação relevante, identificação de prioridades, negociação com outros profissionais e eventual referenciação para recursos adequados.

A articulação contínua com a equipa multidisciplinar constituiu outro eixo fundamental da gestão dos cuidados, transversal a todos os contextos de estágio. A participação em reuniões clínicas, discussão de casos e comunicação diária com diferentes profissionais permitiu compreender que uma comunicação interprofissional clara, consistente e baseada na escuta ativa é determinante para a coerência e qualidade das intervenções. Estudos recentes demonstram que equipas que comunicam de forma eficaz integram melhor diferentes perspetivas clínicas, tomam decisões mais completas e promovem cuidados mais seguros e centrados na pessoa (Alsubaie et al., 2024; Pradelli et al., 2025; Collin et al., 2025).

Em contexto comunitário, a gestão dos cuidados assumiu uma expressão particularmente dinâmica, dada a diversidade de áreas de intervenção e populações acompanhadas. A planificação de sessões de grupo, a gestão de casos individuais em consulta ou no domicílio e a articulação com outros serviços e níveis de cuidados exigiram uma visão holística do sistema de saúde e uma capacidade constante de coordenação. A gestão do tempo, dos recursos disponíveis e das prioridades assistenciais revelou-se essencial para garantir continuidade, equidade e adequação das intervenções, sobretudo em contextos de elevada vulnerabilidade psicossocial. Estas experiências reforçaram o papel do enfermeiro especialista enquanto elo de ligação entre serviços, gestor do percurso terapêutico e facilitador da continuidade de cuidados. Esta atuação articula-se particularmente com a Unidade C3- “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2026, p. 7), especialmente os critérios C3.2- “Implementa métodos de organização do

trabalho adequados" (OE, 2026, p. 7) e C3.5- "Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade" (OE, 2026, p. 7).

A participação em sessões de educação para a saúde, grupos psicoeducativos e dinâmicas terapêuticas permitiu ainda desenvolver competências de gestão relacionadas com o planeamento das intervenções, a organização do tempo terapêutico, a adaptação das metodologias ao nível cognitivo e emocional dos participantes e a manutenção de um ambiente seguro e estruturado. Estas experiências evidenciaram a importância da antecipação de dificuldades, da flexibilidade na condução das sessões e da capacidade de ajustar intervenções em função das respostas do grupo.

Neste âmbito, foi mobilizada a Unidade C4 — "Adapta o estilo de liderança, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e das pessoas" (OE, 2026, p. 7), particularmente os critérios C4.2 — "Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática" (OE, 2026, p. 7) e C4.4 — "Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências" (OE, 2026, p. 7). A condução das sessões exigiu organização, clareza, flexibilidade, comunicação terapêutica e capacidade de promover um ambiente grupal seguro, favorecedor da participação e da expressão emocional.

A observação do exercício de funções de liderança, particularmente durante o acompanhamento da enfermeira gestora na Unidade de Desabituação do Norte, permitiu aprofundar a compreensão da gestão de equipas em contexto de saúde mental. A gestão de uma situação de conflito relacionada com uma reclamação de utentes acerca da alimentação evidenciou a importância da comunicação estruturada, da escuta ativa, da validação emocional e da negociação na resolução de problemas organizacionais. Esta experiência permitiu compreender que a liderança em saúde mental exige simultaneamente firmeza, empatia, capacidade de mediação e preservação do ambiente terapêutico.

De forma global, este percurso permitiu compreender que a gestão dos cuidados em saúde mental ultrapassa largamente a organização técnica do trabalho. Integra dimensões de liderança clínica, responsabilidade ética, articulação interprofissional, segurança terapêutica e sensibilidade humana. A

literatura reconhece o enfermeiro especialista como um profissional central na coordenação dos processos terapêuticos, na mediação de conflitos, na facilitação da comunicação e na garantia da segurança em contextos complexos e emocionalmente exigentes (Peruzzo et al., 2022; Santos, 2020).

Esta função exige uma visão sistémica capaz de integrar múltiplas variáveis do cuidado, bem como a capacidade de antecipar riscos e responder de forma ajustada às necessidades emergentes, competências essenciais para uma prática avançada e segura em saúde mental (Ribeiro & Almeida, 2020; Galvão et al., 2021). Este entendimento reflete transversalmente as Unidades C1, C3 e C4, particularmente no que respeita à participação na tomada de decisão clínica, coordenação do processo terapêutico, adequação dos recursos às necessidades de cuidados e adaptação da liderança às exigências dos diferentes contextos clínicos.

Em síntese, o desenvolvimento desta competência permitiu reconhecer que gerir cuidados é gerir pessoas, emoções, tempos, expectativas, riscos e recursos, sem perder a centralidade da pessoa e da relação terapêutica. Trata-se de construir coerência e continuidade ao longo do percurso terapêutico, assegurando que cada pessoa é acompanhada de forma segura, personalizada e humanizada. Os estágios possibilitaram, assim, a consolidação progressiva de competências avançadas de gestão de equipas e de cuidados, reforçando o compromisso com uma prática especializada orientada para a liderança clínica responsável, a segurança, a continuidade e a qualidade dos cuidados em saúde mental.

D- Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade no âmbito da *praxis* clínica especializada, considerando a evidência científica.” (OE, 2026, p. 7)

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui o quarto domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, assumindo-

se como um eixo estruturante da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. De acordo com o Regulamento n.º 454/2026, este domínio traduz o compromisso contínuo com a construção de uma prática especializada reflexiva, sustentada na integração entre teoria e prática, no desenvolvimento do autoconhecimento, da assertividade, da adaptabilidade, da aprendizagem em contexto de trabalho, da incorporação da evidencia científica e da promoção de padrões e procedimentos orientadores da prática especializada (OE, 2026). Este domínio integra as unidades de competência D1- "Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro." (OE, 2026, p. 8), D2- "Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional." (OE, 2026, p. 8), D3 – "Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho." (OE, 2026, p. 8), D4- "Suporta a prática clínica em evidência científica." (OE, 2026, p. 8) e D5- "Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada." (OE, 2026, p. 8).

Em saúde mental e psiquiátrica, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume particular relevância, uma vez que a prática clínica decorre frequentemente em contextos marcados por complexidade emocional, ambiguidade ética, imprevisibilidade relacional, risco clínico e elevada exigência terapêutica. Nestes contextos, aprender não significa apenas adquirir conhecimento técnico ou científico, mas transformar a experiência vivida em pensamento clínico, maturidade profissional e capacidade de intervir de forma mais consciente, segura e humanizada. Neste âmbito, a supervisão clínica funcionou como um espaço privilegiado para a consolidação da Unidade D1, especificamente o critério D1.3- "Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais." (OE, 2026, p. 8), ao permitir-me reconhecer os meus recursos e limites pessoais e profissionais durante a interação com utentes em crise. Este exercício de autoconhecimento é fundamental, uma vez que a consciência de si interfere diretamente no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Simultaneamente, a procura constante por fundamentação teórica para as intervenções permitiu operacionalizar a Unidade D4, nomeadamente o critério D4.1- "Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo

conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde das pessoas." (OE, 2026, p. 8), ao atuar como dinamizador da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados. Esta atitude proativa garantiu que a tomada de decisão clínica não fosse meramente intuitiva, mas sim alicerçada em evidência científica válida e atual, visando a obtenção de ganhos efetivos em saúde para os utentes e famílias.

Ao longo dos estágios, esta competência foi sendo consolidada de forma gradual e intencional, ancorada na observação participante, na supervisão clínica e na mobilização sistemática do conhecimento científico como suporte à tomada de decisão clínica. Este processo encontra correspondência na Unidade D5, especialmente nos critérios D5.1 "Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada." (OE, 2026, p. 8), relativo à mobilização de conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas relevantes para a prática especializada, D5.2 "Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes." (OE, 2026, p. 8), associado à prestação de cuidados especializados, seguros e competentes, e D5.3 "Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas." (OE, 2026, p. 8).

A diversidade dos contextos de estágio permitiu compreender que o desenvolvimento profissional não se traduz apenas no aperfeiçoamento técnico, mas sobretudo na capacidade de refletir criticamente sobre a ação, reconhecer limites, integrar *feedback*, reajustar intervenções e adaptar a prática às necessidades da pessoa, da família, da equipa e do contexto. Cada contexto proporcionou aprendizagens complementares: o internamento de agudos permitiu desenvolver capacidade de intervenção em crise e resiliência perante situações de maior intensidade clínica; a comunidade exigiu criatividade relacional, flexibilidade e capacidade de intervenção em proximidade; e a unidade de desabituação favoreceu o desenvolvimento de competências relacionadas com inovação terapêutica, gestão emocional e intervenção estruturada em contexto de internamento breve.

No que se refere ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, tornou-se evidente que a prática especializada em saúde mental exige um posicionamento profissional atento, autorregulado e emocionalmente consciente. O contacto diário com pessoas em sofrimento psíquico, muitas em situação de crise, vulnerabilidade social ou processo de desabituação, confrontou-me com a necessidade de reconhecer as minhas próprias reações emocionais, padrões relacionais, limites internos, e formas de comunicação. Esta tomada de consciência foi fundamental para sustentar uma presença terapêutica segura, ética e consistente. Situações de ansiedade intensa, conflito interpessoal, frustração, desorganização emocional ou resistência ao tratamento exigiram contenção emocional, comunicação assertiva e clareza na definição de limites terapêuticos. Estas experiências reforçaram a importância do "uso terapêutico de si" enquanto instrumento clínico central na enfermagem de saúde mental. Esta experiência concretiza particularmente a Unidade D1 sobretudo os critérios D1.1, D1.2- "as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda." (OE, 2026, p. 6), D1.3 e D1.4, relacionados com o autoconhecimento, a gestão da influência pessoal na relação terapêutica e o reconhecimento dos próprios limites e recursos. Simultaneamente, essas experiências mobilizaram a Unidade D2, nomeadamente os critérios D2.2- "Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente." (OE, 2026, p. 6), D2.3- "Atua eficazmente sob pressão." (OE, 2026, p. 6), D2.5- "Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos." (OE, 2026, p. 6) e 2.6- "Avalia o impacto das técnicas de resolução de conflitos, reformulando-as sempre que necessário." (OE, 2026, p. 8). A mobilização destes critérios foi particularmente evidente em momentos de tensão grupal, resistência terapêutica, ansiedade acentuada ou necessidade de adaptação da comunicação às características emocionais e cognitivas dos utentes.

A participação regular em passagens de turno, reuniões clínicas e momentos formais e informais de supervisão permitiu analisar criticamente intervenções realizadas, reconhecer fragilidades e consolidar aprendizagens clínicas com impacto direto na qualidade do cuidado. Nestes espaços, a discussão de casos e a reflexão conjunta com enfermeiros especialistas e

outros elementos da equipa possibilitaram transformar dúvidas e dilemas em oportunidades de crescimento profissional, contribuindo para uma prática progressivamente mais consciente, intencional e consistente. Esta dinâmica encontra particular enquadramento na Unidade D5, especialmente no critério D5.3, ao evidenciar a capacidade de rentabilizar oportunidades de aprendizagem através da análise crítica de situações clínicas, e na Unidade D2, pela mobilização de competências de adaptação individual e profissional face às exigências emocionais, relacionais e organizacionais dos diferentes contextos de cuidados.

A escrita reflexiva assumiu um papel central neste processo, funcionando como instrumento de autoanálise, autorregulação profissional e integração da experiência clínica. Através deste exercício sistemático, foi possível aprofundar a consciência sobre o impacto da presença terapêutica, da comunicação verbal e não verbal e da gestão emocional em contextos de elevada tensão. A literatura reconhece a reflexão estruturada como um dos pilares do desenvolvimento profissional em saúde mental, ao permitir transformar a experiência vivida em conhecimento clínico organizado, crítico e sustentado (Loura et al., 2020; Silva et al., 2021). Esta prática relaciona-se com a Unidade D1, particularmente os critérios D1.1, D1.3 e D1.4, ao favorecer o autoconhecimento, a identificação de limites e recursos pessoais e a consciencialização da influência da pessoa do enfermeiro na relação terapêutica. Simultaneamente, mobiliza a Unidade D2, especialmente o critério D2.6- “Avalia o impacto das técnicas de resolução de conflitos, reformulando-as sempre que necessário.” (OE, 2026, p. 8), através da capacidade de refletir criticamente sobre as estratégias utilizadas, avaliar o seu impacto e reformular intervenções em função das necessidades identificadas. Da mesma forma também recorremos ao D4.1 que define que o enfermeiro especialista deve alicerçar as intervenções em conhecimento válido e atual.

Diversos episódios clínicos contribuíram de forma decisiva para a consolidação das aprendizagens profissionais. Situações de conflito interpessoal, crises emocionais intensas ou episódios de ansiedade exacerbada exigiram intervenções baseadas na presença terapêutica, na

escuta ativa e na capacidade de contenção emocional. A reflexão posterior sobre estas experiências permitiu compreender que, em saúde mental, a presença humana qualificada do enfermeiro constitui um instrumento clínico central.

A evidência demonstra que a presença terapêutica, expressa através da empatia, validação emocional, disponibilidade relacional e congruência, promove segurança interna, fortalece a aliança terapêutica e favorece a adesão ao tratamento (Chambers et al., 2021; Tolosa-Merlos et al., 2022; Esario IV Daguman et al., 2025). Este percurso evidenciou que a relação terapêutica não constitui um complemento da intervenção, mas uma dimensão nuclear do próprio processo terapêutico. O enfermeiro especialista assume, nestes contextos, um papel organizador do ambiente emocional, funcionando como figura de referência e suporte quando a pessoa apresenta dificuldade em autorregular-se.

Esta aprendizagem reforçou a convicção de que a relação terapêutica é um eixo central do cuidar em enfermagem de saúde mental, tal como defendido por autores contemporâneos que valorizam a presença, a autenticidade, a empatia e a intencionalidade terapêutica como dimensões essenciais da prática especializada (Palmira et al., 2023; Galvão et al., 2021). Esta reflexão relaciona-se particularmente com a Unidade D1, pela consciência da influência da pessoa do enfermeiro na relação terapêutica e pela necessidade de autoconhecimento no exercício profissional, bem como com a Unidade D2, pela mobilização de competências de adaptação emocional e relacional face às exigências dos diferentes contextos clínicos.

No que concerne à prática baseada na evidência, esta foi mobilizada de forma transversal ao longo de todo o percurso. A consulta sistemática de literatura científica atualizada, orientações clínicas, referenciais teóricos e documentos normativos permitiu fundamentar intervenções nas áreas da regulação emocional, motivação para a mudança, prevenção de recaída, saúde mental perinatal, apoio a cuidadores, literacia em saúde mental e intervenção psicoterapêutica de enfermagem. A articulação entre evidência científica, prática clínica quotidiana e supervisão revelou-se essencial para o

fortalecimento do pensamento crítico e para uma tomada de decisão ética, segura e consciente (Miranda et al., 2021; Palmira et al., 2023).

Esta dimensão corresponde sobretudo à Unidade D4 — "Suporta a prática clínica em evidência científica" (OE, 2026, p. 8), nomeadamente aos critérios D4.1 — "Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde das pessoas" (OE, 2026, p. 8), D4.2 — "Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação" (OE, 2026, p. 8), D4.5 — "Discute as implicações da investigação" (OE, 2026, p. 8), e D4.6 — "Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada" (OE, 2026, p. 8).

A elaboração do projeto de melhoria contínua "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional" constituiu um marco relevante neste domínio, ao exigir identificação de uma necessidade clínica, análise crítica da evidência, fundamentação teórica rigorosa, planeamento estruturado, definição de indicadores e comunicação científica. Este processo reforçou a compreensão da investigação, da educação para a saúde e da melhoria contínua como componentes indissociáveis da prática especializada, contribuindo para o desenvolvimento de competências de autonomia, responsabilidade profissional, pensamento estratégico e inovação clínica.

Este projeto mobilizou a Unidade D4, particularmente os critérios D4.1, D4.2 e D4.6, bem como a Unidade D5, sobretudo os critérios D5.1, D5.2, D5.3 e D5.5 — "Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica" (OE, 2026, p. 8). A sua apresentação à equipa permitiu ainda promover a transferência de conhecimento para o contexto assistencial e reforçar o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança e dinamizador de práticas baseadas na evidência.

A aprendizagem interprofissional assumiu igualmente um papel central ao longo deste percurso. A articulação com enfermeiros especialistas, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais permitiu integrar diferentes perspetivas clínicas e compreender o papel do EEESMP como mediador de cuidados, elemento de ligação entre

profissionais e facilitador da continuidade terapêutica. A literatura sublinha que a aprendizagem em equipa promove práticas mais seguras, coerentes e resilientes, contribuindo para o desenvolvimento profissional e para a prevenção do desgaste emocional (Lima & Gonçalves, 2020; Monteiro et al., 2022).

Os momentos de supervisão clínica, individual e em grupo, revelaram-se fundamentais para estruturar o pensamento crítico, aprofundar o autoconhecimento e integrar vulnerabilidade e autenticidade como recursos clínicos e éticos. A evidência demonstra que a supervisão favorece a capacidade de reconhecer limites, reformular práticas e fortalecer a identidade profissional, constituindo um pilar essencial do desenvolvimento em enfermagem de saúde mental (Simpson & Navot, 2023). Paralelamente, autores contemporâneos defendem que a autenticidade e a disponibilidade emocional do profissional, quando sustentadas por reflexão ética, fortalecem a relação terapêutica e promovem cuidados mais humanizados e transformadores (Laranjeira, 2021; Brooks et al., 2024; Aznar-Huerta et al., 2024). Esta experiência articula-se com a Unidade D1, especialmente os critérios D1.1, D1.3 e D1.4, e com a Unidade D2, nos critérios D2.1- “Otimiza a congruência entre auto e hétero-perceção” (OE, 2026, p. 8) e D2.2 uma vez que a supervisão clínica favoreceu a capacidade de integrar *feedback* externo, ajustar a perceção de si em contexto relacional e gerir emoções de forma mais consciente, consistente e terapeuticamente eficaz.

Um momento particularmente significativo neste domínio foi a apresentação, em formato de comunicação oral, do projeto de intervenção psicoterapêutica “O Círculo das Emoções”, desenvolvido em contexto de internamento, no XVI Congresso Internacional da ASPESM — Intervenções Psicoterapêuticas. Este momento traduziu a consolidação do percurso formativo, ao transformar a prática clínica desenvolvida em conhecimento científico sistematizado, passível de partilha, discussão e validação pela comunidade profissional. A preparação e apresentação desta comunicação implicaram a capacidade de refletir criticamente sobre a intervenção implementada, articular fundamentação teórica com resultados clínicos observados e comunicar de forma estruturada uma intervenção

psicoterapêutica conduzida por enfermeiros especialistas em saúde mental. Este processo reforçou competências de análise, síntese, argumentação científica e divulgação do conhecimento, em consonância com o desenvolvimento profissional contínuo do enfermeiro especialista. Em anexo XXII e XXIII encontram-se, respetivamente, a apresentação desta comunicação e o comprovativo de presença.

Esta experiência concretiza a Unidade D4, nomeadamente os critérios D4.3 — "Participa em estudos de investigação" (OE, 2026, p. 8), D4.4 — "Fomenta a divulgação de resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem" (OE, 2026, p. 8), D4.5 e D4.6. Para além do crescimento académico, fortaleceu a consciência do papel do EEESMP enquanto produtor e disseminador de conhecimento em saúde mental, evidenciando que a prática clínica, quando sustentada em evidência e reflexão, deve ser comunicada em espaços científicos formais.

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi igualmente sustentado pela participação ativa em eventos científicos, jornadas e encontros de reflexão interdisciplinar, enquanto estratégia de atualização contínua e consolidação da identidade profissional especializada. A presença em contextos formativos como o II Encontro de Redução de Riscos e Minimização de Danos do CRI de Braga (Anexo XXIV) e as I Jornadas da CPCJ de Lousada (Anexo XXV) permitiu aprofundar conhecimentos em áreas centrais da prática em saúde mental, nomeadamente dependências, redução de riscos, proteção de crianças e jovens, avaliação do risco familiar e impacto das vulnerabilidades psicossociais ao longo do ciclo de vida. Estes momentos favoreceram uma leitura mais integrada e crítica das problemáticas observadas nos contextos de estágio, reforçando a articulação entre saúde mental, intervenção comunitária e proteção social.

No decurso do percurso formativo, a participação no evento científico "Construir Vínculos, Criar Pontes: Práticas Colaborativas em Saúde Mental" (Anexo XXVI), realizado no Hospital Padre Américo no âmbito das Equipas Comunitárias de Saúde Mental, constituiu uma oportunidade relevante de aprofundamento das atuais abordagens colaborativas em saúde mental. Este

evento permitiu refletir sobre comunicação empática, aliança terapêutica, intervenção na descompensação clínica, articulação com famílias e integração da rede comunitária nos processos de cuidado. Reforçou ainda a compreensão do papel do EEESMP enquanto elemento facilitador da recuperação, inclusão social e reabilitação psicossocial. Esta participação enquadra-se nas unidades D4 e D5, ao reforçar a atualização científica, a discussão das implicações da evidência e a incorporação de conhecimento na prática clínica.

A participação nas 2.ªs Jornadas em Enfermagem de Saúde Mental, realizadas a 20 de fevereiro de 2026, no Auditório do Museu Municipal de Penafiel (Anexo XXVII), constituiu outra oportunidade de aprofundamento e atualização científica em áreas estruturantes da prática especializada, designadamente a reorganização dos cuidados em saúde mental, o papel do enfermeiro nas equipas comunitárias e a intervenção psicoterapêutica do enfermeiro especialista em diferentes contextos assistenciais. A reflexão proporcionada por estas jornadas permitiu consolidar conhecimentos relativos à organização dos serviços, à implementação de grupos terapêuticos e ao enquadramento regulamentar das intervenções psicoterapêuticas em enfermagem, reforçando a compreensão do papel autónomo e diferenciado do EEESMP.

A participação no NursID Spring School 2025 (Anexo XXVIII) constituiu um espaço privilegiado de contacto com investigação, inovação e boas práticas em enfermagem, promovendo a reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista enquanto agente ativo na produção e disseminação de conhecimento. Neste âmbito, a apresentação da proposta inovadora do projeto Podcast. Educa (Anexo XXIX) representou um marco significativo no percurso formativo, ao traduzir preocupações emergentes da prática clínica em saúde mental dos jovens numa intervenção educativa estruturada, participativa e baseada em metodologias ativas. Este momento reforçou competências de pensamento crítico, comunicação científica, ética da investigação e responsabilidade profissional. Esta atividade enquadra-se na Unidade D4, particularmente nos critérios D4.3, D4.4, D4.5 e D4.6, e também

na Unidade D5, pelo contributo para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

A participação nas I Jornadas do Dia Mundial da Saúde Mental Materna (Anexo XXX), realizadas a 7 de maio de 2025 no Auditório do Hospital Padre Américo, constituiu uma oportunidade relevante de aprofundamento científico na área da saúde mental perinatal. Foram abordadas temáticas como a relação entre amamentação e saúde mental materna, o impacto das representações maternas na interação mãe-bebé, os processos de perda gestacional e os fatores associados ao *stress* pós-traumático relacionado com o parto. O contacto com abordagens multidisciplinares dirigidas ao cuidado integral da mulher e da família reforçou a compreensão da complexidade emocional do período perinatal e da importância de intervenções precoces, integradas e sensíveis às necessidades emocionais das mães e famílias.

Do mesmo modo, a participação nas II Jornadas do Dia Mundial da Saúde Mental Materna (Anexo XXXI), realizadas a 6 de maio de 2026, permitiu aprofundar conhecimentos sobre parentalidades diversas, infertilidade, maternidade após doença oncológica, vulnerabilidade psicossocial na gravidez, saúde mental paterna e impacto dos consumos de substâncias durante o período perinatal. A reflexão sobre os riscos emocionais associados à gravidez, parentalidade e transição para a maternidade reforçou a importância de abordagens colaborativas, preventivas e centradas na família, bem como da articulação entre cuidados de saúde mental, obstetrícia, cuidados de saúde primários e recursos comunitários.

A participação no 2.º Congresso Nacional do Luto Perinatal (Anexo XXXII), realizado nos dias 20 e 21 de maio, constituiu uma oportunidade significativa de aprofundamento científico e reflexão interdisciplinar sobre o impacto emocional da perda perinatal e da infertilidade ao longo do ciclo reprodutivo. O congresso integrou mesas redondas e comunicações centradas nos cuidados especializados e acompanhamento contínuo em enfermagem de saúde materna e obstétrica, no luto gestacional e pós-parto, na vivência da infertilidade, na saúde mental do casal e no impacto psicológico da perda para mães, pais e famílias. Foram particularmente relevantes as reflexões sobre a necessidade de dar voz ao luto, promover intervenções

relacionais integrativas e reconhecer dimensões frequentemente invisibilizadas, como o sofrimento paterno, a sexualidade após a perda e os processos emocionais associados à infertilidade. A participação neste congresso reforçou a compreensão da complexidade biopsicossocial do luto perinatal e da importância de abordagens terapêuticas humanizadas, empáticas e centradas na família, sustentadas na articulação entre cuidados de saúde mental, cuidados obstétricos e recursos comunitários.

Estas experiências contribuíram para uma visão mais abrangente e inclusiva da saúde mental perinatal, reconhecendo a necessidade de intervenções especializadas sensíveis às diferentes configurações familiares, contextos sociais e trajetórias reprodutivas. A participação nestes eventos científicos permitiu mobilizar competências associadas às Unidades D4 e D5, através da atualização contínua do conhecimento científico, reflexão crítica sobre práticas emergentes e incorporação de evidência atualizada na construção de uma prática especializada mais fundamentada. A participação nestes eventos científicos permitiu mobilizar competências associadas à unidade de competência D2, através da atualização contínua do conhecimento científico, reflexão crítica sobre práticas emergentes em saúde mental perinatal e integração de evidência atualizada na construção de uma prática especializada mais fundamentada, reflexiva e sensível às necessidades das pessoas e famílias ao longo do ciclo vital.

A apresentação do poster e comunicações livres no âmbito do ISNR constituiu igualmente uma expressão do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, na medida em que permitiu divulgar conhecimento produzido a partir da prática clínica e investigativa, submeteu esse conhecimento à discussão científica e contribuiu para a visibilidade da enfermagem de saúde mental em contexto nacional e internacional. Foram aceites para apresentação no congresso um poster sobre “Intervenção Breve de Regulação Emocional em Unidade de Desabituação: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade” (Anexo XXXIII) e duas comunicações orais intituladas “Impacto de uma intervenção psicoeducacional conduzida por enfermeiro especialista na saúde mental perinatal” (Anexo XXXIV) e “Consultas de enfermagem em saúde mental perinatal: s*coping* review” (Anexo XXXV) Esta

dimensão enquadra-se na Unidade D4, nomeadamente nos critérios D4.4, D4.5 e D4.6, relativos à divulgação de resultados, discussão das implicações da investigação e contributo para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Importa ainda destacar que o protocolo da s*coping* review desenvolvida no contexto do presente relatório, centrada nas intervenções de enfermagem em saúde mental no período perinatal, foi publicado na revista científica *Athena — Journal of Health Sciences* (Anexo XXXVI). Este marco constitui um reconhecimento formal da relevância científica do trabalho desenvolvido e do seu contributo para a sistematização do conhecimento nesta área emergente. O processo de elaboração e submissão do protocolo implicou a mobilização de competências avançadas de pesquisa, análise crítica da evidência, escrita científica e rigor metodológico, em consonância com as recomendações internacionais para s*coping* reviews (Peters et al., 2020).

A *scoping review* desenvolvida no âmbito deste relatório culminou na publicação de um artigo científico na Revista *Millenium- Journal of Education, Technologies, and Health*, evidenciando o potencial de transferência do conhecimento produzido para a comunidade científica e profissional (Anexo XXXVII). A participação em todo o processo de elaboração, submissão e publicação do manuscrito contribuiu para o desenvolvimento de competências avançadas de investigação, análise crítica da evidência, escrita científica e divulgação do conhecimento em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Esta atividade mobiliza claramente a Unidade D4, sobretudo os critérios D4.2, D4.3, D4.4, D4.5 e D4.6, ao identificar lacunas de conhecimento, participar em investigação, divulgar evidência e contribuir para o desenvolvimento da enfermagem.

No âmbito do desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, destaca-se ainda a conceção e dinamização de uma ação formativa dirigida aos profissionais da Unidade de Desabituação do Norte, subordinada ao tema “Ambientes de Prática Clínica Positivos: Comunicação, Gestão de *Stress* e Prevenção da Violência” (Anexo XXXVIII), com duração total de três horas. Esta formação teve como objetivo sensibilizar

os profissionais para a importância da comunicação terapêutica, da gestão construtiva de conflitos, da promoção de ambientes emocionalmente seguros e da prevenção de fenómenos de violência e desgaste profissional em contexto clínico. Ao longo da sessão foram abordadas estratégias de escuta ativa, comunicação empática, regulação emocional e trabalho colaborativo, complementadas por dinâmicas grupais reflexivas e participativas orientadas para a coesão de equipa, autoconsciência e melhoria do clima organizacional.

Paralelamente, no âmbito da formação em serviço desenvolvida no contexto da Unidade Funcional 4/Unidade AVC da Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, foi igualmente concebida e dinamizada uma sessão subordinada ao tema “Ambientes de Práticas Clínicas Positivas”, dirigida a enfermeiros e assistentes operacionais do serviço de Medicina onde trabalho. Esta intervenção formativa teve como principal objetivo aprofundar competências de gestão de conflitos em contexto institucional, promovendo práticas colaborativas, comunicação eficaz e reflexão crítica sobre o ambiente relacional das equipas. A sessão integrou dinâmicas participativas e experiencialmente orientadas, como “Espelho da Equipa”, “Linha do *Stress*”, “Telefone sem fio clínico” e “Palavras que constroem, palavras que destroem”, centradas na comunicação terapêutica, gestão emocional, prevenção de conflitos e fortalecimento da coesão da equipa. O comprovativo da realização da atividade encontra-se em Anexo XXXIX e em Anexo XL encontra-se o plano de sessão da atividade. Estas atividades enquadram-se particularmente na Unidade D3 nomeadamente nos critérios D3.1- “Atua como formador oportuno em contexto de trabalho” (OE, 2026, p. 8), D3.2- “Diagnostica necessidades formativas.” (OE, 2026, p. 8), D3.3- “Gere programas e dispositivos formativos.” (OE, 2026, p. 8), D3.4- Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.” (OE, 2026, p. 8) e D3.5 – “Avalia o impacto da formação.” (OE, 2026, p. 8) uma vez que implicou identificar necessidades emergentes das equipas relacionadas com a comunicação e prevenção da violência, planear e implementar uma intervenção formativa estruturada, promover aprendizagem reflexiva em contexto profissional e estimular o desenvolvimento de competências

relacionais e organizacionais relevantes para a qualidade e segurança dos cuidados em saúde mental.

A identificação das necessidades formativas emergiu da observação do contexto clínico e das exigências relacionais associadas ao cuidado em unidade de desabituação. O planeamento e implementação desta formação permitiram promover aprendizagem em contexto de trabalho, favorecer a reflexão coletiva sobre práticas relacionais e contribuir para a criação de ambientes profissionais mais seguros, colaborativos e protetores da saúde mental dos profissionais e utentes.

Em síntese, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao longo deste percurso de estágios ultrapassou largamente a aquisição de competências técnicas, traduzindo-se num processo profundo de construção identitária, ética, relacional e científica. Compreendi que ser Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica implica permanecer num movimento contínuo de observar, agir, refletir, reajustar e voltar a agir, sempre com foco na pessoa, na sua singularidade e no seu bem-estar.

Este percurso consolidou a consciência de que a prática especializada se constrói na integração equilibrada entre conhecimento científico, reflexão crítica, sensibilidade humana, autoconhecimento e compromisso ético. O desenvolvimento deste domínio contribuiu, assim, para a consolidação de uma identidade profissional mais autónoma, reflexiva e responsável, orientada para a aprendizagem contínua, para a prática baseada na evidência e para a melhoria permanente dos cuidados em saúde mental.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

As competências específicas do EEESMP traduzem a expressão diferenciada do exercício profissional especializado, materializando a integração entre conhecimento científico, raciocínio clínico avançado, competências relacionais e compromisso ético no cuidado à pessoa, família, grupos e comunidade ao longo do ciclo de vida. Num campo clínico marcado pela complexidade, pela vulnerabilidade emocional e pela coexistência de determinantes biopsicossociais, a intervenção do EEESMP, exige uma atuação autónoma, crítica e intencional, orientada não apenas para a redução do sofrimento, mas também para a promoção da saúde mental, fortalecimento da autonomia, recuperação funcional e reabilitação psicossocial (OE, 2018).

O cuidado em saúde mental tem vindo a evoluir progressivamente de modelos centrados na contenção e institucionalização para abordagens mais humanizadas, centradas na pessoa, na recuperação, na reabilitação psicossocial e na inclusão comunitária. Esta transformação tem reforçado o papel dos enfermeiros especialistas enquanto profissionais-chave na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental, capazes de responder de forma diferenciada às necessidades emergentes em diferentes contextos e fases do ciclo vital (Dhmashi et al., 2025; Sampaio & Bispo Júnior, 2021; Caroline van Genk et al., 2023).

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, as competências específicas do EEESMP organizam-se em quatro áreas estruturantes: o elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; a assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; a ajuda à pessoa, integrada nos seus contextos, na recuperação da saúde mental; e a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, mobilizando as dinâmicas individuais, familiares, grupais e comunitárias, com vista a manter, melhorar e recuperar a saúde mental (OE, 2018).

A mobilização destas competências implica uma prática especializada sustentada na relação terapêutica, na integração da evidência científica e numa abordagem humanizada e centrada na pessoa. O EEESMP assume, assim, um papel diferenciador na avaliação, planeamento, implementação e avaliação de intervenções especializadas, ajustadas às necessidades singulares das pessoas e aos contextos em que se inserem (OE, 2018).

Importa sublinhar que embora estas competências se encontrarem normativamente definidas, a forma como cada enfermeiro especialista as concretiza é inevitavelmente singular, sendo influenciada pelo percurso profissional, pela experiência clínica, pelos contextos de prática e pela reflexão crítica desenvolvida ao longo do processo formativo. Esta singularidade é particularmente evidente na construção da aliança terapêutica, que Hartley et al. (2020) descrevem como uma relação estabelecida entre dois seres humanos únicos, exigindo do enfermeiro uma mobilização contínua de competências interpessoais, experiência profissional e vivências pessoais em cada nova interação.

Assim, embora existam referenciais normativos que orientam a prática especializada, a relação terapêutica não pode ser totalmente padronizada, uma vez que assume uma natureza idiossincrática, moldada pelas necessidades, características e significados atribuídos por cada pessoa ao processo de cuidado. Desta forma, a competência especializada concretiza-se na capacidade de articular conhecimento técnico-científico, presença terapêutica, sensibilidade relacional e adaptação contextual, permitindo que a intervenção seja simultaneamente rigorosa, humana e ajustada à singularidade de cada encontro clínico (Hartley et al., 2020).

Ao longo do percurso de estágio, desenvolvido em diferentes contextos clínicos e comunitários, as competências específicas foram mobilizadas de forma progressiva e integrada, exigindo adaptação a diferentes níveis de vulnerabilidade, fases do ciclo de vida e dinâmicas familiares, grupais e sociais. A diversidade de intervenções realizadas, nomeadamente consultas individuais, visitas domiciliárias, grupos terapêuticos, ações psicoeducativas e projetos estruturados, permitiu exercitar a autonomia profissional, consolidar o raciocínio clínico

especializado e aprofundar a compreensão dos fenómenos associados ao sofrimento psíquico, bem como dos processos de mudança, recuperação e reconstrução de sentido.

Em contexto comunitário, a prática especializada exigiu uma atuação flexível, preventiva e orientada para a capacitação das pessoas, a promoção da saúde mental e a continuidade de cuidados. Em contexto de internamento e cuidados diferenciados, a complexidade clínica e emocional dos utentes evidenciou a necessidade de intervenções terapêuticas estruturadas, sustentadas na escuta ativa, na empatia, na gestão de crises e na promoção da autonomia e da recuperação. Em todos os contextos, a articulação com equipas multidisciplinares e a integração de diferentes perspetivas clínicas revelaram-se fundamentais para assegurar intervenções coerentes, seguras e centradas na pessoa.

Neste capítulo, procede-se à análise reflexiva do desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, evidenciando de que forma foram operacionalizadas ao longo dos diferentes contextos de estágio e ilustrando o contributo do saber especializado para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

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

A competência específica "Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro" (OE, 2018, p. 21428) constitui o primeiro pilar das competências especializadas do EEESMP, conforme perfil definido pela Ordem dos Enfermeiros. Esta competência corresponde à Competência Específica F1, operacionalizada através da Unidade de Competência F1.1- “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.” (OE, 2018, p. 21428).

Esta dimensão assume particular relevância numa área em que a relação terapêutica é simultaneamente meio, contexto e instrumento de intervenção, exigindo do profissional presença consciente, autorregulação emocional, reflexão ética e capacidade de reconhecer o impacto de si próprio no encontro clínico. Em saúde mental, onde a intensidade relacional pode ser elevada e as dinâmicas interpessoais se tornam, muitas vezes, parte integrante do próprio processo terapêutico, o autoconhecimento constitui um requisito de segurança clínica e relacional, sustentando intervenções mais intencionais, consistentes e eticamente responsáveis (OE, 2023; Sequeira, 2014).

Ao longo dos estágios, tornou-se evidente que o exercício da enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica exige, para além do domínio técnico e científico, um elevado grau de consciência de si enquanto competência profissional transversal. Esta consciência não se traduz apenas na identificação das próprias emoções, mas na capacidade de as reconhecer, compreender e gerir de forma deliberada, mantendo uma postura terapêutica reguladora mesmo em contextos de elevada instabilidade emocional. A diversidade dos contextos vivenciados, internamento, comunidade e Unidade de Desabituação do Norte, confrontou-me com desafios relacionais distintos, promovendo aprendizagens progressivas sobre limites, comunicação terapêutica, presença profissional e capacidade de contenção emocional. Estas experiências refletem particularmente os critérios F1.1.1 [1], F1.1.2 [2], F1.1.3[3] e F1.1.4[4] , relativos à identificação das próprias emoções e fatores pessoais no aqui-e-agora, à gestão dos fenómenos de transferência e contratransferência, à manutenção dos limites da relação profissional e à monitorização das reações corporais, emocionais e comportamentais durante o processo terapêutico (OE, 2018).

[1] “Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.” (OE, 2018, p. 21428)
[2] “Gere os fenómenos de transferência e contra- transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.” (OE, 2018, p. 21428)
[3] “Mantêm o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.” (OE, 2018, p. 21428)
4 “Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.” (OE, 2018, p. 21428)

A proximidade com realidades humanas complexas, quer em contexto de internamento, quer em contexto comunitário, exigiu atenção constante às minhas respostas emocionais, aos automatismos relacionais e às motivações subjacentes às minhas intervenções. Situações em que os utentes manifestavam rejeição, desconfiança, idealização ou provocação constituíram oportunidades privilegiadas de autorregulação emocional e de exercício consciente da escuta terapêutica, permitindo-me sustentar uma presença empática, sem julgamento, sem perder intencionalidade clínica, coerência e limites profissionais.

Neste percurso, a compreensão dos fenómenos de transferência e contratransferência revelou-se fundamental para a qualidade da relação terapêutica. Ao longo da prática, foi possível identificar manifestações de transferência por parte dos utentes expressas através de expectativas, receios ou interpretações relacionais associadas a experiências anteriores de cuidado, rejeição ou desproteção (Remmers, 2023). Paralelamente, experienciei momentos de contratransferência, traduzidos em respostas emocionais minhas, como o impulso de proteger, reparar ou aliviar rapidamente o sofrimento, desencadeadas por narrativas de perda, injustiça ou vulnerabilidade extrema. Estas respostas exigiram um trabalho deliberado de autorreflexão e supervisão, permitindo-me compreender que o risco clínico não reside na experiência emocional em si, mas na ausência da sua elaboração consciente, o que poderia comprometer a neutralidade terapêutica e a intencionalidade da intervenção (Tishby, 2021).

A literatura sublinha que a contratransferência, quando reconhecida e adequadamente gerida, pode constituir um recurso clínico valioso, oferecendo pistas sobre o mundo interno do utente e sobre a dinâmica relacional estabelecida. Contudo, quando não reconhecida, pode comprometer a aliança terapêutica, gerar impasses clínicos e contribuir para o desgaste emocional do profissional (Mariia Tyshchenko, 2025). Assim, a prática contínua de autorreflexão, associada à supervisão clínica regular, assume-se como estratégia essencial para uma intervenção ética, segura e eficaz (Tishby, 2021).

A consciência de si revelou-se igualmente crucial na gestão dos limites da relação terapêutica, sobretudo em contextos de maior proximidade e continuidade, como o internamento prolongado ou a intervenção comunitária. A convivência diária e a intensidade relacional inerente a estes contextos podem favorecer a diluição gradual das fronteiras profissionais, especialmente quando os utentes projetam expectativas afetivas ou familiares na figura do enfermeiro. Reconheci, ao longo do estágio, o risco de um envolvimento excessivo motivado por empatia mal regulada ou por necessidades inconscientes de validação, compreendendo que manter limites claros não empobrece a relação terapêutica, mas protege-a, assegurando um espaço seguro onde o cuidado pode ocorrer de forma ética, consistente e sustentável ao longo do tempo (Unhjem & Hem, 2025).

Neste sentido, o exercício contínuo de vigilância afetiva e ética permitiu-me sustentar uma presença simultaneamente empática e profissional, apoiada na clareza de papéis, na comunicação transparente e no suporte da equipa. A literatura destaca que a prática reflexiva e o apoio institucional são elementos-chave para garantir segurança relacional e prevenir o esgotamento emocional dos profissionais em saúde mental (Amaglo, 2022).

A supervisão clínica, formal e informal, assumiu um papel central neste processo de desenvolvimento. A partilha de experiências com enfermeiros especialistas, a validação dos sentimentos emergentes e a análise conjunta de situações clínicas complexas permitiram-me ganhar maior clareza sobre o impacto da minha presença terapêutica e ajustar o meu estilo de comunicação às necessidades específicas de cada utente e momento clínico. Paralelamente, a escrita reflexiva constituiu um instrumento essencial de autoconhecimento, facilitando a identificação de padrões emocionais, a integração das experiências vividas e a construção de uma maior coerência entre quem sou e a forma como cuido.

Estas estratégias contribuíram diretamente para o desenvolvimento dos critérios F1.1.1, F1.1.2, F1.1.3 e F1.1.4, ao possibilitarem transformar experiências emocionais e relacionais em conhecimento clínico refletido, promovendo maior capacidade de autorregulação, ajustamento da

comunicação terapêutica e diferenciação entre as necessidades pessoais do profissional e as necessidades terapêuticas da pessoa cuidada.

Este percurso favoreceu um crescimento pessoal e profissional consistente, reforçando competências como a empatia, a escuta ativa, a intencionalidade na intervenção e a capacidade de manter serenidade e contenção emocional em contextos de elevada instabilidade, aspetos amplamente reconhecidos na literatura como pilares da prática especializada em saúde mental (Maciel et al., 2023).

Em síntese, os estágios permitiram-me compreender que a consciência de si não constitui um ponto de chegada, mas um processo contínuo, renovado em cada relação terapêutica. Esta competência representa o alicerce de uma prática segura, ética e relacionalmente implicada, sustentando a capacidade de cuidar do outro com presença, autenticidade e maturidade emocional e responsabilidade profissional. Reconheço, assim, que o desenvolvimento contínuo do autoconhecimento será sempre um eixo central do meu percurso enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, não apenas como requisito formativo, mas como condição essencial para uma prática clínica madura, responsável e verdadeiramente terapêutica, na convicção de que cuidar do outro começa, inevitavelmente, por cuidar de si.

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

A competência específica "Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental" (OE, 2018, p. 21428) posiciona o EEESMP na promoção do bem-estar psicológico, na proteção da saúde mental e na prevenção da perturbação mental. Esta competência corresponde à Competência Específica F2 e integra a avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de grupos e comunidades, a avaliação global da história de saúde mental da pessoa e família, bem como a coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção

e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental (OE, 2018). Esta competência implica uma prática clínica intencional e preventiva, orientada para o fortalecimento de fatores protetores, como resiliência, literacia emocional, capacidade de autorregulação e redes de suporte, e para a identificação precoce de vulnerabilidades que, se não forem acompanhadas, podem evoluir para descompensações, recaídas ou ruturas no funcionamento pessoal, familiar e social (OE, 2018).

Ao longo dos três estágios esta competência foi mobilizada de forma transversal, permitindo compreender a otimização da saúde mental como um *continuum* de intervenção. Em internamento, destacou-se a estabilização da crise e a recuperação de níveis básicos de autonomia; na UDN, evidenciou-se a transição reabilitadora e a preparação da continuidade de cuidados; e na comunidade, assumiu particular relevo a dimensão preventiva e promotora ao longo do ciclo vital.

Estas experiências refletem particularmente as Unidades de Competência F2.1[5], F2.2[6] e F2.3[7]. A primeira relaciona-se com a avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de grupos ou comunidades, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pela pessoa; a segunda com a avaliação global da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família; e a terceira com a coordenação, implementação e desenvolvimento de projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos (OE, 2018).

Ao longo deste percurso, tornou-se evidente que assistir a pessoa em saúde mental ultrapassa a resposta à sintomatologia apresentada, implicando uma intervenção contínua, intencional e clinicamente fundamentado de promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida. Esta assistência especializada assenta no reconhecimento da singularidade de cada percurso, das capacidades individuais, do contexto sociocultural, das redes de suporte

[5] ‘‘Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.” (OE, 2018, p. 21428)
6 “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.” (OE, 2018, p. 21428)
7 “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (OE, 2018, p. 21428)

e dos objetivos definidos pela própria pessoa, exigindo uma intervenção sustentada no raciocínio clínico avançado, na relação terapêutica e na adaptação permanente às necessidades emergentes.

A otimização da saúde mental pressupôs uma avaliação contínua do funcionamento emocional, relacional e funcional, orientando intervenções deliberadas de capacitação, validação emocional e promoção da autonomia. Estratégias como o incentivo à participação ativa no plano terapêutico, a promoção da escolha informada, o reforço de conquistas quotidianas e a definição de objetivos realistas foram utilizadas de forma intencional para fortalecer o sentimento de competência, autodeterminação e esperança. Estas decisões clínicas, aparentemente simples, revelaram-se fundamentais para reconhecer a pessoa como agente ativo do seu processo de recuperação e para promover ganhos sustentados em saúde mental.

Em contexto de cuidados diferenciados, particularmente na UDN, esta competência assumiu especial relevância pela necessidade de integrar, em tempo reduzido, cuidados clínicos, emocionais e preventivos. A assistência à pessoa em processo de desabituação exigiu uma abordagem centrada na pessoa, orientada não apenas para o controlo da sintomatologia de abstinência, mas para o fortalecimento de recursos internos, a reorganização emocional e a promoção da autonomia. Situações de elevada vulnerabilidade, como crises de ansiedade, ambivalência face à permanência no internamento ou receio da separação familiar, exigiram intervenções clínicas baseadas na escuta ativa, validação emocional, presença reguladora e, quando indicado, articulação criteriosa com a terapêutica farmacológica. A integração destas dimensões revelou-se determinante para a estabilização emocional, a adesão ao tratamento e a continuidade do percurso terapêutico.

A dinamização e facilitação de sessões de educação para a saúde e de grupos terapêuticos constituiu uma estratégia clínica deliberada na otimização da saúde mental. Estes espaços foram utilizados como contextos terapêuticos estruturados, orientados para a reflexão sobre emoções, desenvolvimento de estratégias de *coping*, promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de recaídas. A intervenção grupal, quando conduzida em ambiente seguro e com objetivos claros, potenciou a expressão

emocional, a aprendizagem entre pares e a mobilização de recursos pessoais, mesmo em contextos de internamento de curta duração (Barbosa & De Carvalho, 2020; Palmira et al., 2023; Araújo et al., 2025). Esta prática evidencia a operacionalização da Unidade de Competência F2.3, particularmente dos critérios F2.3.1[8], F2.3.3[9] e F2.3.4[10], relacionados com a implementação de programas centrados na população, projetos de cuidados ao longo do ciclo vital e programas em escolas, locais de trabalho ou outros sistemas comunitários (OE, 2018).

No contexto comunitário, desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade da Maia, esta competência assumiu uma expressão particularmente abrangente, dada a diversidade de populações acompanhadas. A intervenção junto de crianças e adolescentes, grávidas e puérperas, cuidadores, pessoas idosas e famílias em situação de vulnerabilidade exigiu uma atuação preventiva, flexível e antecipatória. A participação em projetos de promoção da saúde mental em contexto escolar, saúde mental perinatal, apoio a cuidadores e acompanhamento domiciliário permitiu fortalecer fatores protetores como a autoestima, a literacia em saúde mental, a resiliência emocional e a qualidade das relações interpessoais. A literatura sustenta que intervenções precoces e psicoeducativas ao longo do ciclo de vida contribuem significativamente para a prevenção de sintomatologia ansiosa e depressiva e para o desenvolvimento de competências socioemocionais (Sakuma & Vitalle, 2020; Morgado et al., 2021; Amaral & Caponi, 2020).

A articulação com a família e com os cuidadores informais constituiu uma dimensão terapêutica essencial sempre que clinicamente indicada. Ainda que limitada por constrangimentos organizacionais ou fragilidade das redes

[8] "Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo." (OE, 2018, p. 21428)

[9] "Implementa projetos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: Projetos que promovam a participação ativa dos clientes na vida social; Projetos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições; Medidas de suporte aos cuidadores." (OE, 2018, p. 21428)

[10] "Implementa programas de promoção da saúde mental em locais de trabalho, escolas entre outros sistemas, visando a redução de fatores de stresse, a gestão de conflitos e comportamento abusivo como a violência, o assédio moral, álcool, drogas, bem como programas de intervenção precoce." (OE, 2018, p. 21428)

familiares em alguns contextos institucionais, as interações realizadas evidenciaram o impacto da comunicação empática, do esclarecimento de dúvidas e da desmistificação de preconceitos associados à doença mental. A evidência demonstra que mesmo intervenções pontuais com a família, quando conduzidas de forma clara e humanizada, favorecem maior compreensão do processo terapêutico, reforçam o suporte após a alta e contribuem para a continuidade dos cuidados (Dhmashi et al. 2025; Sampaio & Bispo Júnior, 2021). Sempre que a presença familiar não era possível, a avaliação do suporte social e a articulação com recursos comunitários assumiram-se como estratégias fundamentais para reduzir o risco de isolamento e potenciar a estabilidade pós-alta. Esta intervenção articula-se diretamente com os critérios F2.1.1[11]e F2.1.2[12], ao considerar a repercussão da interface entre indivíduo, família, grupos, comunidade e sistemas sociais na saúde mental, bem como os fatores promotores, protetores e predisponentes de perturbação mental. Relaciona-se ainda com os critérios F2.2.2[13] e F2.2.3[14], através da avaliação das capacidades internas da pessoa, dos recursos externos disponíveis e do impacto do problema de saúde mental na qualidade de vida, funcionalidade e autonomia (OE, 2018).

Durante o estágio na UDN, o contacto com diferentes estruturas da rede de cuidados, unidades de alcoologia, comunidades terapêuticas e equipas de proximidade, permitiu consolidar uma visão sistémica do percurso da pessoa com doença mental ou comportamentos aditivos. Esta articulação reforçou a importância da preparação da transição para a comunidade como componente central da otimização da saúde mental, prevenindo ruturas no acompanhamento e reduzindo o risco de recaída. Esta experiência evidencia critérios da F2.1 relacionados com articulação em rede, continuidade de cuidados e integração comunitária da pessoa em processo de recuperação mais particularmente os critérios F2.1.1 e F2.2.2, ao considerar a interação

[11] "Avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos." (OE, 2018, p. 21428)
[12] "Avalia fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos." (OE, 2018, p. 21428)
[13] "Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental." (OE, 2018, p. 21428)
[14] "Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia." (OE, 2018, p. 21428)

entre a pessoa, os sistemas de suporte comunitário e os recursos formais de saúde mental, bem como a avaliação e mobilização de recursos externos fundamentais para a continuidade de cuidados, reintegração comunitária e prevenção da recaída no processo de recuperação.

Em síntese, o desenvolvimento desta competência permitiu-me compreender que otimizar a saúde mental ao longo do ciclo de vida implica reconhecer a pessoa como parte integrante de sistemas relacionais mais amplos — família, grupos e comunidade — e intervir de forma intencional e diferenciada nesses contextos. A experiência nos diferentes campos de estágio possibilitou mapear um continuum de intervenção na otimização da saúde mental: em contexto de internamento, privilegiando a estabilização da crise e a recuperação de níveis básicos de autonomia; na Unidade de Desabituação do Norte, promovendo uma transição reabilitadora orientada para a continuidade de cuidados; e, em contexto comunitário, reforçando estratégias de prevenção, promoção e manutenção da saúde mental ao longo de todo o ciclo vital.

Este percurso consolidou uma visão integrada do papel do EESMP enquanto profissional que atua precocemente na construção de fatores protetores, na mobilização de recursos internos e externos e no fortalecimento das redes de suporte, antecipando ruturas, prevenindo o isolamento e reduzindo a recorrência de crises. Ao mobilizar o raciocínio clínico avançado, a relação terapêutica e a articulação em rede, o enfermeiro especialista intervém não apenas na redução do sofrimento, mas na construção ativa de bem-estar psicológico, autonomia e sentido de vida, num compromisso ético com uma prática integrada, humanizada e sustentável ao longo do ciclo vital (OE, 2019; Palmira et al., 2023).

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

A competência específica de “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.” (OE, 2018, p. 21428), constitui um eixo estruturante da intervenção do EESMP, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Esta competência corresponde à Competência Específica F3 e integra unidades de competência relacionadas com o estabelecimento do diagnóstico de saúde mental, identificação de resultados esperados, planeamento de cuidados, implementação de planos individualizados e utilização da metodologia de gestão de caso (OE, 2018). Esta competência reconhece a recuperação como um processo complexo, dinâmico e profundamente relacional, que transcende a remissão sintomática para abranger a reorganização emocional, a reconstrução identitária, o fortalecimento da autonomia e a reintegração nos contextos significativos de vida. Assim, ajudar a recuperar implica intervir de forma intencional junto da pessoa e, sempre que clinicamente indicado, mobilizar família, grupo e recursos comunitários, adaptando estratégias ao tempo terapêutico disponível e às dinâmicas próprias de cada cenário de cuidados.

O desenvolvimento desta competência ao longo dos estágios permitiu compreender a recuperação da saúde mental como um processo complexo, dinâmico e profundamente relacional, que ultrapassa a remissão sintomática e se constrói na interação entre a pessoa, os seus contextos de vida e as redes de suporte formais e informais. A prática clínica evidenciou que apoiar este percurso implica favorecer processos de autorregulação, reforçar capacidades adaptativas, promover esperança e criar condições concretas para continuidade terapêutica e reintegração social, exigindo intervenções diferenciadas e ajustadas às necessidades emergentes em cada fase do ciclo vital.

Estas experiências refletem particularmente a Unidade de Competência F3.1[15] relativa ao estabelecimento do diagnóstico de saúde

[15] “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.” (OE, 2018, p. 21429)

mental da pessoa, família, grupo e comunidade, a F3.2[16] relacionada com a identificação e monitorização de resultados esperados e indicadores sensíveis em saúde mental; a Unidade F3.4 [17] referente à implementação de planos individualizados de cuidados concretamente F3.4.1[18] e F3.4.5[19], através de estratégias de empoderamento e planos de reintegração social, e com a Unidade F3.5[20] centrada na metodologia de gestão de caso e na continuidade de cuidados, especificamente F3.5.4[21] e F3.5.6[22], ao utilizar a metodologia de gestão de caso para coordenar transições seguras entre contextos e garantir o acesso aos recursos comunitários necessários à manutenção do processo de *recovery*.

No contexto da UDN, a recuperação revelou-se particularmente exigente, dado o historial prolongado de consumo, as sucessivas recaídas, a fragilidade emocional e a deterioração das redes de suporte frequentemente observadas nos utentes. Neste ambiente de internamento diferenciado, tornou-se evidente que a recuperação não se limita à interrupção do consumo ou à estabilização clínica, mas exige uma intervenção integrada que considere a pessoa na sua globalidade, história de vida, vínculos afetivos, recursos internos, vulnerabilidades emocionais e inserção social. A literatura sustenta esta abordagem, sublinhando que a recuperação em contextos de desabituação assenta na articulação entre cuidado clínico, suporte emocional, envolvimento familiar e mobilização da rede comunitária, sendo estes elementos determinantes para promover esperança, autonomia e

[16] "Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental." (OE, 2018, p. 21429)
[17] "Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados." (OE, 2018, p. 21429)
[18] "Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental." (OE, 2018, p. 21429)
[19] "Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de
forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco
de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias." (OE, 2018, p. 21429)
[20] "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." (OE, 2018, p. 21429)
[21] "Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde." (OE, 2018, p. 21429)
[22] "Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental." (OE, 2018, p. 21430)

reintegração social (Dorey et al., 2021; Laranjeira & Querido, 2022; Ventosa-Ruiz et al., 2024; Gülten Güleşen & Gül Dikeç, 2024). Esta prática articula-se particularmente com os critérios F3.1.1[23], F3.1.2[24] e F3.1.6[25], ao implicar a identificação das necessidades específicas da pessoa em processo de desabituação, das vulnerabilidades emocionais e relacionais associadas ao consumo prolongado e do impacto das ruturas familiares e sociais na saúde mental. Simultaneamente, mobiliza o critério F3.4.5, através da implementação de planos de cuidados orientados para aumentar e manter competências, diminuir o risco de incapacidade, promover a integração familiar, social e profissional e reforçar as capacidades das famílias (OE, 2018).

A intervenção individual constituiu um papel central deste processo. Cada contacto clínico foi entendido como uma oportunidade terapêutica para promover regulação emocional, fortalecer *coping* e favorecer tomada de decisão orientada para a mudança. Um episódio particularmente ilustrativo ocorreu no acompanhamento de uma utente recém-admitida, profundamente ansiosa e ambivalente quanto à permanência no internamento devido ao afastamento do filho. A conjugação entre presença terapêutica contínua, escuta ativa, validação emocional e recurso criterioso à terapêutica SOS permitiu reduzir o sofrimento imediato, restaurar um sentimento de segurança interna e apoiar a decisão de continuidade no programa. Este acompanhamento evidenciou, de forma concreta, o impacto do enfermeiro especialista na criação de condições emocionais favoráveis à adesão terapêutica e ao início do processo de recuperação.

A literatura confirma que a regulação emocional constitui um dos pilares do tratamento das perturbações relacionadas com substâncias, estando associada à redução de sintomas, maior capacidade de *coping* e melhores resultados terapêuticos (Chrétien et al., 2025; Lunga et al., 2025). Estas intervenções refletem a operacionalização da Unidade de Competência

[23] "Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental." (OE, 2018, p. 21429)
[24] "Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stresse e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar." (OE, 2018, p. 21429)
[25] "Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física." (OE, 2018, p. 21429)

F3.4, particularmente através da conceção de estratégias de empoderamento (F3.4.1) para o fortalecimento do *coping*, da intervenção em situações de vulnerabilidade e crise emocional (F3.4.2[26]) e da gestão do regime medicamentoso (F3.4.4[27]) para restaurar a segurança. A monitorização da eficácia destas ações permitiu aferir resultados clínicos individualizados (F3.2.1[28] e F3.2.2[29]), ao integrarem intervenções psicoterapêuticas e psicossociais ajustadas à situação de crise, utilizando a relação terapêutica, a validação emocional e a contenção como instrumentos clínicos promotores de segurança emocional e adesão ao tratamento.

Paralelamente, a dimensão grupal revelou-se estruturante, sobretudo pela intensidade relacional própria de um internamento fechado. As dinâmicas de grupo, inevitavelmente intensas num internamento fechado, constituíram espaços privilegiados de aprendizagem relacional, identificação mútua e reconstrução do sentimento de pertença. Situações de conflito interpessoal, como episódios de confronto verbal durante momentos de rotina da unidade, exigiram intervenções de desescalada, mediação e clarificação de limites, permitindo transformar momentos de tensão em oportunidades terapêuticas de reflexão sobre respeito, convivência e autorregulação emocional. Estas intervenções evidenciam particularmente os critérios da Unidade de Competência F3.3[30], nomeadamente F3.3.1[31], relacionado com a utilização do grupo como instrumento terapêutico, F3.3.2[32], associado à facilitação de processos grupais promotores de interação e suporte interpessoal, e F3.3.5[33],

[26] "Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica." (OE, 2018, p. 21429)
[27] "Gere o regime medicamentoso baseado em indicadores clínicos para colmatar sintomas das doenças psiquiátricas e melhorar a funcionalidade." (OE, 2018, p. 21429)
[28] "Compromete -se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental." (OE, 2018, p. 21429)
[29] "Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental." (OE, 2018, p. 21429)
[30] "Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade." (OE, 2018, p. 21429)
[31] "Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal." (OE, 2018, p. 21429)
[32] "Desenvolve, dirige e implementa programas de cuidados comunitários assertivos e integrados para pessoas com Doença Mental Grave." (OE, 2018, p. 21429)
[33] "Planeia e desenvolve programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento socioemocional, direcionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos, violência doméstica, negligência e mau trato a crianças, jovens,

relativo à gestão terapêutica de conflitos e dinâmicas relacionais emergentes no contexto grupal.

A participação em sessões psicoeducativas e dinâmicas grupais reforçou o valor do grupo como recurso terapêutico, promovendo coesão, esperança e motivação para a mudança. A literatura confirma que a intervenção grupal, quando realizada em ambientes seguros e estruturados, potencia a expressão emocional, a aprendizagem entre pares e a mobilização de recursos pessoais, mesmo em contextos de internamento de curta duração (McLeod et al., 2019; Cecilie Høgh Egmose et al., 2024; Izzul Hazwan Sulaiman et al., 2024).

A dimensão familiar revelou-se igualmente relevante sempre que possível, ainda que condicionada por fatores organizacionais e pela fragilidade de algumas redes familiares. Os momentos de admissão e alta constituíram oportunidades privilegiadas para esclarecer dúvidas, alinhar expectativas, desmistificar sintomas e reforçar o papel estruturante da família na continuidade dos cuidados. Mesmo interações breves demonstraram que apoiar a família é simultaneamente apoiar o utente, sobretudo quando o regresso ocorre a contextos marcados por vulnerabilidade emocional e relacional. A evidência sustenta que o envolvimento familiar, mesmo pontual, quando assente em comunicação clara e empática, favorece a adesão terapêutica e melhora os prognósticos em saúde mental (Svendsen et al., 2021; Mabunda et al., 2024; Karpa et al., 2025).

A compreensão da recuperação enquanto processo contínuo foi aprofundada através do contacto com diferentes estruturas da rede de cuidados, como equipas de rua, unidades de alcoologia e comunidades terapêuticas. Estas experiências permitiram visualizar o percurso da pessoa para além do internamento, evidenciando que a recuperação se consolida no acesso a respostas comunitárias, na estabilidade das redes de suporte e na existência de oportunidades reais de reintegração social. A literatura aponta que redes comunitárias acessíveis e articuladas são pilares essenciais da recuperação sustentável, associadas a maior autonomia, menor risco de

idosos, sem abrigo e outras pessoas que vivam em situação desfavorecida, independentemente do contexto." (OE, 2018, p. 21429)

recaída e melhor qualidade de vida (Bjørlykhaug et al., 2021; Owusu et al., 2023). Esta experiência articula-se particularmente com a Unidade de Competência F3.5 (Gestão de Caso), especificamente na orientação para o acesso a recursos comunitários (F3.5.6) e na articulação em rede para assegurar a continuidade de cuidados (F3.5.4), pilares essenciais de um processo de *recovery* sustentável.

A experiência em internamento de agudos no Hospital Conde de Ferreira permitiu contrastar a lógica de estabilização da crise com a abordagem mais reabilitadora e orientada para continuidade vivenciada na UDN, reforçando que ajudar a recuperar a saúde mental implica adaptar a intervenção ao contexto, ao tempo terapêutico e ao nível de reorganização emocional possível em cada fase. Por sua vez, o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade da Maia funcionou como espaço de continuidade e consolidação desta competência, permitindo acompanhar pessoas e famílias após momentos de crise ou internamento e apoiar processos de recuperação em contexto comunitário, através da intervenção domiciliária, do trabalho com cuidadores e da articulação com recursos locais.

Mais especificamente na UCC da Maia, a competência de ajudar a recuperar manifestou-se de forma particularmente abrangente, dada a diversidade de populações acompanhadas e a natureza longitudinal das intervenções comunitárias. A filosofia da recuperação, centrada na esperança, autodeterminação e sentido de pertença, orientou grande parte das intervenções realizadas, valorizando a pessoa como protagonista do seu processo terapêutico (Vera San Juan et al., 2021; Winsper et al., 2020). Esta abordagem está diretamente alinhada com os princípios da recuperação em saúde mental, particularmente com o critério F3.4.1, através da conceção de estratégias de *empowerment* promotoras do desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e fatores de proteção.

Nas consultas individuais, muitas em contexto domiciliário, a escuta ativa e a empatia constituíram instrumentos nucleares, permitindo acolher sofrimento, identificar necessidades e co-construir objetivos terapêuticos realistas. O acompanhamento de uma mãe cujo filho adolescente com diabetes tipo 1 já tinha estado internado após uma tentativa de suicídio exigiu

não apenas contenção emocional, mas também articulação com a escola para ações dirigidas aos profissionais de educação para sensibilização e reforço de competências de resposta em saúde mental. De igual modo, a intervenção junto de uma idosa em sofrimento profundo após episódios de violência doméstica verbal e tentativas de suicídio evidenciou a importância do acolhimento sem julgamento e da intervenção centrada no vínculo, traduzindo-se num plano de acompanhamento que incluiu reestruturação cognitiva e estratégias de suporte emocional. Estas intervenções refletem a mobilização da Competência F3, nomeadamente na capacidade de diagnóstico de necessidades e riscos (F3.1.1 e F3.1.8[34]), bem como na coordenação de cuidados com parceiros comunitários e escolares (F3.3.4[35]e F3.5.4). Contribuíram ainda para o planeamento de estratégias orientadas para o reforço das capacidades familiares, reabilitação psicossocial e continuidade de cuidados, em alinhamento com os critérios (F3.3.5e F3.4.5)

A dimensão familiar e comunitária foi central neste contexto. Ao envolver familiares nas consultas e visitas domiciliárias, foi possível compreender dinâmicas relacionais e promover comunicação dentro do sistema familiar. A psicoeducação (sobre a doença, o tratamento e estratégias de *coping*) revelou-se fundamental para reduzir o estigma e fortalecer o sentido de competência da família como parte ativa do processo terapêutico (Santos et al., 2020; Palmira et al., 2023).

A intervenção com cuidadores destacou-se ainda pela validação do cansaço e pelo incentivo ao autocuidado como elementos protetores, prevenindo exaustão emocional e sobrecarga (Hsu et al., 2024; Tinoco-Camarena et al., 2022). A articulação com escolas, equipas de cuidados continuados e serviços sociais revelou-se determinante para assegurar acompanhamento integrado e ajustado às necessidades reais das pessoas e famílias. Estas intervenções refletem o compromisso com parcerias em

[34] "Avalia o potencial de abuso, negligencia e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros." (OE, 2018, p. 21429)

[35] "Concebe, coordena e implementa, projetos de promoção da saúde mental de crianças e jovens, entre outros através de programas de promoção de aptidões parentais, aconselhamento pré-natal, estratégias de intervenção precoce, e através do sistema educativo e aconselhamento a pais, crianças e jovens." (OE, 2018, p. 21429)

diferentes contextos (F3.3.1) e a utilização da metodologia de gestão de caso para coordenar a transição entre diferentes cenários de cuidados (F3.5.4).

No âmbito da intervenção grupal, as sessões de saúde mental perinatal "Expectativa vs Realidade" funcionaram como espaços de partilha, validação emocional e treino de técnicas de autorregulação. O grupo emergiu como instrumento terapêutico poderoso: através da identificação com as experiências das outras, cada participante pôde transformar ansiedade em confiança e medo em aceitação. Os resultados evidenciaram o papel do enfermeiro especialista como facilitador da recuperação e do empoderamento coletivo (Fisher, 2023). Esta prática evidencia particularmente os critérios da F3.3, particularmente a F3.3.4, associada à implementação de projetos de aconselhamento pré-natal e estratégias de intervenção precoce.

Em síntese, esta competência foi desenvolvida de forma integrada ao longo dos diferentes contextos de estágio, evidenciando que ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental é um processo sistémico, relacional e profundamente humano. O EESMP assume, neste percurso, o papel de facilitador de processos de mudança, intervindo junto da pessoa, da família, dos grupos e da comunidade, promovendo esperança, autonomia e sentido de pertença. Esta experiência consolidou a compreensão da recuperação como construção partilhada, em que o cuidado especializado se traduz na criação de condições internas e externas para que a pessoa se possa reorganizar, retomar o seu projeto de vida e sustentar ganhos em saúde mental ao longo do tempo, em consonância com os princípios fundamentais da enfermagem especializada em saúde mental.

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

A prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais constitui um eixo central da prática do

EESMP, exigindo a integração intencional da relação terapêutica, do conhecimento científico e da sensibilidade ao contexto em que a pessoa se insere. Esta competência corresponde à Competência Específica F4, operacionalizada através de unidades de competência relacionadas com a implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais dirigidas à pessoa, família, grupos e comunidade. Esta competência traduz-se na capacidade de intervir de forma diferenciada ao longo do ciclo de vida, ajustando objetivos, estratégias e modalidades de cuidado à singularidade da pessoa, às dinâmicas familiares e grupais e aos recursos disponíveis na comunidade (OE, 2018). Ao longo dos diferentes estágios realizados, esta competência foi mobilizada de forma transversal, em distintos cenários clínicos e comunitários e junto de pessoas em várias fases do ciclo de vida, evidenciando a amplitude e especificidade da intervenção especializada em saúde mental.

Nos contextos de internamento, nomeadamente no internamento de agudos do Hospital Conde de Ferreira e na Unidade de Desabituação do Norte, a intervenção psicoterapêutica do enfermeiro especialista assumiu frequentemente a forma de intervenções breves, focalizadas e orientadas para a estabilização emocional, a contenção do sofrimento psíquico e a promoção da autorregulação. Nestes contextos, a intervenção do EEESMP exigiu presença terapêutica, escuta ativa, validação emocional, clarificação e estruturação do pensamento, bem como capacidade de ajustar a comunicação ao estado mental e ao nível de tolerância emocional de cada pessoa. Estas intervenções refletem a mobilização da Unidade de Competência F4.2[36], especificamente na implementação de intervenções centradas nas respostas humanas aos processos de doença mental (F4.2.1[37]), na facilitação de respostas adaptativas (F4.2.3[38]) e na utilização de

[36] "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." (OE, 2018, p. 21430)
[37] "Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/ doença mental e às transições." (OE, 2018, p. 21430)
[38] "Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental." (OE, 2018, p. 21430)

técnicas que permitem ao cliente libertar tensões emocionais (F4.2.5[39]), assumindo o enfermeiro a sua própria pessoa como instrumento clínico de reorganização e adaptação.

No internamento de agudos, a dinamização da intervenção estruturada *"O Círculo das Emoções"* constituiu um exemplo concreto da articulação entre cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos e psicoeducacionais. Através de estratégias expressivas como musicoterapia, mímica, filmoterapia e *roleplay*, foi possível criar um espaço terapêutico seguro para a identificação, expressão e simbolização das emoções, promovendo o autoconhecimento, a coesão grupal e a apropriação de estratégias de regulação emocional. Estas abordagens encontram respaldo na literatura que valoriza as terapias expressivas como vias privilegiadas de acesso ao mundo interno e de integração emocional (Lam et al., 2023; Laranjeira et al., 2019). Esta prática evidencia particularmente a mobilização da Unidade de Competência F4.2, especificamente na utilização de técnicas que permitem ao cliente libertar tensões emocionais (F4.2.5) e aumentar o seu *insight* (F4.2.2[40]) através de processos socioterapêuticos de grupo. Articula-se ainda com a Unidade F4.1[41](F4.1.3[42]), no que concerne à psicoeducação para a gestão efetiva de problemas emocionais, e com a Unidade F4.3[43] (F4.3.2[44]), ao implementar intervenções psicossociais estruturadas que promovem a coesão e a funcionalidade em contexto de internamento

Na Unidade de Desabituação do Norte, a complexidade clínica associada ao processo de dependência exigiu uma intervenção

[39] "Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes." (OE, 2018, p. 21430)
[40] "Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o "insight" do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema." (OE, 2018, p. 21430)
[41] "Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental." (OE, 2018, p. 21430)
[42] "Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais." (OE, 2018, p. 21430)
[43] "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." (OE, 2018, p. 21430)
[44] "Implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupos ou comunidades visando a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental." (OE, 2018, p. 21430)

psicoterapêutica sustentada numa presença terapêutica consistente, na validação emocional e na gestão de momentos de elevada instabilidade afetiva. As intervenções individuais, frequentemente realizadas em contexto de crise, integraram técnicas de escuta ativa, contenção emocional, clarificação e reestruturação cognitiva simples, permitindo apoiar os utentes na reorganização do pensamento, na redução da ansiedade e na prevenção do abandono precoce do programa. Nestes momentos, tornou-se evidente que a qualidade do vínculo terapêutico e a capacidade de co-regulação emocional do enfermeiro constituem fatores determinantes para manter a pessoa no percurso terapêutico, sobretudo quando a ambivalência, o *craving* ou o medo do fracasso ameaçam a continuidade do tratamento. A evidência científica sublinha que a qualidade da relação terapêutica e a capacidade de regulação emocional são determinantes para a adesão e continuidade nos programas de tratamento em dependências (Tolosa-Merlos et al., 2022; Cipriano et al., 2025; Chrétien et al., 2025). Estas experiências refletem a mobilização da Unidade de Competência F4.2, nomeadamente na utilização de técnicas psicoterapêuticas para a libertação de tensões emocionais (F4.2.5) e aumento do *insight* (F4.2.2), fundamentais para a estabilização e reorganização do pensamento. Articulam-se ainda com a Unidade F4.1 (F4.1.2[45]), no que concerne à promoção da adesão ao tratamento e prevenção do abandono, sustentadas numa consciência de si (F1.1.4) que permite ao enfermeiro utilizar-se como instrumento terapêutico em contextos de elevada complexidade clínica.

A dimensão socioterapêutica e psicossocial foi particularmente visível no trabalho com grupos, tanto em contexto de internamento como na comunidade. A facilitação de dinâmicas de grupo, a mediação de conflitos interpessoais e a criação de espaços de partilha permitiram utilizar o grupo como recurso terapêutico, potenciando a aprendizagem entre pares, a reconstrução da autoestima e o sentimento de pertença. Episódios de tensão ou frustração emergidos em grupo foram trabalhados como oportunidades terapêuticas, através da mediação empática e da adaptação das atividades

[45] "Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada." (OE, 2018, p. 21430)

às capacidades individuais, prevenindo sentimentos de inadequação e promovendo experiências emocionais reparadoras (F4.2.5). A literatura reconhece que a intervenção grupal, quando realizada em ambiente seguro e estruturado, favorece a expressão emocional, a coesão e a mobilização de recursos pessoais (McLeod et al., 2019; Cecilie Høgh Egmose et al., 2024; Moore et al., 2022). Estas intervenções refletem a mobilização da Competência 4, especificamente através da Unidade F4.2 (F4.2.1), ao implementar processos socioterapêuticos de grupo centrados nas respostas humanas, e da Unidade F4.3 (F4.3.2), ao desenvolver intervenções psicossociais estruturadas que visam a reabilitação, a autonomia e a inserção social da pessoa com perturbação mental. Desta forma, o grupo serviu não apenas para a estabilização clínica, mas como um meio para ajudar o cliente a atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório, contribuindo para a sociedade em que se insere.

No contexto comunitário da Unidade de Cuidados na Comunidade da Maia, esta competência assumiu uma expressão particularmente ampla, dada a diversidade etária e contextual das intervenções. As consultas individuais de enfermagem de saúde mental constituíram espaços privilegiados de cuidado psicoterapêutico e psicossocial, onde a escuta terapêutica, a validação emocional e a reestruturação cognitiva foram mobilizadas para apoiar pessoas em luto, sofrimento emocional, ideação suicida, violência doméstica ou sobrecarga do cuidar. Para além da redução do sofrimento psíquico imediato, estas intervenções permitiram promover *insight*, fortalecer autonomia e apoiar a tomada de decisões mais adaptativas, integrando o cuidado emocional com a leitura do contexto social, relacional e funcional em que a pessoa vivia. Esta abordagem encontra-se alinhada com a evidência que reconhece a escuta empática, a validação emocional e a consistência relacional como pilares da aliança terapêutica e da eficácia clínica em saúde mental (Otaviano et al., 2020; Palmira et al., 2023; Santos et al., 2024). Estas práticas evidenciam a mobilização da Unidade de Competência F4.2, especificamente na utilização de técnicas psicoterapêuticas para promover o *insight* (F4.2.2), libertar tensões emocionais (F4.2.5) e facilitar respostas adaptativas (F4.2.3) face a processos de transição e sofrimento. Articulam-se

ainda com a Unidade F4.1 (F4.1.8[46]), pela sensibilidade clínica necessária na abordagem de temáticas complexas como a violência, e com o descritivo geral da Competência 4, ao integrar os determinantes contextuais e relacionais no projeto terapêutico, visando a máxima autonomia e capacidade funcional do cliente.

A dimensão psicoeducacional atravessou todos os contextos de estágio, assumindo um papel decisivo na capacitação da pessoa e na promoção de competências de autocuidado. Em internamento e cuidados diferenciados, foi operacionalizada através de sessões de educação para a saúde centradas nas dependências, na gestão emocional, na prevenção de recaídas e no autocuidado com recurso a linguagem acessível e estratégias facilitadoras da compreensão e retenção da informação. Em contexto comunitário, assumiu particular relevância nas intervenções em saúde mental perinatal, saúde escolar e apoio a cuidadores. As sessões dirigidas a grávidas e puérperas, baseadas nos princípios do modelo HAVEN (Fisher, 2023), integraram educação em saúde com validação emocional e treino de estratégias de autorregulação, contribuindo para a redução da ansiedade e o fortalecimento do vínculo materno. De igual modo, as intervenções em contexto escolar, centradas na autoestima e no uso consciente das redes sociais, permitiram promover literacia emocional e competências de regulação desde idades precoces, alinhando-se com a evidência sobre o valor preventivo destas abordagens (Silva et al., 2020). Estas intervenções refletem claramente a mobilização da Unidade de Competência F4.1, especificamente na implementação de intervenções psicoeducativas para a gestão efetiva de problemas (F4.1.3) e na promoção de capacidades de autocuidado (F4.1.10[47]). No contexto das dependências, revelou-se a habilidade técnica na abordagem de temas sensíveis (F4.1.8), enquanto o apoio a cuidadores garantiu um suporte sistematizado à família (F4.1.6[48]).

[46] "*Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros."* (OE, 2018, p. 21430)
[47] "*Considera a disponibilidade para melhorar o auto cuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas*." (OE, 2018, p. 21430)
[48] "*Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias*." (OE, 2018, p. 21430)

Nas intervenções perinatais e escolares, a educação em saúde articulou-se com a Unidade F4.2, onde a validação emocional e o treino de estratégias de autorregulação permitiram facilitar respostas adaptativas (F4.2.3) e a libertação de tensões (F4.2.5). Esta prática demonstra a capacidade do enfermeiro especialista para individualizar estratégias de ensino e treino (Descritivo 4), visando o empoderamento e a recuperação ao longo do ciclo vital.

A intervenção junto de famílias e cuidadores, embora condicionada em alguns contextos por limitações organizacionais, revelou-se uma dimensão essencial desta competência. A psicoeducação, o aconselhamento e a validação do sofrimento dos cuidadores permitiram reduzir sentimentos de culpa, promover compreensão da doença mental e fortalecer o papel da família como parceira no cuidado favorecendo maior coerência entre o plano terapêutico e o quotidiano após alta, conforme amplamente descrito na literatura (Ionara et al., 2025; Palmira et al., 2023). Em contexto domiciliário, a observação das dinâmicas familiares e a adaptação das intervenções ao ambiente real de vida da pessoa reforçaram a natureza contextualizada e sistémica do cuidado em saúde mental evidenciando que intervir na pessoa implica frequentemente intervir também nas relações e no meio onde essa pessoa vive. Estas intervenções articulam-se particularmente com a Unidade F4.1, especificamente no critério F4.1.6, ao prestar um apoio sistematizado e psicoeducativo às famílias, e com a Unidade F4.2 (F4.2.1 e F4.2.5), ao implementar intervenções familiares que permitem a libertação de tensões e a validação emocional. Esta abordagem cumpre o descritivo da Competência 4, ao mobilizar a dinâmica familiar e o contexto real de vida como instrumentos nucleares para a recuperação e qualidade de vida de todo o sistema familiar.

Ao longo de todos os estágios, tornou-se evidente que os cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais não se limitam a momentos formais, manifestando-se também nas microinterações quotidianas, numa escuta atenta, num gesto de reconhecimento ou numa palavra que devolve sentido à experiência do outro. Quando sustentadas por intencionalidade terapêutica, empatia e presença, estas interações podem ter impacto profundo na perceção de segurança, no

fortalecimento da esperança e na adesão ao cuidado, contribuindo para processos de transformação emocional e relacional (Ellingsen et al., 2020; Rodríguez-Nogueira et al., 2022; Wampold & Flückiger, 2023). Esta dimensão relacional traduz a capacidade do enfermeiro especialista para interpretar e individualizar estratégias de apoio e modelagem, sendo fundamental para promover a adesão ao tratamento (F4.1.2) e facilitar respostas adaptativas que permitam recuperar a saúde mental (F4.2.3).

Em síntese, esta competência foi desenvolvida de forma integrada e transversal ao longo dos diferentes contextos de estágio, evidenciando a capacidade de prestar cuidados especializados ao longo do ciclo de vida, mobilizando dinâmicas individuais, familiares, grupais e comunitárias. A diversidade de experiências permitiu consolidar uma prática clínica fundamentada, flexível e humanizada, na qual o EESMP se afirma como facilitador de processos de transformação emocional, relacional e identitária, promovendo a manutenção, melhoria e recuperação da saúde mental de forma ética, intencional e sustentada. Esta competência reflete, assim, a integração progressiva das Unidades de Competência F4.1 (Psicoeducação), F4.2 (Processos Psicoterapêuticos e Socioterapêuticos) e F4.3 (Reabilitação Psicossocial), visando ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere, em consonância com o descritivo normativo da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (OE, 2018)

4. Considerações finais

A Parte I do presente Relatório de Estágio permitiu descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido ao longo dos diferentes campos de estágio, evidenciando a mobilização progressiva das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A diversidade de contextos, internamento de agudos, internamento em cuidados diferenciados na Unidade de Desabituação do Norte e cuidados de saúde na comunidade, constituiu um eixo estruturante deste percurso, possibilitando uma compreensão alargada, integrada e realista da complexidade da prática especializada em saúde mental.

A experiência em contexto hospitalar, tanto em unidades de agudos como de cuidados diferenciados, proporcionou o contacto direto com situações de elevada intensidade emocional, sofrimento psíquico agudo, instabilidade clínica e vulnerabilidade relacional. Estes contextos exigiram uma atuação especializada centrada na presença terapêutica, na gestão de crises, na contenção emocional e na aplicação de intervenções psicoterapêuticas breves, ajustadas à singularidade de cada pessoa e ao momento clínico. A prática diária reforçou a centralidade da relação terapêutica como instrumento fundamental do cuidado, bem como a importância da autorregulação emocional, da tomada de decisão ética e do trabalho em equipa multidisciplinar.

Por sua vez, o estágio em contexto comunitário permitiu consolidar uma visão longitudinal da saúde mental, evidenciando a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo de vida e a relevância das dinâmicas familiares, sociais e comunitárias na promoção, manutenção e recuperação da saúde mental. A intervenção em diferentes áreas programáticas, saúde mental perinatal, saúde escolar, apoio a cuidadores, acompanhamento domiciliário e intervenção em sofrimento emocional, possibilitou o exercício de competências psicossociais, psicoeducacionais e psicoterapêuticas em

contextos de proximidade, reforçando uma prática centrada na pessoa, na família e na comunidade enquanto sistemas interdependentes.

A análise das competências comuns permitiu reconhecer o seu papel estruturante e transversal na prática especializada. A responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais estiveram presentes de forma consistente ao longo de todos os contextos de estágio, sustentando uma prática consciente, reflexiva e baseada na evidência científica. A participação em projetos, intervenções estruturadas e momentos sistemáticos de reflexão clínica contribuiu para o fortalecimento da autonomia profissional e para a consolidação de uma identidade especializada coerente, crítica e fundamentada.

Do mesmo modo, a reflexão aprofundada sobre as competências específicas evidenciou a progressiva integração de saberes teóricos, técnicos, relacionais e éticos na prestação de cuidados em saúde mental. A capacidade de assistir, ajudar e intervir junto da pessoa, da família, dos grupos e da comunidade, mobilizando diferentes modalidades de cuidado, revelou-se um processo dinâmico e contínuo, sustentado na aprendizagem experiencial, na supervisão clínica e na prática reflexiva. Este percurso permitiu desenvolver uma atuação cada vez mais intencional, sensível ao contexto e alinhada com os princípios da recuperação, da dignidade e da autonomia.

É de salientar que este percurso formativo não se limitou à aquisição de competências técnicas, promovendo igualmente um crescimento pessoal e profissional significativo. O contacto próximo com o sofrimento humano, a diversidade de trajetórias de vida e os desafios éticos e emocionais inerentes à prática em saúde mental contribuíram para o aprofundamento da consciência de si, para a clarificação de valores profissionais e para o desenvolvimento de uma postura terapêutica mais madura, equilibrada e humanizada.

Importa ainda destacar o contributo que a prática clínica assumiu no desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para além da aquisição de competências técnico-científicas, este percurso exigiu um

investimento contínuo em processos de autoconhecimento, reflexão crítica e desenvolvimento da consciência de si enquanto pessoa e profissional, dimensões consideradas centrais no exercício especializado em saúde mental.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, o EEESMP deve deter “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (OE, 2018, p. 21428), utilizando-se a si próprio como instrumento terapêutico no estabelecimento da relação terapêutica e na implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, socioterapêuticas e psicoeducativas (OE, 2018). Neste sentido, os diferentes contextos de estágio constituíram espaços privilegiados de crescimento humano e profissional, confrontando constantemente emoções, crenças, limites pessoais e formas de estar perante o sofrimento psíquico, a vulnerabilidade e a complexidade relacional inerentes à prática em saúde mental.

A experiência clínica permitiu compreender que o desenvolvimento profissional do EEESMP ultrapassa amplamente a dimensão técnica, exigindo igualmente competências relacionais, emocionais e éticas que sustentem uma prática verdadeiramente terapêutica. Tal como refere Beyene et al., (2024) e Aponte (2021), as competências pessoais constituem a base das competências profissionais, sendo impossível estabelecer relações de ajuda eficazes sem um processo consistente de autoconsciência, maturidade emocional e capacidade reflexiva. Ao longo deste percurso, tornou-se progressivamente mais evidente a importância de reconhecer as próprias reações emocionais, valores, fragilidades e mecanismos de defesa, compreendendo de que forma estes poderiam influenciar a relação terapêutica, a comunicação e a tomada de decisão clínica.

Os diferentes estágios favoreceram igualmente o desenvolvimento de capacidades de escuta ativa, empatia, comunicação terapêutica, flexibilidade e gestão emocional, permitindo consolidar uma postura profissional mais segura, consciente e humanizada. O contacto próximo com pessoas em

situação de sofrimento psicológico, crise psiquiátrica, dependência, exclusão social ou vulnerabilidade emocional contribuiu para aprofundar a compreensão da singularidade da experiência humana e da necessidade de cuidados individualizados, éticos e centrados na dignidade da pessoa.

Paralelamente, este percurso reforçou a importância da prática reflexiva e da aprendizagem contínua enquanto pilares do exercício especializado. A necessidade de fundamentar intervenções na evidência científica, refletir criticamente sobre as práticas desenvolvidas e adaptar continuamente os cuidados às necessidades identificadas permitiu consolidar uma postura profissional crítica, autónoma e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Neste âmbito, a supervisão clínica assumiu igualmente um papel fundamental, funcionando como espaço de apoio, orientação, questionamento e integração entre teoria e prática, favorecendo o desenvolvimento progressivo de competências avançadas em saúde mental.

A vivência nos diferentes contextos clínicos permitiu ainda aprofundar a consciência do papel social e terapêutico do EEESMP enquanto agente promotor de saúde mental, recuperação psicossocial, inclusão e defesa dos direitos das pessoas com doença mental. O contacto com situações de estigma, discriminação, pobreza, isolamento e fragilidade social reforçou a necessidade de uma prática sensível às determinantes sociais da saúde e comprometida com princípios de humanização, *empowerment* e *recovery*. Deste modo, considera-se que o percurso desenvolvido ao longo dos ensinos clínicos contribuiu não apenas para a consolidação de competências especializadas, mas também para a construção de uma identidade profissional mais madura, reflexiva e consciente, sustentada numa visão ética, humanista e integrada do cuidar em saúde mental e psiquiatria.

Em síntese, a Parte I deste relatório evidencia um percurso de aprendizagem integrado, coerente e progressivamente consolidado, no qual os diferentes campos de estágio se articularam de forma complementar, permitindo a construção de uma prática especializada sólida, reflexiva e sustentada na evidência científica. Este percurso constituiu a base para o desenvolvimento da Parte II do relatório, dedicada à dimensão investigativa,

aprofundando o compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e com a produção de conhecimento relevante para a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: *scoping review*

1. Resumo

Introdução: A saúde mental perinatal constitui uma prioridade de saúde pública, dada a elevada prevalência de perturbações emocionais durante a gravidez e o pós-parto e aos seus impactos no bem-estar materno, no desenvolvimento infantil e na dinâmica familiar. A enfermagem assume um papel central na promoção, prevenção e intervenção neste domínio, justificando o mapeamento sistemático das intervenções e práticas existentes.

Objetivo: Mapear e caracterizar as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, descrevendo modalidades de implementação, tipos de intervenções em diferentes contextos de cuidados.

Métodos: S*coping review* conduzida segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada em bases de dados internacionais de enfermagem e saúde, sem restrições temporais ou linguísticas. Foram incluídos estudos que descrevessem intervenções, programas ou práticas de enfermagem em saúde mental perinatal.

Resultados: Foram incluídos 24 estudos, identificando intervenções em contextos hospitalares, comunitários, domiciliários e digitais. Observou-se predominância de intervenções no período pós-parto, maior frequência de abordagens psicossociais, psicoeducativas e baseadas na comunidade. As intervenções incluíram cuidados individuais estruturados, programas grupais, visitas domiciliárias e intervenções especializadas, dirigidas à promoção do bem-estar psicológico, prevenção de perturbações mentais e apoio a situações de maior complexidade.

Conclusão: A enfermagem desempenha um papel relevante na saúde mental perinatal, evidenciando diversidade de intervenções e contextos clínicos. Esta revisão contribui para o mapeamento da evidência disponível, identificando padrões e lacunas que podem contribuir na prática, formação e investigação futura, não permitindo, contudo, a formulação de recomendações clínicas generalizáveis.

Palavras-chave: Gestantes; Período pós-parto, Promoção da saúde; Saúde mental; Cuidados de enfermagem; Perinatal.

2. Abstract

Introduction: Perinatal mental health is a public health priority, given the high prevalence of emotional disorders during pregnancy and postpartum and their impact on maternal well-being, child development, and family dynamics. Nursing plays a central role in health promotion, prevention, and intervention in this field, justifying the systematic mapping of existing interventions and practices.

Objective: To map and characterize nursing interventions in mental health for women during the perinatal period, describing implementation modalities and types of interventions across different care settings.

Methods: S*coping* review conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology. The search was carried out in international nursing and health databases, without time or language restrictions. Studies describing nursing interventions, programmes, or practices in perinatal mental health were included.

Results: Twenty-four studies were included, identifying interventions in hospital, community, home-based, and digital settings. There was a predominance of interventions in the postpartum period and a greater frequency of psychosocial, psychoeducational, and community-based approaches. The interventions included structured individual care, group programmes, home visits, and specialized interventions aimed at promoting psychological well-being, preventing mental disorders, and supporting more complex situations.

Conclusion: Nursing plays a relevant role in perinatal mental health, with a diversity of interventions and clinical contexts. This review contributes to mapping the available evidence, identifying patterns and gaps that may contribute practice, education, and future research, while not allowing for generalizable clinical recommendations.

Keywords: Pregnant people; Postpartum period; Health promotion; Mental health; Nursing care; Perinatal.

3. Enquadramento teórico

3.1 Saúde mental perinatal: definição e relevância

A saúde mental no período perinatal, entendido neste estudo de acordo com a definição da World Health Organization (WHO) como o período que abrange a gravidez e o primeiro ano após o parto, tem vindo a ser reconhecida como uma área prioritária de intervenção em saúde pública, atendendo à elevada prevalência de perturbações mentais e ao seu impacto multidimensional. Estima-se que a depressão e a ansiedade perinatais afetem uma proporção significativa de mulheres em todo o mundo, com variações associadas a fatores socioeconómicos, culturais e ao acesso aos cuidados de saúde (Gökçe İsbir *et al.,* 2021; King *et al.,* 2025). Apesar da crescente visibilidade do tema, estas condições permanecem frequentemente subdiagnosticadas e subtratadas, sendo este fenómeno amplamente descrito na literatura e associado a fatores como o estigma em torno da doença mental, a normalização social do sofrimento emocional no período perinatal e barreiras estruturais no acesso a cuidados especializados (Spadaro et al., 2022; Scroggins et al., 2024).

As perturbações de saúde mental no período perinatal apresentam repercussões que ultrapassam a esfera individual da mulher, afetando o desenvolvimento infantil, a vinculação mãe-bebé, a dinâmica familiar e o bem-estar dos parceiros e cuidadores. A literatura evidencia que a depressão e a ansiedade perinatais se associam a dificuldades na interação precoce, a alterações no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança e a um aumento do risco de problemas de saúde mental a longo prazo (Bluett Duncan et al., 2021; O'Dea et al., 2023). Para além disso, experiências emocionais adversas durante a gravidez e o pós-parto, incluindo vivências de trauma psicológico, sentimentos de inadequação ou isolamento, podem comprometer o processo de transição para a maternidade e a construção da identidade materna (Gökçe İsbir et al*.,* 2021). Estes efeitos reforçam a relevância da implementação de intervenções precoces, acessíveis e centradas na pessoa, orientadas para a promoção da adaptação psicológica à maternidade e para

a prevenção do sofrimento emocional. Estudos qualitativos têm demonstrado que a experiência das mulheres com os serviços de saúde mental perinatal é fortemente influenciada pela qualidade da relação terapêutica, pela continuidade de cuidados e pela perceção de sensibilidade e ausência de julgamento por parte dos profissionais, fatores determinantes para o envolvimento e adesão às intervenções (Moran et al., 2023).

Neste contexto, a enfermagem assume um papel central na promoção da saúde mental perinatal. Pela sua proximidade às mulheres e famílias, continuidade de cuidados e presença transversal nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico, a implementação de intervenções não farmacológicas e o encaminhamento oportuno para cuidados especializados quando necessário. Revisões da literatura têm evidenciado o contributo de enfermeiros e parteiras na identificação e gestão de problemas de saúde mental no período perinatal, bem como na implementação de intervenções psicossociais e educativas (Coates & Foureur, 2019; Noonan et al., 2017).

Estudos nacionais e internacionais têm vindo a sublinhar a relevância da atuação da enfermagem na prevenção, deteção e acompanhamento da depressão pós-parto, destacando intervenções baseadas na escuta terapêutica, no apoio emocional, na psicoeducação e no fortalecimento das competências parentais (Silva et al., 2022; Porcel & Silva, 2023; Oliveira et al., 2025). A elevada aceitabilidade destas intervenções por parte das mulheres, associada à sua adaptabilidade a diferentes contextos, reforça o potencial da enfermagem em saúde mental perinatal como eixo estruturante dos cuidados.

Em Portugal, embora a evidência científica nesta área ainda seja emergente, começam a surgir estudos que demonstram a efetividade de intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, nomeadamente programas de aconselhamento orientados para o *empowerment*, a redução do *stress* e a promoção da adaptação psicológica à maternidade (Alves et al., 2024). Paralelamente, a literatura recente tem vindo a evidenciar a necessidade de diversificar os modelos de intervenção em saúde mental perinatal, de forma a responder às desigualdades no acesso aos cuidados e

às necessidades específicas de diferentes populações. Intervenções domiciliárias, programas comunitários e abordagens digitais ou mediadas por tecnologia têm emergido como estratégias promissoras para complementar os cuidados presenciais tradicionais, sobretudo em contextos de escassez de recursos ou de maior vulnerabilidade social (King et al., 2025; Baziyants et al., 2025; Wang et al., 2024; Nisar et al., 2020). Revisões recentes têm analisado especificamente intervenções baseadas em *mHealth*, apoio por pares e programas comunitários, demonstrando o seu potencial na melhoria dos resultados em saúde mental perinatal, embora com variabilidade nos modelos de implementação (Liblub et al., 2024; Spadaro et al., 2022; Scroggins et al., 2024).

Estudos atuais indicam que intervenções não farmacológicas no período perinatal, incluindo abordagens educativas, psicossociais e relacionais, apresentam efeitos positivos na redução do *stress*, ansiedade e depressão durante a gravidez e o pós-parto, apesar da heterogeneidade metodológicas e da variabilidade da participação da enfermagem nos diferentes modelos de cuidado (Filiz Değirmenci et al., 2025). Para além destas abordagens, intervenções sensoriais simples integradas nos cuidados de enfermagem, como a utilização terapêutica da música, têm igualmente demonstrado efeitos preventivos significativos na ansiedade e depressão pós-parto, particularmente em mulheres primíparas (Cai & Wang, 2025). Apesar do aumento do número de estudos e revisões sobre intervenções em saúde mental perinatal, a literatura evidencia uma considerável heterogeneidade relativamente aos tipos de intervenções, aos contextos de implementação e aos profissionais envolvidos. Importa salientar que as revisões existentes tendem a focar-se em modalidades específicas de intervenção (e.g., intervenções digitais, comunitárias ou psicológicas) ou em grupos profissionais particulares, não proporcionando uma visão integrada sobre a estrutura, organização e conteúdo das consultas de enfermagem em saúde mental perinatal enquanto unidade de cuidado.

Adicionalmente, permanece limitada a sistematização das características das consultas de enfermagem, incluindo os seus componentes, modelos de implementação e enquadramento nos diferentes

níveis de cuidados de saúde. Esta lacuna dificulta a compreensão do papel específico da enfermagem neste domínio e a identificação de elementos-chave que possam sustentar o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência. Neste sentido, torna-se pertinente mapear a evidência existente, de modo a clarificar que consultas de enfermagem em saúde mental perinatal têm sido descritas, como são estruturadas e em que contextos são implementadas.

Assim, o presente estudo tem como objetivo mapear e caracterizar as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, descrevendo modalidades de implementação, intervenções e programas estruturados em diferentes contextos de cuidados.

Ao sintetizar a evidência disponível, pretende-se contribuir para uma compreensão aprofundada do papel da enfermagem nesta área, apoiar o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência e identificar lacunas que possam orientar futuras investigações e intervenções em saúde mental perinatal.

3.2 Prevalência e impacto das perturbações perinatais

A gravidez e o pós-parto constituem períodos críticos do ciclo vital feminino, marcados por profundas transformações biológicas, psicológicas e sociais que aumentam a vulnerabilidade ao desenvolvimento ou agravamento de perturbações mentais (Leite et al., 2024; Fonseca et al., 2023). A literatura internacional documenta prevalências entre 5% e 11% para depressão gestacional e cerca de 15% para ansiedade durante a gravidez, valores que se mantêm elevados no pós-parto (Leite et al., 2024). Estudos mais recentes apontam taxas globais ainda superiores, sobretudo em populações vulneráveis (Al-Abri et al., 2023; Stevenson et al., 2023; McNab et al., 2022).

Em Portugal, embora a investigação seja limitada, os dados disponíveis indicam prevalências comparáveis às internacionais, com agravamento significativo durante a pandemia de COVID-19, período em que mais de um quarto das grávidas apresentou sintomas depressivos ou ansiosos (Mesquita et al., 2023). De forma particularmente preocupante, até

80% das mulheres com sintomatologia depressiva perinatal não recebem qualquer tipo de tratamento, evidenciando falhas graves nos mecanismos de rastreio e encaminhamento (Fonseca et al., 2023; Mesquita et al., 2023).

As consequências das perturbações perinatais não tratadas são extensas. A nível materno, associam-se a sofrimento psicológico intenso, perda de funcionalidade, menor adesão ao seguimento pré-natal, aumento de internamentos psiquiátricos e risco acrescido de suicídio (Dagher et al., 2021; Zivin et al., 2024). No plano obstétrico e neonatal, estão associadas a parto prematuro, baixo peso à nascença, restrição do crescimento fetal e maior morbilidade neonatal (Leite et al., 2024; Hicks et al., 2022). A evidência demonstra ainda impactos negativos no vínculo mãe-bebé e no desenvolvimento emocional, cognitivo e comportamental da criança, configurando um risco intergeracional (Burger et al., 2020; Christensen et al., 2020; Wall & Dempsey, 2022).

Do ponto de vista familiar e social, a doença mental perinatal fragiliza as relações conjugais, aumenta o risco de sofrimento psicológico no parceiro e compromete a estabilidade do ambiente doméstico (Dossett et al., 2024; Hazell Raine et al., 2019). Acrescem custos económicos substanciais: no Reino Unido, estima-se que as perturbações perinatais não tratadas representem um custo de cerca de £8,1 mil milhões por coorte anual de nascimentos, maioritariamente associados a consequências a longo prazo para a criança (Pisavadia et al., 2024). Em Portugal, apesar da ausência de estimativas económicas robustas, a elevada proporção de mulheres não tratadas sugere impacto social e económico igualmente relevante (Leite et al., 2024).

3.3 *Empowerment* na gravidez e no pós-parto

O *empowerment* constitui um conceito central na promoção da saúde mental perinatal. É definido como um processo através do qual a pessoa adquire confiança, autoestima, conhecimento e controlo sobre as decisões relacionadas com a sua saúde (OMS, 2001; Silva, 2014 *cit in* Alves, 2025). No contexto da gravidez, o *empowerment* traduz-se num sentimento de

autorrealização e autonomia, promovido pela interação com o meio e pelo acesso à informação, permitindo tomadas de decisão conscientes e saudáveis para a mulher e para o bebé (Kameda & Shimada, 2008 *cit in* Alves, 2025).

A evidência demonstra que mulheres empoderadas apresentam maior adesão aos cuidados de saúde, melhor capacidade de autorregulação emocional e menor risco de depressão pós-parto (Woofter et al*.,* 2025; Rahman et al., 2021; Chen & Chien, 2020). Fatores como cuidado centrado na pessoa, comunicação eficaz, apoio social e programas educativos estruturados são determinantes para o fortalecimento do *empowerment* durante o período perinatal (Lagendijk et al., 2020; Tümkaya et al., 2024). Neste contexto, a intervenção precoce do enfermeiro especialista em saúde mental assume particular relevância, ao capacitar as mulheres para lidar com as mudanças emocionais associadas à gravidez e ao pós-parto.

3.4 Falhas atuais nos serviços de saúde mental perinatal

Apesar do contacto frequente das grávidas e puérperas com os serviços de saúde, persistem lacunas estruturais significativas na resposta às necessidades de saúde mental perinatal. A ausência de consultas estruturadas, a inexistência de protocolos padronizados de rastreio e a fraca integração da Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) nos sistemas clínicos dificultam a deteção precoce e a continuidade dos cuidados (Leite et al., 2024; Pimentel dos Santos et al*.,* 2021). O estigma associado à doença mental, aliado a baixos níveis de literacia, constitui uma barreira adicional à procura de ajuda (Fonseca et al*.,* 2023; Dubreucq et al., 2024).

A literatura identifica ainda lacunas na formação específica dos profissionais, escassez de recursos humanos especializados e fragmentação entre níveis de cuidados, fatores que comprometem a eficácia das intervenções (Gonçalves et al., 2020; Hutton et al., 2025). Embora existam programas piloto nacionais promissores, estes apresentam limitações ao nível da abrangência populacional, sustentabilidade e inclusão de parceiros e diferentes configurações familiares (Leite et al., 2024; Sebastião et al*.,* 2024).

3.5 Papel do enfermeiro especialista em saúde mental perinatal

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume um papel estratégico na resposta às necessidades perinatais, atuando na triagem precoce, intervenção psicossocial, coordenação multidisciplinar e acompanhamento comunitário (Alves et al., 2023; Leite *et al.,* 2024). As suas competências incluem a utilização de instrumentos validados, a implementação de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas breves, a promoção do *empowerment* e a articulação com outros profissionais e serviços.

A evidência demonstra que intervenções lideradas por enfermeiros especialistas reduzem sintomas depressivos e ansiosos, aumentam a autoeficácia parental e melhoram a qualidade do vínculo mãe-bebé (Singla et al., 2021; Alves et al., 2024). A integração do EEESMP em equipas multidisciplinares revela-se determinante para assegurar continuidade de cuidados e respostas ajustadas à complexidade do período perinatal.

3.6 Síntese e lacunas identificadas

Em síntese, a saúde mental perinatal apresenta elevada prevalência, impacto multidimensional e consequências intergeracionais, permanecendo frequentemente subdiagnosticada e subtratada em Portugal. A ausência de consultas estruturadas, as limitações dos programas existentes e a falta de institucionalização do rastreio precoce configuram lacunas críticas nos serviços. Neste contexto, o mapeamento sistemático da evidência científica sobre consultas de enfermagem em saúde mental perinatal surge como etapa essencial para fundamentar a implementação de modelos estruturados, equitativos e baseados na evidência, capazes de responder de forma integrada às necessidades das mulheres, bebés e famílias.

4. Finalidade e objetivos

A crescente evidência científica sobre a relevância da saúde mental perinatal, aliada às lacunas identificadas na resposta dos serviços de saúde, evidencia a necessidade de sistematizar o conhecimento existente sobre intervenções estruturadas neste domínio. Em particular, a escassez de consultas formalizadas de enfermagem em saúde mental perinatal em Portugal, bem como a heterogeneidade das práticas descritas na literatura internacional, justificam a realização de um estudo de mapeamento da evidência disponível.

Neste contexto, a presente investigação assume como finalidade principal mapear e caracterizar as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, descrevendo modalidades de implementação, intervenções e programas estruturados em diferentes contextos de cuidados. Ao adotar uma abordagem de *scoping review*, pretende-se obter uma visão abrangente do estado da arte, permitindo clarificar conceitos, identificar padrões de prática, reconhecer lacunas de conhecimento e sustentar futuras propostas de implementação e investigação.

Esta finalidade enquadra-se nos princípios metodológicos preconizados pelo *Joanna Briggs Institute*, segundo os quais as *scoping reviews* são particularmente adequadas quando o objetivo é explorar a extensão, variedade e natureza da evidência disponível sobre um determinado fenómeno, sobretudo em áreas emergentes ou ainda pouco consolidadas na prática clínica.

Deste modo, o estudo orienta-se pela seguinte questão de investigação: Como são descritas e implementadas as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, incluindo programas estruturados e diferentes contextos de prestação de cuidados?

A partir desta questão, definiram-se os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Mapear e caracterizar as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, descrevendo modalidades de implementação, tipos de intervenções em diferentes contextos de cuidados.

Objetivos específicos:

- Identificar os objetivos e finalidades atribuídos às intervenções, programas e práticas de enfermagem em saúde mental perinatal descritos na literatura;
- Mapear os instrumentos de avaliação, rastreio e monitorização utilizados no âmbito das intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal;
- Identificar e caracterizar as intervenções de enfermagem desenvolvidas junto de mulheres no período perinatal, incluindo os seus componentes, modalidades de implementação e contextos de cuidados;
- Analisar os resultados e impactos reportados ao nível da saúde mental materna, do bem-estar psicológico, da adaptação à parentalidade e da experiência de cuidado;
- Identificar lacunas de conhecimento e áreas prioritárias para investigação futura, formação e desenvolvimento da prática clínica em saúde mental perinatal.

Ao cumprir estes objetivos, esta *scoping review* pretende contribuir para a consolidação do conhecimento científico na área da enfermagem de saúde mental perinatal, fornecendo uma base conceptual e empírica que possa apoiar o desenvolvimento de consultas estruturadas, a definição de políticas institucionais e a qualificação da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

5. Metodologia

A presente *scoping review* foi conduzida segundo o referencial metodológico do *Joanna Briggs Institute* (JBI®) (Peters et al., 2020) e reportada segundo as orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping reviews* (PRISMA-ScR®) (Tricco et al., 2018). A extração e síntese dos dados foram orientadas pelo referencial metodológico do JBI, sendo o PRISMA-ScR utilizado como guia para a apresentação e descrição transparente e completo dos resultados, assegurando a coerência entre os procedimentos metodológicos e a sua apresentação. O protocolo do estudo foi registado na plataforma Open Science *Framework* (OSF) (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/PW289) após o início da pesquisa bibliográfica, encontrando-se disponível em https://osf.io/pw289/overview.

5.1. Critérios de Elegibilidade

Os critérios de elegibilidade foram definidos de acordo com o acrónimo PCC (Participantes, Conceito e Contexto), conforme recomendado pelo JBI para *scoping reviews*. Relativamente aos participantes foram consideradas as mulheres grávidas e/ou puérperas até 12 meses após o parto. Foram igualmente considerados estudos que integrassem companheiros, parceiros ou outras pessoas significativas no contexto familiar, desde que estes participassem no processo de parentalidade e estivessem envolvidos em consultas, programas ou intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal. A inclusão destes participantes foi realizada de forma inclusiva, não sendo restringida por configuração familiar ou orientação sexual, contemplando diferentes formas de organização familiar descritas na literatura. Quanto ao conceito foram elegíveis estudos que descrevessem consultas de enfermagem em saúde mental perinatal, bem como programas, protocolos ou intervenções conduzidas por enfermeiros no âmbito destas consultas ou diretamente associadas à sua prática clínica, dirigidas à promoção do bem-estar psicológico, à prevenção de perturbações mentais

e/ou à intervenção em situações de sofrimento psicológico ou perturbação mental no período perinatal. Esta opção metodológica visou garantir a inclusão de diferentes formas de operacionalização das consultas de enfermagem descritas na literatura, frequentemente designadas como programas ou intervenções estruturadas. Durante o processo de seleção, alguns estudos potencialmente relevantes foram excluídos por não apresentarem descrição suficientemente detalhada das intervenções de enfermagem ou por não permitirem o seu enquadramento claro enquanto prática estruturada no âmbito da saúde mental perinatal, de acordo com os critérios definidos. Foram excluídos estudos que reportassem exclusivamente intervenções médicas ou psicológicas sem envolvimento explícito da enfermagem. Sempre que reportado, foi considerada a caracterização do grau de diferenciação dos enfermeiros (por exemplo, formação especializada em saúde mental e psiquiatria ou saúde materna), sendo esta variável incluída na extração de dados. Quando esta informação não se encontrava disponível, tal foi registado e considerado na interpretação dos resultados como limitação da evidência. Consideraram-se todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, incluindo ambientes hospitalares, cuidados de saúde primários, comunitários, domiciliários e digitais/online (nomeadamente, teleconsultas e plataformas digitais), desde que enquadrados na prática de enfermagem. Foram incluídos estudos quantitativos (experimentais e observacionais), qualitativos e de métodos mistos, bem como revisões sistemáticas pertinentes para a questão de investigação. Adicionalmente, foi realizada pesquisa de literatura cinzenta na plataforma OpenAIRE e em repositórios institucionais, incluindo teses e dissertações, com o objetivo de reduzir o risco de viés de publicação. Não foram aplicadas restrições temporais ou linguísticas. Estudos publicados em línguas diferentes do inglês, português ou espanhol foram traduzidos com o apoio de falantes fluentes ou, quando necessário, com recurso a ferramentas de tradução digital, como o DeepL®.

5.2. Desenho do estudo

O desenho do estudo baseou-se no modelo metodológico proposto pelo JBI, operacionalizado através das seguintes etapas fundamentais:

(i) definição da questão de investigação;

(ii) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão;

(iii) estratégia de pesquisa e identificação dos estudos;

(iv) seleção dos estudos;

(v) extração dos dados;

(vi) análise e síntese dos resultados.

A formulação da questão de investigação seguiu a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), recomendada pelo JBI para *scoping reviews*. Assim, foram definidos os seguintes elementos:

- População (P): mulheres grávidas e puérperas até 12 meses após o parto, incluindo, sempre que referido, os companheiros/parceiros envolvidos no processo de parentalidade;
- Conceito (C): consultas, programas ou intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal;
- Contexto (C): todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, incluindo cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários, contexto comunitário e intervenções digitais ou online.

A partir desta estrutura, foi formulada a questão orientadora do estudo: Quais são as características, intervenções e estratégias de enfermagem em saúde mental direcionadas a mulheres no período perinatal descritas na literatura científica?

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi delineada de acordo com as recomendações metodológicas do JBI para *scoping reviews* e desenvolvida em três etapas sequenciais.

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa exploratória na *National Library of Medicine* (PubMed®), com o objetivo de identificar estudos relevantes e refinar os principais conceitos do fenómeno em estudo.

A análise de títulos, resumos e termos de indexação permitiu identificar palavras-chave, sinónimos e descritores controlados, incluindo *Medical Subject Headings* (MeSH). Com base nesta etapa, foi construída a estratégia de pesquisa completa, integrando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e termos MeSH, bem como termos livres relacionados com saúde mental perinatal, gravidez, período pós-parto, enfermagem, cuidados e intervenções de enfermagem, depressão pós-parto, ansiedade e saúde mental materna, em português e inglês. Os termos foram combinados com operadores booleanos (*AND/OR*) e adaptados às especificidades sintáticas e de indexação de cada base de dados, de modo a maximizar a sensibilidade e abrangência da pesquisa. As estratégias detalhadas encontram-se descritas na Tabela 4. Numa terceira fase, a estratégia foi aplicada às bases de dados *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL®), *Nursing & Allied Health Collection*®, *MedicLatina*® (via EBSCOhost), *PubMed* e *MEDLINE* (via *PubMed*®). Foi ainda realizada pesquisa suplementar através da análise das listas de referências dos estudos incluídos, com o intuito de identificar fontes adicionais relevantes. A pesquisa decorreu entre outubro e novembro de 2025. O protocolo da revisão foi posteriormente registado na plataforma OSF a 5 de janeiro de 2026, após o início da pesquisa. Embora o registo não tenha sido prospetivo, os objetivos, critérios de elegibilidade e estratégia metodológica foram definidos previamente, não tendo ocorrido alterações significativas após o registo.

Tabela 4. Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados consultadas.

Base de Dados	**Frase Booleana**
PubMed® e Medline	("nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing care"[Title/Abstract] OR "nursing assessment"[MeSH Terms] OR "nursing assessment"[Title/Abstract] OR "psychiatric nursing"[MeSH Terms] OR "psychiatric nursing"[Title/Abstract] OR "mental health nursing"[Title/Abstract] OR "maternal child nursing"[MeSH Terms] OR "maternal child nursing"[Title/Abstract] OR "consult*"[Title/Abstract] OR "nursing consultation"[Title/Abstract] OR "nurs*"[Title/Abstract]) AND ("mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental disorders"[MeSH Terms] OR "mental disorders"[Title/Abstract] OR "mood disorders"[MeSH Terms] OR "mood disorders"[Title/Abstract] OR "affective disorders"[Title/Abstract] OR "depression, postpartum"[MeSH Terms] OR "depression postpartum"[Title/Abstract] OR "anxiety disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorders"[Title/Abstract] OR "*stress*, psychological"[MeSH Terms] OR

	"*stress* psychological"[Title/Abstract] OR "perinatal mental health "[Title/Abstract] OR "maternal mental health"[Title/Abstract]) AND ("perinatal care"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[MeSH Terms] OR "postpartum period"[MeSH Terms] OR "postnatal care"[MeSH Terms] OR "prenatal care"[MeSH Terms] OR "perinatal"[Title/Abstract] OR "antenatal"[Title/Abstract] OR "postpartum"[Title/Abstract] OR "postnatal"[Title/Abstract] OR "prenatal"[Title/Abstract] OR " puerperium"[Title/Abstract]) **Estudos identificados: 478**
CINAHL® Plus with Full Text	(MH (nursing care) OR XB (nursing care) OR MH (nursing assessment) OR XB (nursing assessment) OR MH (psychiatric nursing) OR XB (psychiatric nursing) OR XB (mental health nursing) OR MH (maternal child nursing) OR XB (maternal child nursing) OR XB (consult*) OR XB (nursing consultation) OR XB (nurs*)) AND ((MH (mental health) OR XB (mental health) OR MH (mental disorders) OR XB (mental disorders) OR MH (mood disorders) OR XB (mood disorders) OR XB (affective disorders) OR MH (depression, postpartum) OR XB (depression, postpartum) OR MH (anxiety disorders) OR XB (anxiety disorders) OR (MH (*stress*, psychological) OR XB (*stress*, psychological) OR XB (perinatal mental health) OR XB (maternal mental health))) AND (MH (perinatal care) OR MH (pregnancy) OR MH (postpartum period) OR MH (postnatal care) OR MH (prenatal care) OR XB (perinatal) OR XB (antenatal) OR XB (postpartum) OR XB (postnatal) OR XB (prenatal) OR XB (puerperium)) **Estudos identificados: 186**
Nursing & Allied Health Collection®	((TI (nursing care) OR AB (nursing care) OR TI (nursing assessment) OR AB (nursing assessment) OR TI (psychiatric nursing) OR AB (psychiatric nursing) OR TI (mental health nursing) OR AB (mental health nursing) OR TI (maternal-child nursing) OR AB (maternal-child nursing) OR (TI (consult*) OR AB (consult*) OR TI (nursing consultation) OR AB (nursing consultation) OR TI (nurs*) OR AB (nurs*)) AND ((TI (mental health) OR AB (mental health) OR TI (mental disorders) OR AB (mental disorders) OR TI (mood disorders) OR AB (mood disorders) OR TI (affective disorder) OR AB (affective disorder) OR TI (depression, postpartum) OR AB (depression, postpartum) OR TI (anxiety disorders) OR AB (anxiety disorders) OR (TI (*stress*, psychological) OR AB (*stress*, psychological) OR TI (perinatal mental health) OR AB (perinatal mental health) OR TI (maternal mental health) OR AB (maternal mental health)) AND ((TI (perinatal care) OR AB (perinatal care) OR TI (pregnancy) OR AB (pregnancy) OR TI (postpartum period) OR AB (postpartum period) OR TI (postnatal care) OR AB (postnatal care) OR TI (prenatal care) OR AB (prenatal care) OR TI (perinatal) OR AB (perinatal) OR (TI (antenatal) OR AB (antenatal) OR TI (postpartum) OR AB (postpartum) OR TI (postnatal) OR AB (postnatal) OR TI (prenatal) OR AB (prenatal) OR TI (puerperium) OR AB (puerperium)) **Estudos identificados: 42**
MedicLatina®	((TI (nursing care) OR AB (nursing care) OR TI (nursing assessment) OR AB (nursing assessment) OR TI (psychiatric nursing) OR AB (psychiatric nursing) OR TI (mental health nursing) OR AB (mental health nursing) OR TI (maternal-child nursing) OR AB (maternal-child nursing) OR (TI (consult*) OR AB (consult*) OR TI (nursing consultation) OR AB (nursing consultation) OR TI (nurs*) OR AB (nurs*)) AND ((TI (mental health) OR AB (mental health) OR TI (mental disorders) OR AB (mental disorders) OR TI (mood disorders) OR AB (mood disorders) OR TI (affective disorder) OR AB (affective disorder) OR TI (depression, postpartum) OR AB (depression, postpartum) OR TI (anxiety disorders) OR AB (anxiety disorders) OR (TI (*stress*, psychological) OR AB (*stress*, psychological) OR TI (perinatal mental health) OR AB (perinatal mental health) OR TI (maternal mental health) OR AB (maternal mental health)) AND ((TI (perinatal care) OR AB (perinatal care) OR TI (pregnancy) OR AB (pregnancy) OR TI (postpartum period) OR AB (postpartum period) OR TI (postnatal care) OR AB (postnatal care) OR TI (prenatal care) OR AB (prenatal care) OR TI (perinatal) OR AB (perinatal) OR (TI (antenatal) OR AB (antenatal) OR TI (postpartum) OR AB (postpartum) OR TI (postnatal) OR AB (postnatal) OR TI (prenatal) OR AB (prenatal) OR TI (puerperium) OR AB (puerperium)) **Estudos identificados: 8**

Seleção das fontes de evidência

Os resultados das pesquisas foram exportados para o *software Qatar Computing Research Institute* (Rayyan QCRI®), onde os estudos duplicados foram removidos. A triagem foi conduzida por dois revisores independentes, inicialmente por meio da análise de títulos e resumos, seguida da leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. A seleção foi realizada com base nos critérios de elegibilidade previamente definidos, aplicados de forma consistente em todas as fases do processo. Antes do início da triagem, foi realizada uma fase piloto com um subconjunto de estudos, com o objetivo de garantir a consistência na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão entre os revisores. As razões para exclusão dos estudos na fase de leitura integral foram registadas e documentadas, sendo apresentadas no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 2). O processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos é apresentado no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 2).

Extração de dados

A extração de dados foi realizada utilizando um formulário padronizado, desenvolvido pelos autores com base nos objetivos da revisão e nas recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute*. O PRISMA-ScR foi utilizado como orientação para a descrição dos resultados, não constituindo o referencial metodológico da extração de dados. A extração e análise dos dados foram realizadas de forma independente por dois investigadores. Em situações de divergência relativamente à interpretação ou categorização dos dados, recorreu-se à discussão por consenso e, quando necessário, ao recurso de um terceiro revisor para a tomada de decisão final. O instrumento foi previamente testado em três estudos-piloto, permitindo refinar os campos de registo e clarificar as definições operacionais. Foram extraídos, sempre que disponíveis, dados relativos às características dos profissionais de enfermagem envolvidos, incluindo o nível de formação e especialização, de modo a permitir uma análise mais aprofundada do papel da diferenciação profissional nas intervenções descritas.

Análise e síntese da evidência

Os dados foram analisados através de uma síntese descritiva, complementada por análise temática. Inicialmente, procedeu-se à sistematização das características dos estudos incluídos, nomeadamente, população, contexto de implementação, período perinatal, tipo e descrição da intervenção e principais resultados. Realizou-se uma análise temática indutiva com o objetivo de identificar padrões, semelhanças e divergências entre as intervenções descritas. O processo analítico foi conduzido de forma interativa, envolvendo a leitura aprofundada dos dados extraídos, a codificação inicial e o desenvolvimento progressivo de categorias temáticas, com revisão contínua entre os investigadores.

A análise foi realizada por dois investigadores de forma independente, sendo as categorias e interpretações discutidas até obtenção de consenso, de modo a garantir a consistência e fiabilidade do processo analítico.

As evidências foram organizadas e categorizadas em função da natureza e finalidade das intervenções, permitindo agrupar as práticas em tipologias conceptualmente consistentes, designadamente intervenções psicossociais e psicoeducativas, estratégias de continuidade de cuidados e visitas domiciliárias, intervenções especializadas em contextos de maior complexidade clínica e abordagens digitais/*mHealth*. Sempre que disponível, a análise considerou também características dos profissionais de enfermagem envolvidos, incluindo o nível de diferenciação, bem como os contextos de implementação das intervenções, permitindo uma interpretação mais aprofundada das variações identificadas. Esta abordagem possibilitou harmonizar a heterogeneidade terminológica presente na literatura, clarificar o âmbito das práticas de enfermagem em saúde mental perinatal e facilitar a comparação entre estudos, bem como a identificação de tendências emergentes e lacunas de conhecimento.

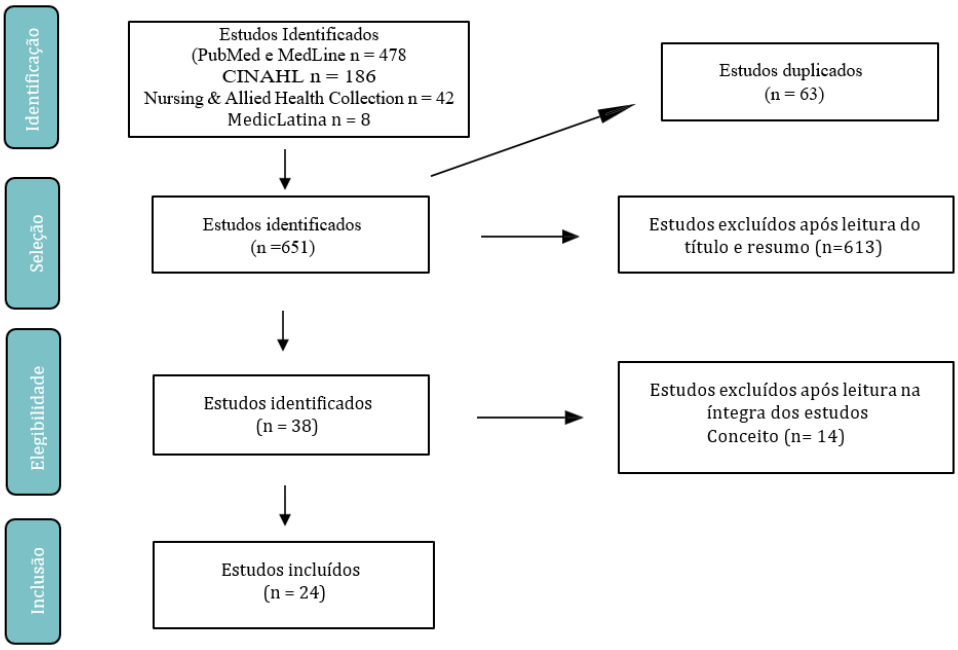
5.3. Considerações éticas

Sendo esta investigação uma revisão da literatura, não envolvendo contacto direto com participantes humanos nem utilização de dados pessoais identificáveis, não foi necessária a submissão a uma comissão de ética. No entanto, foram rigorosamente respeitados os princípios éticos da investigação científica, nomeadamente a integridade académica, a transparência metodológica e o respeito pelos direitos de autor.

Todos os estudos incluídos foram devidamente citados e referenciados, garantindo o reconhecimento do trabalho dos autores e a fiabilidade do conhecimento produzido. A condução desta *scoping review* procurou assegurar rigor científico e responsabilidade ética, contribuindo para uma prática baseada na evidência e para o desenvolvimento sustentado da enfermagem em saúde mental perinatal.

6. Resultados

Foram identificados 714 estudos nas bases de dados incluídas na pesquisa, nomeadamente, na PubMed Central e MEDLINE (n=478), CINAHL (n=186), Nursing & Allied Health Collection (n=42) e MedicLatina (n=8). O processo de seleção dos estudos decorreu em várias fases, incluindo a identificação dos estudos, a triagem dos títulos e resumos, a avaliação da elegibilidade através da leitura do texto integral e a inclusão final dos estudos, de acordo com os critérios previamente definidos. Este processo é apresentado de forma sistematizada no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 2), que ilustra de forma transparente as diferentes etapas da seleção dos estudos incluídos nesta s*coping* review.



Fonte: PRISMA *Flow Diagram* adaptado de Page et al., 2020

Figura 2. Fluxograma do processo de seleção dos estudos

Para a organização e síntese da informação, foram elaboradas tabelas de mapeamento dos dados, permitindo a sistematização das principais características dos estudos incluídos. Na Tabela 5 apresentam-se as seguintes variáveis relativas à caracterização geral dos estudos,

nomeadamente autor(es), ano, país, tipo de estudo, contexto, população e período perinatal.

Tabela 5. Características dos estudos incluídos na *scoping review*

Estudo	Autor(es)/Ano	País	Tipo de estudo	Contexto	População	Período perinatal
E1	Gu et al. (2025)	China	Ensaio clínico randomizado e comparativo	Hospitalar	Mulheres no pós-parto	Pós-parto
E2	Gennaro et al. (2024)	EUA	Ensaio controlado randomizado	Hospitalar / ambulatório	Mulheres grávidas com ansiedade, depressão ou *stress* elevados	Gravidez
E3	McCarter et al. (2019)	EUA	Ensaio controlado randomizado	Comunitário / Digital	Mulheres no pós-parto	Pós-parto
E4	Wang et al. (2024)	China	Ensaio controlado randomizado	Hospitalar/ Domiciliário (WeChat)	Mulheres primíparas submetidas a cesariana.	Pós-parto
E5	Filiz Değirmenci et al. (2025)	Multinacional	Revisão sistemática com meta análise	Hospitalar/ Comunitário/ Ambulatório	Mulheres grávidas	Gravidez
E6	Mohamed et al. (2025)	Egito	Ensaio clínico controlado e randomizado	Hospitalar / Ambulatório	Mulheres primíparas	Pós-parto
E7	Tsuji et al. (2021)	Japão	Estudo retrospetivo	Hospitalar/ Comunitário	Grávidas com perturbações mentais	Gravidez
E8	Horowitz et al. (2013)	EUA	Ensaio clínico randomizado	Domiciliário / Comunitário	Mulheres no pós-parto com sintomas depressivos	Pós-parto
E9	Tachibana et al. (2019)	Japão	Estudo controlado	Comunitário	Mulheres seguidas da gravidez ao pós-parto	Gravidez e pós-parto
E10	Røhder et al. (2022)	Dinamarca	Ensaio controlado randomizado	Comunitário	Mulheres com vulnerabilidade psicossocial	Gravidez e Pós-parto
E11	Cai & Wang, (2025)	China	Estudo retrospetivo	Hospitalar, com continuidade domiciliária	Mulheres primíparas	Pós-parto
E12	Nisar et al. (2020)	China	Estudo de tradução, adaptação cultural e	Comunitário	Grávidas e puérperas	Gravidez e pós-parto

			teste de campo			
E13	Fisher et al. (2016)	Austrália	Ensaio controlado randomizado por *clusters*	Comunitário	Mulheres primíparas e parceiros	Pós-parto
E14	Dol et al. (2024)	Tanzânia	Protocolo para um ensaio controlado randomizado	Comunitário / Digital	Mulheres no pós-parto	Pós-parto
E15	Baziyants et al. (2025)	EUA	Ensaio controlado randomizado	Domiciliário / Comunitário	Pais e cuidadores (maioritariamente mães).	Pós-parto
E16	Goodman et al. (2013)	EUA	Estudo piloto não randomizado	Comunitário / Domiciliário	Díade mãe–bebé.	Pós-parto precoce
E17	Chen et al. (2025)	China	Ensaio controlado randomizado	Hospitalar	Mulheres no pós-parto	Pós-parto
E18	Segre et al. (2010)*	EUA	Ensaio aberto	Domiciliário / Comunitário	Mulheres com sintomas depressivos	Pós-parto
E19	Chuffo Siewert et al. (2015)	EUA	Ensaio aberto	Hospitalar (NICU)	Mães de RN em NICU	Pós-parto
E20	Fisher et al. (2010)	Austrália	Estudo controlado de antes e depois	Cuidados de saúde primários / Comunitário	Mulheres primíparas e parceiros	Pós-parto
E21	Sawyer et al. (2019)	Austrália	Ensaio controlado randomizado pragmático	Digital / Comunitário	Mulheres com sintomas depressivos ligeiros a moderados	Pós-parto
E22	Pessagno & Hunker, (2012)*	EUA	Projeto de prática baseada na evidência	Comunitário	Mulheres primíparas em risco	Pós-parto
E23	Ediz & Kavak Budak **(**2023)	Turquia	Ensaio controlado randomizado	Hospitalar / Comunitário	Grávidas adolescentes	Gravidez
E24	Kim & Seo, (2018)	Coreia do Sul	Estudo quase-experimental	Hospitalar	Mulheres primíparas	Pós-parto

*Estudos que emergiram da análise das referências bibliográficas

As intervenções de enfermagem identificadas foram agrupadas em diferentes tipologias, de acordo com a sua natureza, objetivos e contexto de implementação.

As intervenções psicossociais estruturadas constituíram a categoria mais frequente, incluindo programas baseados em abordagens cognitivo-comportamentais, psicoeducativas e de promoção de competências parentais. Estas intervenções foram implementadas em formatos individuais e grupais, demonstrando efeitos consistentes na redução de sintomas de ansiedade, depressão e *stress*, bem como na melhoria do bem-estar psicológico e da adaptação à parentalidade, como evidenciado nos estudos E2, E12 e E23.

As visitas domiciliárias e intervenções de continuidade de cuidados incluíram programas estruturados e abordagens baseadas na escuta ativa, como os *Listening Visits*. Estas intervenções centraram-se no apoio emocional, na promoção da interação mãe–bebé e na identificação precoce de dificuldades, tendo demonstrado melhorias na vinculação e redução da depressão pós-parto, conforme observado nos estudos E8, E18 e E19.

As intervenções digitais e baseadas em mHealth incluíram programas de mensagens estruturadas, plataformas online e grupos virtuais, combinando psicoeducação, monitorização e apoio emocional. Embora apresentem elevada aceitabilidade e potencial de escalabilidade, os resultados ao nível da redução sintomática foram mais heterogéneos, como ilustrado nos estudos E3, E14 e E21.

As intervenções especializadas em saúde mental, incluindo psicoterapia individual ou de grupo conduzida por enfermeiros e intervenções em contexto hospitalar ou de psiquiatria de ligação, demonstraram efeitos positivos na redução da depressão e ansiedade, particularmente em populações de maior risco ou em contextos de maior complexidade clínica, como evidenciado nos estudos E7, E16 e E22.

De forma transversal, observou-se uma considerável variabilidade na estrutura das intervenções, nomeadamente número de sessões, duração e intensidade, sendo esta informação nem sempre reportada de forma

consistente nos estudos incluídos, o que limita a comparabilidade entre estudos.

Na Tabela 6 encontram-se descritos os aspetos específicos das intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, incluindo o tipo de intervenção, estrutura, componentes principais e os principais resultados reportados.

Tabela 6. Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal

Estudo	Tipo de intervenção	Estrutura (nº sessões / duração / formato/ profissional)	Componentes principais	Principais resultados
E1	Psicossocial	Cuidados de enfermagem individualizados e presenciais durante o internamento pós-parto, sem nº fixo de sessões/duração; enfermeiros, sem especialização em saúde mental	Relação terapêutica; apoio emocional; aconselhamento psicológico; educação em saúde	Redução ansiedade/ depressão; melhoria da qualidade de vida e do bem-estar psicológico
E2	Psicossocial (CBT grupal)	6 sessões em grupo, a cada 3 semanas (19–34 semanas de gestação), conduzidas por *Advanced Practice Nurses* no contexto de cuidados pré-natais.	COPE-P; *coping*, reestruturação cognitiva; gestão *stress* e educação	Redução ansiedade/depressão/*stress*
E3	Digital	Formato digital (mensagens eletrónicas); 4 mensagens/semana durante 26 semanas pós-parto; um grupo com opção de contacto telefónico com enfermeira; enfermeiras da equipa de investigação/hospital, sem especialização em saúde mental	Mensagens estruturadas; apoio; triagem	Elevada aceitabilidade; sem efeito significativo
E4	Digital /continuidade	Formato digital via WeChat; apoio educativo diário + orientação às terças e sextas; seguimento semanal após 1 mês até 6 meses pós-alta; equipa de enfermagem de continuidade (incluindo *nurse practitioners* e enfermeiros de obstetrícia), sem especialização em saúde mental	WeChat; educação; monitorização	Redução depressão/ansiedade; melhoria qualidade de vida

E5	Psicossocial (revisão)	Revisão sistemática de 38 ensaios; intervenções variadas, com duração mínima de 3 semanas ou 3 sessões; conduzidas por enfermeiros com diferentes especializações	Intervenções corpo–mente; educativas	Redução *stress/*ansiedade/ depressão
E 6	Psicossocial (modelo teórico)	3 sessões presenciais, de 50–60 min cada, a cada 9 dias (27 dias no total); programa educativo baseado no modelo de Ratu; enfermeiros com diferentes especialidades (psiquiátrica/saúde mental, comunitária e materna-obstétrica)	Modelo de adaptação; *coping*; suporte social	Redução significativa de *blues* e depressão pós-parto
E 7	Especializada (psiquiatria de ligação)	Modelo de *liaison* contínuo, sem nº fixo de sessões; enfermeiro especialista em enfermagem psiquiátrica	Avaliação clínica; triagem; referenciação	Melhoria articulação de cuidados
E 8	Visitas domiciliárias	Visitas domiciliárias presenciais no pós-parto; 6 visitas principais + 2 suplementares, com 1 h nas visitas com medições e 30–40 min nas de *coaching*; conduzida por enfermeiros especialistas em saúde mental/psiquiatria e pediatria, com entrevistas iniciais por enfermeiros de prática avançada	Programa CARE; interação mãe–bebé	Melhoria interação mãe–bebé; redução depressão
E 9	Comunitária integrada	Apoio contínuo integrado, de base comunitária; entrevista inicial na notificação da gravidez, reuniões mensais da equipa e seguimento flexível no pré e pós-parto; gestor de caso: *public health nurse*	Rastreio; plano individual; visitas	Redução depressão; melhoria acesso e utilização de serviços de apoio
E 10	Psicossocial (vinculação)	9 sessões individuais e domiciliárias: 2 pré-natais e 7 pós-parto (8, 11, 13, 22, 24, 26 e 36 semanas); *health nurses* treinadas no programa *Circle of Security–Parenting* COS-P	COS-P; vídeo-*feedback; parentalidade*	Redução *stress* parental
E 11	Sensorial (musicoterapia)	Musicoterapia presencial no internamento, iniciada nas primeiras 24 horas pós-parto; 2 sessões diárias de 30 min; após alta, continuidade com dispositivo	Música + respiração	Redução ansiedade/depressão

		áudio emprestado e faixas pré-carregadas, sincronizadas com o esquema de enfermagem e seguimento telefónico semanal de 15–20 min; enfermeiros, sem especialização		
E 12	Psicossocial (manualizado)	Programa psicossocial manualizado *Thinking Healthy Programme* (THP), com 7 sessões presenciais; focado em reestruturação cognitiva/ativação comportamental e *coping*; desenhado para ser aplicado por não especialistas em saúde mental	*Thinking Healthy;* ativação comportamental; estratégias de *coping*	Elevada aceitabilidade
E 13	Psicossocial (casais)	*What Were We Thinking Program* (WWWT): 1 seminário presencial face-a-face (6–8 semanas pós-parto), com materiais impressos e integração nos cuidados primários; enfermeiros de Saúde Materno-Infantil treinados especificamente, com cerca de 1 hora adicional de contacto por casal	Psicoeducação; regulação emocional	Redução ansiedade; melhoria da saúde
E14	Digital (*mHealth*)	Intervenção digital automatizada por SMS, diária (1 mensagem/dia, de manhã), do 3.º dia pós-parto até às 6 semanas; 44 mensagens educativas/de lembrete; desenvolvida e validada com mães e enfermeiros obstetras da Tanzânia	Mensagens educativas	*Outcomes* em avaliação
E 15	Visitas domiciliárias	Programa *Family Connects*: visitas domiciliárias universais, de curta duração (1–3 visitas) entre as 3 e as 12 semanas de idade do bebé; conduzidas por enfermeiros, em modelo comunitário.	Avaliação familiar, apoio; educação	Redução depressão; melhoria bem-estar social (longo prazo)
E 16	Psicoterapia (díade)	Intervenção Psicoterapia Diádica Perinatal (PDP): 8 visitas domiciliárias individuais/diádicas; enfermeiros de bacharelato/licenciatura sem	Psicoterapia mãe-bebé; suporte	Remissão da depressão; melhoria autoestima materna

		especialização prévia em saúde mental, treinados e supervisionados para implementar o protocolo		
E 17	Hospitalar	Intervenção hospitalar presencial, integrada no internamento, com colaboração obstetrícia–neonatologia; apoio à amamentação/extração de leite nas primeiras 48 h e educação sobre ansiedade/*coping* nos primeiros 3 dias; conduzida por enfermeiros obstetras	Educação; *coping*; apoio emocional	Redução ansiedade
E 18	Visitas domiciliárias *(Listening Visits)*	Listening Visits (LV): até 6 sessões domiciliárias, cerca de 1 h cada; conduzidas por *home visitors*/enfermeiros com formação de base em enfermagem ou ciências sociais, sem especialização prévia em saúde mental, treinados no protocolo de escuta ativa e resolução colaborativa de problemas.	Escuta ativa; resolução problemas	Redução depressão; melhoria da satisfação e aceitabilidade
E 19	*Listening Visits* (NICU)	*Listening Visits* na NICU: 6 sessões presenciais e individuais, à cabeceira do leito, com frequência de 1 sessão a cada 2–3 dias; conduzida por enfermeiros da unidade treinados no protocolo, em contexto de relação de confiança com as mães.	Escuta ativa; suporte emocional	Redução ansiedade/depressão; elevada aceitabilidade e viabilidade
E 20	Psicossocial (universal)	Programa *What Were We Thinking*: intervenção presencial de grupo, com até cinco casais e os seus primeiros bebés, em sessão única de meio-dia, realizada por volta das 4 semanas de vida, facilitada por enfermeiros treinados e supervisionados no contexto dos cuidados de saúde primários.	Parentalidade; regulação emocional	Redução perturbações mentais
E 21	Digital (grupo)	Aplicação móvel *eMums Plus*: intervenção digital em grupo, moderada por enfermeiros, com duração de 4 meses (16 semanas), aplicada quando os bebés	Grupo online; apoio + pares	Elevada aceitabilidade, adesão e perceção de utilidade do programa

		tinham 2–6 meses; baseada em acesso contínuo via *app*, conteúdos educativos, apoio entre pares e *chat* com enfermeiros integrados nos serviços de saúde comunitária.		
E 22	Psicoterapia de grupo	Psicoterapia de grupo de curta duração, em 8 sessões semanais de 90 minutos, conduzida por Enfermeiro de Prática Avançada em Psiquiatria.	Modelo interpessoal; *coping*	Redução depressão
E 23	Psicossocial (adolescentes)	8 sessões; 45 min/sessão; 2x/semana/4 semanas; grupal + individual; aplicada por enfermeira especialista em saúde mental/psiquiatria.	Psicoeducação; *coping*; suporte	Redução ansiedade/depressão; aumento suporte social percebido
E 24	Psicossocial (transição)	2 sessões; 50 min/sessão; individual; educação + *workbook*; aplicada pela investigadora (enfermagem materna/saúde da mulher).	Identidade materna; apego; cuidados ao recém-nascido; adaptação psicológica	Melhoria adaptação

NR- não reportado nos estudos incluídos.

7. Discussão

Os resultados desta *scoping review* evidenciam uma diversidade alargada de intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, refletindo a complexidade das necessidades emocionais das mulheres ao longo da gravidez e do período pós-parto e a capacidade da enfermagem para responder de forma flexível em múltiplos níveis de cuidados. As intervenções identificadas abrangem cuidados individuais estruturados, programas psicossociais, modelos especializados e abordagens digitais (n=24 estudos, distribuídos por diferentes tipologias de intervenção), tendo sido implementadas em contextos hospitalares, comunitários, domiciliários e digitais, evidenciando a transversalidade da saúde mental perinatal na prática de enfermagem. Estes resultados são consistentes com a literatura que reconhece a saúde mental perinatal como uma área prioritária de intervenção em saúde pública, marcada por necessidades heterogéneas e por múltiplos fatores de risco e proteção (Gökçe İsbir et al., 2021; King et al., 2025). A adaptação das intervenções a diferentes contextos e populações sugere uma resposta progressiva da enfermagem às lacunas no acesso a cuidados especializados, particularmente em momentos críticos do continuum perinatal.

De forma consistente, os estudos incluídos demonstram que a enfermagem intervém ao longo de um continuum de cuidados que integra ações de promoção do bem-estar psicológico, prevenção de perturbações mentais e intervenção terapêutica em situações de maior complexidade. As intervenções individuais estruturadas no período pós-parto demonstraram impacto na redução do sofrimento emocional e na adaptação psicológica à maternidade (Gu et al., 2025; Mohamed et al., 2025; Kim & Seo, 2018). Estes resultados são corroborados por estudos que recorrem a modelos teóricos ou programas estruturados, demonstrando maior intencionalidade clínica, sistematização e a fundamentação conceptual das intervenções (Fisher et al., 2010; Nisar et al., 2020; Goodman et al., 2013). No entanto, observa-se variabilidade na estrutura e intensidade destas intervenções, o que limita a comparabilidade entre estudos e a generalização dos resultados.

A inclusão de modelos integrados de cuidados evidencia que a enfermagem desempenha um papel relevante mesmo em contextos multidisciplinares, quer através da condução direta de intervenções, quer através da continuidade e coordenação dos cuidados (Gennaro et al., 2024; Tachibana et al., 2019; Røhder et al., 2022). Neste âmbito, o papel do enfermeiro especialista como elemento de ligação entre níveis de cuidados reforça a especialização e a autonomia da prática de enfermagem em saúde mental perinatal (Tsuji et al., 2021). Embora uma parte substancial das intervenções se concentre no período pós-parto, identificam-se igualmente intervenções iniciadas no período pré-natal, nomeadamente programas psicoeducativos e de aconselhamento associados a reduções significativas de ansiedade e depressão em populações vulneráveis (Ediz & Kavak Budak, 2023; Alves et al., 2024). Estes resultados sugerem a relevância de uma abordagem precoce e integrada ao longo do continuum perinatal.

Intervenções psicossociais e psicoeducativas

Os programas psicossociais e psicoeducativos distinguem-se por uma orientação preventiva explícita, centrada no fortalecimento de recursos emocionais, desenvolvimento de estratégias de *coping* e preparação para as exigências psicológicas da parentalidade. Esta foi a tipologia mais frequente entre os estudos incluídos, evidenciando benefícios consistentes, particularmente em populações vulneráveis, como mulheres primíparas, casais em transição para a parentalidade e adolescentes grávidas (Fisher et al., 2010; Fisher et al., 2016; Ediz & Kavak Budak, 2023). Nestes contextos, o enfermeiro assume um papel ativo na facilitação do processo educativo e no apoio emocional continuado, promovendo capacitação e autonomia. A adaptação cultural surge como um fator crítico para a aceitabilidade e adesão às intervenções, sendo determinante para a sua eficácia (Nisar et al., 2020; Gökçe İsbir et al., 2021). Comparativamente com outras tipologias, estas intervenções apresentam maior consistência nos resultados ao nível da redução de ansiedade e depressão.

Continuidade de cuidados e visitas domiciliárias

A continuidade de cuidados emerge como um elemento estruturante das intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, particularmente no período pós-parto. Um número relevante de estudos incluiu intervenções baseadas em visitas domiciliárias, favorecendo a construção de uma relação terapêutica sustentada e a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico (Horowitz et al., 2013; Baziyants et al., 2025). As *Listening Visits* constituem uma intervenção amplamente utilizada, centrada na escuta ativa e validação emocional (Segre et al., 2010). A qualidade da relação terapêutica é apontada como um dos principais mecanismos de mudança, contribuindo para reduzir o isolamento e o estigma associado à procura de apoio (Gökçe İsbir et al., 2021; Segre, O'Hara, et al., 2010). Estas intervenções destacam-se pela sua proximidade e adaptabilidade, embora apresentem menor padronização estrutural comparativamente aos programas psicossociais.

Intervenções especializadas de enfermagem e digitais

Em situações de maior complexidade clínica, a enfermagem assume funções diferenciadas de avaliação, acompanhamento terapêutico e articulação de cuidados, frequentemente lideradas por enfermeiros especialistas. Os estudos demonstram o papel destes profissionais na integração de cuidados e na continuidade assistencial (Tsuji et al., 2021). A implementação de intervenções psicoterapêuticas conduzidas por enfermeiros evidencia competências clínicas avançadas e autonomia profissional, particularmente em intervenções mãe-bebé e psicoterapia de grupo (Goodman et al., 2013; Pessagno & Hunker, 2012).

As intervenções digitais e *mHealth*, identificadas em vários estudos, emergem como uma área em expansão, permitindo acompanhamento remoto e apoio estruturado (McCarter et al., 2019; Wang et al., 2024). Contudo, os seus efeitos clínicos permanecem heterogéneos, sugerindo que o seu contributo poderá ser mais consistente ao nível do acesso, envolvimento e suporte emocional do que na redução direta de sintomatologia.

Comparativamente com intervenções presenciais, apresentam maior variabilidade nos *outcomes* reportados.

Em contextos hospitalares de elevada complexidade, como unidades de cuidados intensivos neonatais e serviços de obstetrícia-neonatologia, intervenções estruturadas de enfermagem associam-se à redução da ansiedade e depressão relacionadas com a hospitalização neonatal e a separação mãe-bebé (Chuffo Siewert et al., 2015; Chen et al., 2025), em consonância com estudos que sublinham a necessidade de integrar a dimensão emocional nos cuidados clínicos (Silva et al., 2022; Moran et al., 2023). A inclusão de protocolos digitais em avaliação, como o *Essential Coaching for Every Mother* – Tanzania (ECEM-TZ) (Dol et al., 2024), permitem identificar tendências emergentes e áreas de inovação, sendo estes resultados coerentes com a literatura que destaca o potencial das tecnologias digitais para reduzir desigualdades no acesso, condicionado pela adequação cultural, literacia digital e qualidade da relação terapêutica (King et al., 2025; Dol et al., 2024; Nisar et al., 2020).

Globalmente, os resultados sugerem que a enfermagem desempenha um papel relevante na saúde mental perinatal, evidenciando a necessidade de consolidar modelos integrados de cuidados, investir na formação avançada dos profissionais e promover investigação metodologicamente robusta que avalie a efetividade das intervenções a médio e longo prazo. Entre as principais limitações destacam-se o potencial viés de seleção associado às bases de dados consultadas, a possível exclusão de estudos não indexados e a variabilidade na descrição das intervenções e dos profissionais envolvidos. Importa, contudo, salientar que nem todos os estudos disponíveis apresentam uma descrição suficientemente detalhada das intervenções enquanto práticas estruturadas de enfermagem, conforme os critérios definidos para a presente revisão.

8. Conclusão

A presente s*coping* review mapeou e caracterizou as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, evidenciando a amplitude, diversidade e adaptabilidade das práticas implementadas em contextos hospitalares, comunitários, domiciliários e digitais.

Os resultados evidenciam a predominância de intervenções no período pós-parto e a maior frequência de intervenções psicossociais, psicoeducativas e baseadas na comunidade. A evidência sugere que a enfermagem desempenha um papel relevante na promoção do bem-estar psicológico, na prevenção de perturbações mentais e na resposta a situações de maior complexidade clínica. Contudo, a informação relativa ao grau de diferenciação profissional não foi consistentemente reportada, limitando a análise do contributo específico de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria.

Assim, os resultados devem ser interpretados como um mapeamento da evidência disponível, permitindo identificar tendências e lacunas, mas não suportando recomendações clínicas generalizáveis.

Esta revisão contribuiu para o desenvolvimento de modelos de cuidados integrados, articulando a prática clínica, a formação especializada e a definição de prioridades para investigação futura em saúde mental perinatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de investigação teve como finalidade mapear e sistematizar a evidência científica disponível sobre as consultas de enfermagem em saúde mental perinatal, num contexto em que esta área se afirma, simultaneamente, como prioridade de saúde pública e como domínio ainda pouco estruturado na prática clínica, particularmente no contexto português. Através de uma *scoping review*, procurou-se compreender de forma abrangente as características, os objetivos, as intervenções e os resultados associados às consultas de enfermagem dirigidas à promoção da saúde mental durante o período perinatal.

De forma global, os resultados evidenciaram que as consultas de enfermagem em saúde mental perinatal se configuram como dispositivos clínicos relevantes, capazes de responder às necessidades emocionais das mulheres e famílias ao longo da gravidez e do pós-parto. A evidência analisada demonstra que estas consultas assumem múltiplas finalidades, entre as quais se destacam a triagem e deteção precoce do sofrimento psicológico, a prevenção de perturbações mentais, o apoio emocional, a promoção de competências de autorregulação, o *empowerment* materno e a facilitação do acesso a cuidados especializados sempre que necessário. Verificou-se, assim, que a enfermagem especializada desempenha um papel central na operacionalização de cuidados contínuos, humanizados e centrados na pessoa, com impacto positivo na saúde mental materna e familiar.

Relativamente aos objetivos definidos para este estudo, considera-se que os mesmos foram globalmente alcançados. Foi possível identificar e sistematizar os principais modelos de consultas descritos na literatura, bem como os instrumentos de avaliação mais frequentemente utilizados, as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas e os resultados reportados em termos de redução de sintomas, aumento da autoeficácia, melhoria da literacia em saúde mental e reforço do vínculo mãe-bebé. A análise permitiu ainda evidenciar a diversidade de contextos onde estas

consultas são implementadas, hospitalares, cuidados de saúde primários, comunitários e digitais, confirmando a flexibilidade e adaptabilidade da intervenção de enfermagem em saúde mental perinatal ao longo do ciclo de vida e em diferentes realidades assistenciais.

Do ponto de vista da eficácia e eficiência, os estudos incluídos sugerem que as consultas de enfermagem em saúde mental perinatal constituem uma resposta custo-efetiva, sobretudo quando integradas precocemente no percurso de cuidados materno-infantis. A utilização de recursos como consultas breves, intervenções psicoeducativas, grupos terapêuticos e, mais recentemente, ferramentas digitais, revela-se particularmente pertinente num contexto de limitação de recursos humanos especializados. A literatura indica que o investimento em intervenções precoces conduzidas por enfermeiros especialistas pode reduzir a necessidade de cuidados mais diferenciados em fases posteriores, prevenindo agravamentos clínicos e diminuindo custos sociais e económicos associados ao sofrimento não tratado.

Não obstante os contributos relevantes desta investigação, importa reconhecer algumas limitações. Desde logo, a heterogeneidade metodológica dos estudos incluídos dificultou a comparação direta dos resultados e a generalização das conclusões. A maioria dos estudos apresenta amostras reduzidas, contextos específicos e modelos de intervenção distintos, o que reflete, por um lado, a riqueza do campo, mas por outro limita a robustez da evidência disponível. Acresce ainda a escassez de estudos realizados em Portugal, bem como a ausência de avaliações de impacto a longo prazo, nomeadamente no que respeita aos efeitos intergeracionais e à sustentabilidade dos programas implementados.

Outra limitação prende-se com o facto de a maioria das intervenções se centrar predominantemente na mulher, persistindo lacunas na inclusão sistemática dos parceiros, das famílias alargadas e de estruturas familiares diversas. Esta constatação reforça a necessidade de desenvolver modelos de cuidado mais inclusivos, alinhados com a compreensão contemporânea da saúde mental perinatal como fenómeno relacional e sistémico.

Face aos resultados obtidos, emergem várias recomendações relevantes para a prática clínica, a formação e a investigação futura. Em primeiro lugar, destaca-se a necessidade de integrar de forma estruturada consultas de enfermagem em saúde mental perinatal nos serviços de saúde, quer em contexto hospitalar, quer nos cuidados de saúde primários e comunitários. A institucionalização destas consultas, acompanhada da definição de protocolos claros de rastreio, intervenção e referenciação, poderá contribuir para reduzir o subdiagnóstico e garantir continuidade de cuidados.

Em segundo lugar, recomenda-se o investimento na formação específica dos enfermeiros especialistas em saúde mental no domínio perinatal, assegurando o desenvolvimento de competências clínicas, psicoterapêuticas e psicoeducativas adequadas às particularidades deste período do ciclo vital. Paralelamente, a integração do EEESMP em equipas multidisciplinares permanentes surge como condição essencial para uma resposta eficaz e articulada.

No plano da investigação, torna-se pertinente o desenvolvimento de estudos longitudinais, com metodologias mais robustas, que avaliem o impacto das consultas de enfermagem em saúde mental perinatal a médio e longo prazo, incluindo indicadores de saúde materna, desenvolvimento infantil e funcionamento familiar. A exploração de intervenções digitais e híbridas, bem como a inclusão de populações sub-representadas, constitui igualmente uma área prioritária de investigação futura.

Em síntese, esta *scoping review* permitiu mapear o estado da arte relativamente às consultas de enfermagem em saúde mental perinatal, evidenciando o seu potencial contributo para a promoção da saúde mental, a prevenção do sofrimento psicológico e o fortalecimento das famílias. Os resultados reforçam a relevância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica como agente fundamental na construção de respostas integradas, humanizadas e baseadas na evidência, capazes de responder aos desafios atuais da saúde mental perinatal. A consolidação deste campo representa não apenas um avanço científico e profissional, mas também um investimento estratégico na saúde das gerações presentes e futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aggarwal, N. K., Chen, D., & Lewis-Fernández, R. (2023). Eliciting social *stress*ors, supports, and determinants of health through the DSM-5 cultural formulation interview. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1148170

Agyapong-Opoku, N., Agyapong-Opoku, F., & Greenshaw, A. J. (2025). Effects of Social Media Use on Youth and Adolescent Mental Health: A S*coping* Review of Reviews. *Behavioral Sciences*, *15*(5). https://doi.org/10.3390/bs15050574

Aires, C., Ferreira, I., Santos, A., & Sousa, M. (2016). *Empowerment* in pregnancy: Study on the adaptation of the *Empowerment* Scale for Pregnant Women to the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV Série* (10), 49–58. https://doi.org/10.12707/RIV16033

Al-abri, K., Edge, D., & Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *58*(11). https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9

Alderdice, F. (2020). What's so special about perinatal mental health? Journal of Reproductive and Infant Psychology, 38(2), 111–112. https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1734167

Alencar, E. A., Salvador, M. F., Santos, S. P. dos, & Guedes, V. das C. (2025). O papel da música no desenvolvimento das habilidades socioemocionais na construção das aprendizagens. *Revista Tópicos*, *3*(19), 1–15. https://doi.org/10.5281/zenodo.15055322

Almeida, E., Silva, M. J., Severino, S., Sousa, L., & Guerra, N. (2025).

Rehabilitation nursing intervention with the post-stroke person: Application of the Transitions Theory. *AG Salud*, 3, 228. https://doi.org/10.62486/agsalud2025228

Almeida, L. W., Santos, L. A., Silveira, F., Rocha, L., Naiane, M., Nunes, Y., & Fontes, C. (2020). Avaliação dos componentes de ansiedade em pacientes no pós-parto imediato em uma maternidade da rede SUS em Aracaju/SE [Evaluation of anxiety components in patients at immediate postpartum period at a SUS maternity hospital in Aracaju/SE]. *Brazilian Journal of Health Review*, *3*(6), 18628–18649. https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-254

Almeida, V. de C. F. de, Lopes, M. V. de O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Peplau's theory of interpersonal relations: An analysis based on Barnum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202–210. https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011

Alsubaie, S. S., Abbas, F., Alyami, A., Alotaibi, M. F., Alkahtani, F. A., Alkhamsan, M. S., Alaseel, A. J., Mansour, A, A., & Khamees, A. (2024). Multidisciplinary approaches in general medical practice: Enhancing collaboration for better patient care. *Journal of Ecohumanism*, *3*(7), 1336–1345. https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4665

Alves, S. P., Costa, T., Ribeiro, I., Néné, M., & Sequeira, C. (2023). Perinatal mental health counselling programme: A s*coping* review. Patient Education and Counseling, 106, 170–179. https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.10.347

Alves, P., Sequeira, C., Néné, M., & Ribeiro, I. (2024). Enfermagem de Saúde Mental Perinatal: Construção de um programa de aconselhamento.

Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, *31*(31), 53–62. https://doi.org/10.19131/rpesm.380

Alves, S. (2025). *Programa de Aconselhamento em Enfermagem de Saúde Mental Perinatal.* [Tese de doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://hdl.handle.net/10216/164884

Alves, S. P., Ribeiro, I., Néné, M., Sequeira (2024). Perinatal mental health nurse counselling programme: a pilot study. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, *15*(ESP15), -. https://doi.org/10.29352/mill0215e.35142

Amaglo, E. (2022). Managing boundaries and multiple relationships in counselling and psychotherapy. *Global Journal of Psychology*, *2*(1), 1–11. https://doi.org/10.51594/gjp.v2i1.361

Amaral, L. H., & Caponi, S. (2020). Novas abordagens em psiquiatria no século XXI: A escola como lócus de prevenção e promoção em saúde mental. *Revista Ibero-Americana de Estudos Em Educação*, *15*(5), 2820–2836. https://doi.org/10.21723/riaee.v15iesp5.14560

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Anderson, T. L., Valiauga, R., Tallo, C., Hong, C. B., Manoranjithan, S., Domingo, C., Paudel, M., Untaroiu, A., Barr, S., & Goldhaber, K. (2024). Contributing factors to the rise in adolescent anxiety and associated mental health disorders: A narrative review of current literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *38*(1), 84–96.

https://doi.org/10.1111/jcap.70009

Aponte, H. J. (2021). The soul of therapy: The therapist's use of self in the therapeutic relationship. *Contemporary Family Therapy*, 44(2), 136–143. https://doi.org/10.1007/s10591-021-09614-5

Araujo, C., Marques, B. D., Carolina, A., Gabriele, V., Magalhães, C., Camila, C., B., & Augusto, V. (2025). Intervenções terapêutico-ocupacionais junto a pessoa idosa em uma instituição de longa permanência: Uma análise da prática. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO*, *9*(3), 3525–3531. https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto60631

Ariadna María, A. N., Marín Morales, L. S., & Cárdenas Tunjano, N. (2022). Uso de la aromoterapia durante el posparto: Revisión de la literatura [Use of aromotherapy during postpartum: A review of the literature]. *Enfermería Investiga*, *7*(2), 49–55. https://doi.org/10.31243/ei.uta.v7i2.1613.2022

Assembleia da República. (2018). *Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto. Diário da República* (1.ª série, n.º 156). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/49-2018-116043536

Asurlekar, A. (2025). Handover practices for psychiatric admissions: A retrospective review of communication gaps. *BJPsych Open*, *11*(S1), S180–S180. https://doi.org/10.1192/bjo.2025.10469

Azevedo, J. P. B. (2022). Autonomy of individuals with alcohol-related disorders: Informed consent. *Revista Bioética*, *30*(4), 791–804. https://doi.org/10.1590/1983-80422022304570en

Azevedo, S. F. D., da Silva Firmino dos Santos, L., Alencar Lucietto, D.,

Antunes Cortez, E., Maria Messias, C., & Virgínia da Silva, M. (2022). Implementação da consulta de enfermagem do adolescente em um ambulatório escola: Relato de experiência. *Saúde Em Redes*, *8*(sup2), 41–57. https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8nsup2p41-57

Aznar-Huerta, A., Moreno-Poyato, A. R., Cardó-Vila, G., Vives-Abril, T., & Leyva-Moral, J. M. (2024). Understanding the process of acceptance within the nurse–patient therapeutic relationship in mental health care: A grounded theory. *Healthcare*, *12*(22), 2233. https://doi.org/10.3390/healthcare12222233

Baldwin, D. S. (2022). Clinical management of withdrawal from benzodiazepine anxiolytic and hypnotic medications. *Addiction*, *117*(5), 1472–1480. https://doi.org/10.1111/add.15695

Barbosa, L. L., & Carvalho, R. F. de. (2020). O enfoque lúdico nas intervenções educativas em saúde bucal para idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Extensão Universitária*, *11*(2), 189–197. https://doi.org/10.36661/2358-0399.2020v11i2.11091

Barbosa, V. R. A. (2024). Itinerâncias, fluxos e protocolo de assistência psicológica a gestantes e puérperas internadas em leitos de saúde mental de maternidade de alto risco, em Teresina, Piauí. *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, *22*(1), 2251–2271. https://doi.org/10.55905/oelv22n1-117

Baziyants, G. A., Dodge, K. A., Goodman, W. B., Bai, Y., Murphy, R. A., & O'Donnell, K. (2025). Promoting long-term parent and caregiver mental health through universal postnatal nurse home visiting: Intervention effects and mechanisms of action. *Prevention Science*, *26*(6), 921–931.

https://doi.org/10.1007/s11121-025-01827-6

Beckers, T., Koekkoek, B., Tiemens, B., & Hutschemaekers, G. (2020). Measuring social support in people with mental illness: A quantitative analysis of the Social Network Map. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(10), 916–924. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1744205

Benner, Patricia. 2005. De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Lisboa: Quarteto.

Beyene, L. S., Strand, E. B., Misund, A. R., Barder, H. E., Brente, T. L., & Størksen, H. T. (2024). Conceptualizing healthcare professionals' relational competence in mental healthcare: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7, 100266. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100266

Biringer, E., Hove, O., Johnsen, Ø., & Lier, H. Ø. (2020). "People just don't understand their role in it." Collaboration and coordination of care for service users with complex and severe mental health problems. *Perspectives in Psychiatric Care*, *57*(2), 900–910. https://doi.org/10.1111/ppc.12633

Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(18), 125–132. https://doi.org/10.12707/riv18015

Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B., Hesook, S. K., & Kleppe, L. C. (2021). Social support and *recovery* from mental health problems: A s*coping* review. *Nordic Social Work Research*, *12*(5), 666–697. https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553

Brooks, C. P., Johnston, I., & Gilson, E. (2024). On being open in closed places: Vulnerability and violence in inpatient psychiatric settings. *Nursing Philosophy*, *26*(1), e70005. https://doi.org/10.1111/nup.70005

Brunner, E., Chen, C.-Y. A., Klein, T., Maust, D., Mazer-Amirshahi, M., Mecca, M., Najera, D., Ogbonna, C., Rajneesh, K. F., Roll, E., Sanders, A. E., Snodgrass, B., VandenBerg, A., Wright, T., Boyle, M., Devoto, A., Framnes-DeBoer, S., Kleykamp, B., Norrington, J., & Lindsay, D. (2025). Joint clinical practice guideline on benzodiazepine tapering: Considerations when risks outweigh benefits. *Journal of General Internal Medicine*, *40*, 1–17. https://doi.org/10.1007/s11606-025-09499-2

Burger, M., Hoosain, M., Einspieler, C., Unger, M., & Niehaus, D. (2020). Maternal perinatal mental health and infant and toddler neurodevelopment - Evidence from low and middle-income countries. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *268*, 158–172. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.023

Caetano, A. B. (2020). *Preocupações maternas em primíparas durante os primeiros 6 meses de pós-parto.* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://hdl.handle.net/10216/129636

Cai, W., & Wang, J. (2025). Preventive effects of light music on postpartum anxiety and depression in primiparous women. *Noise and Health*, *27*(127), 358–366. https://doi.org/10.4103/nah.nah_56_25

Camoni, L., Mirabella, F., Sala, L. L., Romano, G., Barbano, G., Cattaneo, M., Cena, L., Paolo Michielin, Ialenti, V., Franco Veltro, Cascavilla, I., Re,

D. D., Palumbo, G., & Antonella Gigantesco. (2021). Feasibility and effectiveness of the Australian perinatal mental health approach in the Italian health services: progress and challenges. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, *57*(1), 74–82. https://doi.org/10.4415/ann_21_01_08

Candeias, A. L. S. (2022). *Os enfermeiros e os cuidados aos alienados nos finais do século XIX: o caso do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Handle.net. http://hdl.handle.net/10400.14/39636

Candeias, A., Macedo, E., Esteves, A., & Sá, L. (2021). Legislar para proteger: Lei Sena, a primeira lei de saúde mental em Portugal (1889). *Revista de Enfermagem Referência*, *V Série*(5), 1–8. https://doi.org/10.12707/RV20103

Caroline van Genk, Roeg, D., Maaike van Vugt, Jaap van Weeghel, & Tine Van Regenmortel. (2023). Current *insight*s of community mental healthcare for people with severe mental illness: A s*coping* review. *Frontiers in Psychiatry*, *14*, 1156235. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1156235

Carpi-Souza, O., Silva, C. E. C., & Costa-Ercolin, L. T. (2022). A formação do profissional em saúde: Verticalidade dos saberes e o seu impacto no apoio à amamentação. *Revista Científica Semana Acadêmica*, *10*(224), 1–7. https://doi.org/10.35265/2236-6717-224-12200

Castro, R. C. L. de, & Knauth, D. R. (2021). Associação entre a abordagem médica centrada na pessoa e a satisfação com a consulta em atenção

primária à saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família E Comunidade*, *16*(43), 2702https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2702

Cecilie Høgh Egmose, Chalotte Heinsvig Poulsen, Siv-Therese Bogevik Bjørkedal, & Lene Falgaard Eplov. (2024). The “Paths to everyday life” (PEER) trial – a qualitative study of mechanisms of change from the perspectives of individuals with mental health difficulties participating in peer support groups led by volunteer peers. *BMC Psychiatry*, *24*(1), 533. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05992-w

Cegolon, A., & Jenkins, A. (2022). Older adults, cognitively stimulating activities and change in cognitive function. *International Journal of Lifelong Education*, 41(4-5), 1–15. https://doi.org/10.1080/02601370.2022.2082574

Chambers, M., McAndrew, S., Nolan, F., Thomas, B., Watts, P., & Kantaris, X. (2021). Measuring therapeutic engagement in acute mental health inpatient environments: the perspectives of service users and mental health nurses. *BMC Psychiatry*, *21*(1), 570. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03561-z

Chen, H.-H., & Chien, L.-Y. (2020). A comparative study of domestic decision-making power and social support as predictors of postpartum depressive and physical symptoms between immigrant and native-born women. *PLOS ONE*, *15*(4), e0231340. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231340

Chen, X., Yao, L., & Pi, X. (2025). Exploration of intervention strategies for alleviating maternal separation anxiety from the perspective of obstetrics and neonatology collaboration. *Medicine*, *104*(24), e42688.

https://doi.org/10.1097/md.0000000000042688

Chicoine, G., Côté, J., Pepin, J., Boyer, L., Rouleau, G., & Jutras-Aswad, D. (2022). Experiences and perceptions of nurses participating in an interprofessional, videoconference-based educational programme on concurrent mental health and substance use disorders: a qualitative study. *BMC Nursing*, *21*(1), 177. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00943-w

Chrétien, S., Giroux, I., Smith, I., Jacques, C., Ferland, F., Sévigny, S, & Bouchard, S. (2025). Emotional regulation in substance-related and addictive disorders treatment: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, *41*, 353–448. https://doi.org/10.1007/s10899-024-10366-8

Christensen, L. F., Heuckendorff, S., Fonager, K., & Overgaard, C. (2020). *Impact of maternal mental health problems on perinatal outcomes for the infant. European Journal of Public Health, 30(Supplement_5)*. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.129

Chuffo Siewert, R., Cline, M., & Segre, L. S. (2015). mplementation of an innovative nurse-delivered depression intervention for mothers of NICU infants. *Advances in Neonatal Care*, *15*(2), 104–111. https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000146

Chukwuere, P. C., Zenani, N. E., Mthimunye, K., Godbold, R., & Shahrour, G. (2025). The integration and associated challenges of mental health competencies in undergraduate nursing education: A scoping review. *BMC Nursing*, 24(1). https://doi.org/10.1186/s12912-025-02942-z

Cipriano, G., Peluso, P. R., Bright, E., & Hutarkova, B. (2025). Applying affect coding and dynamical systems mathematical modeling to

understanding the role of emotional expression on the therapeutic relationship across an entire course of substance abuse treatment. *Frontiers in Human Neuroscience*, *19*. https://doi.org/10.3389/fnhum.2025.1544437

Choe, K., Kwon, S., & Kim, S. (2022). How do Ethically Competent Nurses Behave in Clinical Nursing Practice? A Qualitative Study. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4461–4471. https://doi.org/10.1111/jonm.13884

Coates, D., & Foureur, M. (2019). The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(4), 389–405. https://doi.org/10.1111/hsc.12740

Collin, V., Meiring, S., Noden, S., Barber, S., & Hayhoe, B. W. J. (2025). Training health and social care professionals in multidisciplinary team working: A document analysis of undergraduate educational requirements. *Journal of Interprofessional Care*, *39*(3), 1–11. https://doi.org/10.1080/13561820.2025.2469298

Costa, M., Silva, A., Santos, C., & Cunha, D. (2025). O papel do silêncio na comunicação em cuidados paliativos: Revisão narrativa. *RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, *7*, 233–244. https://doi.org/10.61415/riage.338

Crawford, G., & Burns, S. (2020). Confidence and motivation to help those with a mental health problem: experiences from a study of nursing students completing mental health first aid (MHFA) training. *BMC Medical Education*, *20*(1), 111. https://doi.org/10.1186/s12909-020-1983-2

Daehn, D., Rudolf, S., Pawils, S., & Renneberg, B. (2022). Perinatal mental health literacy: Knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public – a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 523. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04865-y

Dagher, R. K., Bruckheim, H. E., Colpe, L. J., Edwards, E., & White, D. B. (2021). Perinatal depression: Challenges and opportunities. *Journal of Women's Health*, *30*(2), 154–159. https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8862

Dagla, M., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., Karagianni, D., Dagla, C., Sotiropoulou, D., Kontiza, E., Kavakou, A.-T., & Antoniou, E. (2021). Women's mental health as a factor associated with exclusive breastfeeding and breastfeeding duration: Data from a longitudinal study in Greece. *Children*, *8*(2), 150. https://doi.org/10.3390/children8020150

Dal'Bosco, E. B., Floriano, L. S. M., Rangel, A. G. S. S., Ribas, M. C., Cavalheiro, A. P. G., Silva, C. L. da, & Cabral, L. P. A. (2021). *Coping* in mental health during social isolation: Analysis in light of Hildegard Peplau. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *75*(2). https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1207

Direção-Geral da Saúde. (2023, 21 de abril). Norma n.º 053/2011: *Abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com declínio cognitivo ou demência.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e*

ciências do comportamento 2023-2030: Plano estratégico. Direção-Geral da Saúde.

Decreto-Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. (2015) *Diário da República* (1ª série, n.º 181, p. 8059-8105). https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf

Decreto-Lei n.º 113/2021 de 14 de dezembro. (2021). *Diário da República* (1.ª série, n.º 240, 104–118). https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/12/24000/0010400118.pdf

Dhmashi, K. M. A., Almutairi, A. A. E., Alanazi, F. H. A., Alanazi, A. D. M., Msaud, R. A., & Aljuwaee, M. I. (2025). Comprehensive care approaches in psychiatric nursing: Evidence-based strategies for optimal patient outcomes. *Journal of Posthumanism*, *5*(9), 1154–1167. https://doi.org/10.63332/joph.v5i9.3399

Dol, J., Mselle, L. T., Campbell-Yeo, M., Mbekenga, C., Kohi, T., McMillan, D., Dennis, C.-L., Murphy, G. T., & Aston, M. (2024). Essential coaching for every mother Tanzania (ECEM-TZ): Protocol for a type 1 hybrid effectiveness-implementation randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, *13*, e63454. https://doi.org/10.2196/63454

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, *260*(12), 1743–1748. https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033

Dorey, L., Lathlean, J., Roderick, P., & Westwood, G. (2021). Patient experiences of alcohol specialist nurse interventions in a general hospital, and onwards care pathways. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(4), 1945–1955. https://doi.org/10.1111/jan.14777

Dossett, E. C., Stuebe, A., Dillion, T., & Tabb, K. M. (2024). Perinatal mental health: The need for broader understanding and policies that meet the challenges. *Health Affairs (Millwood, Va.)*, *43*(4), 462–469. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01455

Dubreucq, M., Dupont, C., den, L.-V., Bramer, W. M., Massoubre, C., & Dubreucq, J. (2024). A systematic review of midwives' training needs in perinatal mental health and related interventions. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1345738. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1345738

EAPN Portugal. (2021). Boletim 7: *A saúde mental em Portugal: Um breve retrato epidemiológico*. Observatório Nacional da Luta contra a Pobreza.

Ediz, Ç., & Kavak Budak, F. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: A randomized controlled study. *Rural and Remote Health*, *23*(3), 7553. https://doi.org/10.22605/RRH7553

Ekelöf, T., Tangen, G. A., Nyström, C. D., Löf, M., & Thomas, K. (2025). Mental wellbeing during pregnancy and the transition to motherhood: an explorative study through the lens of healthcare professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 25(1), 337. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07894-5

Ellingsen, D.-M., Isenburg, K., Jung, C., Lee, J., Gerber, J., Mawla, I., Sclocco, R., Jensen, K. B., Edwards, R. R., Kelley, J. M., Kirsch, I., Kaptchuk, T. J., & Napadow, V. (2020). Dynamic brain-to-brain concordance and behavioral mirroring as a mechanism of the patient-clinician interaction.

Science Advances, *6*(43), eabc1304. https://doi.org/10.1126/sciadv.abc1304

Esario IV Daguman, Taylor, A., Flowers, M., Lakeman, R., & Hutchinson, M. (2025). Differentiating therapeutic responses that reduce restrictive practice use and situational aggression in an acute mental health unit. *Journal of Clinical Nursing*, *34*(11), 2458–2468. https://doi.org/10.1111/jocn.17727

Esteves, R., & Amaral, A. (2023). Teor da informação partilhada: Do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. https://doi.org/10.12707/rvi22006

Farewell, C. V., Jewell, J., Walls, J., & Leiferman, J. A. (2020). A mixed-methods pilot study of perinatal risk and resilience during COVID-19. *Journal of Primary Care & Community Health*, *11*, 215013272094407. https://doi.org/10.1177/2150132720944074

Fernandes, S., & Anastácio, Z. C. (2022). Perfil de competência emocional dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria. *Revista INFAD de Psicología: International Journal of Developmental and Educational Psychology,* *1*(2), 127–136. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2022.n2.v1.2450

Ferreira Santos, L., Silva Assunção, G., Bastoni da Silva, J., Silva de Sá, E., de Araujo Araujo, A. C., & Rosa Evangelista, D. (2023). Forças envolvidas na construção da maternagem na pandemia de COVID-19. *Amazônia Science and Health*, *11*(2). https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v11n2p112-126

Filiz Değirmenci, Kadriye Pınar Ambarcioğlu Kisaçam, & Yilmaz, D. V. (2025).

Effects of nonpharmacological interventions on stress, anxiety, and depression of pregnant women: A systematic review and network meta-analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *22*(3). https://doi.org/10.1111/wvn.70034

Fisher, J. (2023). Perinatal mental health issues: Early recognition and management in primary care. *Primary Health Care*, *33*(6), 34–41. https://doi.org/10.7748/phc.2023.e1796

Fisher, J. R., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2010). Innovative psycho-educational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: A before and after controlled study. *BMC Public Health*, *10*(1), 432. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-432

Fisher, J., Rowe, H., Wynter, K., Tran, T., Lorgelly, P., Amir, L. H., Proimos, J., Ranasinha, S., Hiscock, H., Bayer, J., & Cann, W. (2016). Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: Cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, *6*(3), e009396. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009396

Fisher, S. D., Cobo, J., Figueiredo, B., Fletcher, R., Garfield, C. F., Hanley, J., Ramchandani, P., & Singley, D. B. (2021). Expanding the international conversation with fathers' mental health: Toward an era of inclusion in perinatal research and practice. *Archives of Women's Mental Health*, *24*(5), 841–848. https://doi.org/10.1007/s00737-021-01171-y

Fitri, R., & Nursanti, I. (2025). Theory concept of Hildegard Peplau's nursing model in mental nursing care with the risk of violent behavior in the Kutilang ward of the provincial mental hospital Bengkulu in

2025. *Journal educational of nursing(JEN)*, *8*(2), 59–70. https://doi.org/10.37430/jen.v8i2.301

Fonseca, A., Branquinho, M., Monteiro, F., Araújo-Pedrosa, A., Bjørndal, L. D., & Lupattelli, A. (2023). Treatment options and their uptake among women with symptoms of perinatal depression: Exploratory study in Norway and Portugal. *BJPsych Open*, *9*(3), e77. https://doi.org/10.1192/bjo.2023.56

Fosquiera, P., Dal'Maso, V. D., Andrews, L., Marcolino, C., Claudia, A., Brito, Q. V., Almeida, C. R., Padilha, M., Cordeiro, V. M., Amorim, A. S., Cristine, L., Victória, A., Nascimento, T. L., Nascimento, C., & Giselle, J. (2024). Circuitos cerebrais e estimulação cerebral na depressão resistente a tratamento. *Periódicos Brasil*, *3*(2), 228–236. https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.69

Fuchs, K., Vögeli, S., Schori, D., & Haendler-Schuster, D. (2022). Nurses' experiences of an outreach interprofessional mental health service for nursing homes: A qualitative descriptive study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *29*(5), 755–765. https://doi.org/10.1111/jpm.12847

Galvão, A., Gomes, M. J., & Pereira, F. (2021). Benefícios da inteligência emocional e suas implicações para a intervenção em saúde: Empatia e traços de personalidade dos enfermeiros. *Revista INFAD de Psicología: International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, *1*(2), 71–80. https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n2.v1.1947

Garthus-Niegel, S., Benyamini, Y., & Horsch, A. (2021). Editorial: Perinatal

Mental Health: Expanding the Focus to the Family Context. *Frontiers in Psychiatry*, 12 (5), 755–765. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.719053

Garthus-Niegel, S., Radoš, S. N., & Horsch, A. (2022). Perinatal depression and beyond: Implications for research design and clinical management. *JAMA Network Open*, *5*(6), e2218978. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.18978

Gennaro, S., Melnyk, B. M., Szalacha, L. A., Gibeau, A. M., Hoying, J., O'Connor, C. M., Cooper, A. R., & Aviles, M. M. (2024). Effects of two group prenatal care interventions on mental health: An RCT.*American Journal of Preventive Medicine*, *66*(5), 797–808. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.01.005

Gila-Díaz, A., Carrillo, G. H., López de Pablo, Á. L., Arribas, S. M., & Ramiro-Cortijo, D. (2020). Association between maternal postpartum depression, stress, optimism, and breastfeeding pattern in the first six months. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(19), 7153. https://doi.org/10.3390/ijerph17197153

Gökçe İsbir, G., Yılmaz, M., & Thomson, G. (2021). Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(3), 1170–1176. https://doi.org/10.1111/ppc.12867

Golnaz Sadat Ahmadinezhad, Fatemeh Zahra Karimi, Abdollahi, M., & Elham NaviPour. (2024). Association between postpartum depression and breastfeeding self-efficacy in mothers: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *24*(1), 273. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06465-4

Gómez-Soria, I., Iguacel, I., Aguilar-Latorre, A., Peralta-Marrupe, P., Latorre,

E., Zaldívar, J. N. C., & Calatayud, E. (2023). Cognitive stimulation and cognitive results in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104, 104807. https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104807

Gonçalo Cotovio, Ventura, F., Rodrigues, D., Pereira, P., & Oliveira-Maia, A. J. (2023). Regulatory clearance and approval of therapeutic protocols of transcranial magnetic stimulation for psychiatric disorders. *Brain Sciences*, *13*(7), 1029–1029. https://doi.org/10.3390/brainsci13071029

Gonçalves, C. L. da S., Oliveira, A. M. N. de, Jantara, R. D., Gomes, G. C., Silva, M. R. S. da, & Afonso, M. do S. (2020). Conhecimento de profissionais da estratégia saúde da família acerca da depressão pós-parto. *Research, Society and Development*, *9*(7), e337973842. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3842

Goodman, J. H., Guarino, A. J., & Prager, J. E. (2013). Perinatal dyadic psychotherapy. *Journal of Family Nursing*, *19*(3), 295–323. https://doi.org/10.1177/1074840713484822

Grangeiro, S. C. C., & Ravagnan, A. (2024). Clinical decision-making in the nursing profession: A review of the literature. *International Journal of Health Science*, *4*(53), 2–7. https://doi.org/10.22533/at.ed.1594532406064

Grattan, R. E., London, S. M., & Bueno, G. E. (2024). Perceived pressure to breastfeed negatively impacts postpartum mental health outcomes over time. *Frontiers in Public Health*, *12*, 1357965. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1357965

Grebenshchikova, E., & Chuchalin, A. (2021). Respecting patient autonomy:

Voluntary informed consent in modern medicine. *Medical Ethics*, (1), 12–16. https://doi.org/10.24075/medet.2021.001

Gu, P., Chen, Y., & Wu, M. (2025). Impact of humanistic and psychological nursing on postpartum women: A comparative study. Alternative therapies in health and medicine, 31(4),193–199.

Gülten Güleşen, & Gül Dikeç. (2024). The roles of psychiatric nurses in the social rehabilitation of individuals with substance use disorders. *International Journal of Health Services Research and Policy*, *9*(3), 274–283. https://doi.org/10.33457/ijhsrp.1532600

Gutiérrez-Rodríguez, L., García-Mayor, S., León-Campos, Á., Gómez-González, A. J., Pérez-Ardanaz, B., Rodríguez-Gómez, S., Fajardo-Samper, M., Morilla-Herrera, J. C., & Morales-Asencio, J. M. (2022). Competency gradients in advanced practice nurses, specialist nurses, and registered nurses: A multicentre cross-sectional study.*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8415. https://doi.org/10.3390/ijerph19148415

Haines, S., Stanton, R., Anderson, C., & Welch, A. (2024). Ethical challenges for nurses delivering coercive interventions in community mental health settings: A s*coping* review. *International Journal of Mental Health* Nursing, 33(4), 750–759. https://doi.org/10.1111/inm.13290

Hall, S., & Shearer, K. (2025). Applying Peplau's interpersonal relations theory to enhance older adults' health literacy through nursing care: A theory analysis. *Journal of Holistic Nursing: Official Journal of the American Holistic Nurses' Association*, 8980101251345027. https://doi.org/10.1177/08980101251345027

Hakvoort, L., Dikken, J., Cramer-Kruit, J., Nieuwenhuyzen, K. M. - van, van der Schaaf, M., & Schuurmans, M. (2022). Factors that influence continuing professional development over a nursing career: A s*coping* review. *Nurse Education in Practice*, 65, 103481. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103481

Harrison, J. M. (2024). Integrating mental health in perinatal care: Perspectives of interprofessional clinicians. *Health Affairs* (Millwood, Va.), 43(4), 540–547. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01427

Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102(1), 1–9. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490

Hazell Raine, K., Nath, S., Howard, L. M., Cockshaw, W., Boyce, P., Sawyer, E., & Thorpe, K. (2019). Associations between prenatal maternal mental health indices and mother–infant relationship quality 6 to 18 months' postpartum: A systematic review. *Infant Mental Health Journal*, *41*(1), 24–39. https://doi.org/10.1002/imhj.21825

Hegde, P. R., Gautham, M., Kumar, C. N., Manjunatha, N., & Math, S. B. (2025). Clinical practice guidelines for long-stay psychiatric services: Focus on admission procedures, covert medications, and proxy consultations. *Indian Journal of Psychiatry*, *67*(1), 168–180. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_688_24

Hicks, L. M., Ou, C., Charlebois, J., Tarasoff, L., Pawluski, J., Roos, L. E., Hooykaas, A., Fairbrother, N., Carter, M., & Tomfohr-Madsen, L. (2022). Assessment of Canadian perinatal mental health services from

the provider perspective: Where can we improve? *Frontiers in Psychiatry*, *13,* 929496. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.929496

Hormazábal-Salgado, R., Whitehead, D., Osman, A., & Hills, D. (2024). Person-centred decision-making in mental health: A scoping review. *Issues in Mental Health Nursing*, *45*(3), 1–17. https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2288181

Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., & Solon, L. (2013). Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *42*(3), 287–300. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038

Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, *19*(3), 313–327. https://doi.org/10.1002/wps.20769

Hsu, H.-C., Lee, H.-F., Hung, H.-M., Chen, Y.-L., Yen, M., Chiang, H.-Y., Chow, L.-H., Fetzer, S. J., & Mu, P.-F. (2024). Effectiveness of individual-based strategies to reduce nurse burnout: An umbrella review. *Journal of Nursing Management*, *2024*(1), 8544725. https://doi.org/10.1155/2024/8544725

Hutton, U., Delicate, A., Moran, P., Ayers, S., Khan, R., Cheyne, H., Shakespeare, J., Maxwell, M., Hollins, K., Edwards, R. T., Sinesi, A., Meades, R., & Study, A. (2025). Healthcare professionals' views on barriers, facilitators and optimisation of care for perinatal anxiety: A qualitative investigation. *Research Square (Research Square)*. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6156450/v1

Ilda, I. (2023). Arte e saúde mental: A criatividade artística como intervenção terapêutica. *Convergences - Journal of Research and Arts Education, 16*(32), 164–180. https://doi.org/10.53681/c1514225187514391s.32.197

Ionara, R., Santos, Barroso, R. S., Oliveira, M. de, Rocha, E., & Guerra, G. (2025). O impacto da demência na família e a importância do apoio psico-socioemocional. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, *8*(18), e082174. https://doi.org/10.55892/jrg.v8i18.2174

Izzul Hazwan Sulaiman, Taib, A., Tze, J., Mohd, I., & Marhani Midin. (2024). The role of peer support in *recovery* among clients with mental illness attending the psychiatric service in a tertiary hospital in Malaysia: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12888-024-05901-1

Jeste, D. V., Smith, J., Lewis-Fernández, R., Saks, E. R., Na, P. J., Pietrzak, R. H., Quinn, M., & Kessler, R. C. (2025). Addressing social determinants of health in individuals with mental disorders in clinical practice: Review and recommendations. *Translational Psychiatry*, *15*(1). https://doi.org/10.1038/s41398-025-03332-4

Jin, Y., & Murray, L. (2023). Perinatal mental health and women's lived experience of the COVID-19 pandemic: A s*coping* review of the qualitative literature 2020-2021. *Midwifery*, *123*, 103706. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103706

Kakar, G., Mehendale, A. M., Sadh, K., Bakshi, S. S., Bodke, H., & Krishnani, H. (2023). A phenomenal depiction of paranoid schizophrenia with auditory hallucinations: A case report. *Cureus*, *15*(9), e46092.

https://doi.org/10.7759/cureus.46092

Karpa, J., Kenny, A., Thomson, A., Ramage, M., Forsyth, M. G., & Rieger, K. (2025). Experiences and perspectives of families of psychiatric hospitalisation of their adult family member: A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, *34*(4), 1125–1138. https://doi.org/10.1111/inm.70042

Kay, T. L., Moulson, M. C., Vigod, S. N., Schoueri-Mychasiw, N., & Singla, D. R. (2024). The role of social support in perinatal mental health and psychosocial stimulation. *The Yale Journal of Biology & Medicine/Yale Journal of Biology and Medicine*, *97*(1), 3–16. https://doi.org/10.59249/wmge9032

Keiller, E., Melvin, E., Hairston, M., Ivers, Lambie, R., & Bourne, J. (2023). A systematic review of dramatherapy interventions which are used to support adult participants' mental health in forensic settings. *The Arts in Psychotherapy, 86*, 102096. https://doi.org/10.1016/j.aip.2023.102096

Kim, S. J., & Seo, J. M. (2018). Effects of a maternal role adjustment program on first-time mothers. *Korean Journal of Women Health Nursing*, *24*(3), 322. https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.3.322

King, C., Hayes, M., Maldonado, L., Monter, E., Aujla, R., Phlegar, E., Smith, C., Parker, L., Blome, K., Sandford, A., Douglas, E., & Guille, C. (2025). A perinatal psychiatry access program to address rural and medically underserved populations using telemedicine. *BMC Women S Health*, *25*(1), 158. https://doi.org/10.1186/s12905-025-03561-1

Konukbay, D., Öksüz, E., & Guvenc, G. (2024). Breastfeeding self-efficacy in terms of sleep quality, perceived social support, depression and certain

variables: a cross-sectional study of postpartum women in Turkey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *24*(1), 268. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06456-5

Lacerda, M., Santos, M., Tonin, L., & Diogo, P. (2024). Contributo da construção de teorias para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, VI Série*(3), e34542. https://doi.org/10.12707/RVI24.18.34542

Ladyman, C., Sweeney, B., Sharkey, K., Bei, B., Wright, T., Mooney, H., Huthwaite, M., Cunningham, C., Firestone, R., & Signal, T. L. (2022). A s*coping* review of non-pharmacological perinatal interventions impacting maternal sleep and maternal mental health. *BMC Pregnancy and Childbirth, 22*(1), 659. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04844-3

Lagendijk, J., Sijpkens, M. K., Ernst-Smelt, H. E., Verbiest, S. B., Been, J. V., & Steegers, E. A. P. (2020). Risk-guided maternity care to enhance maternal *empowerment* postpartum: A cluster randomized controlled trial. *PLOS ONE*, *15*(11), e0242187. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242187

Laranjeira, C. (2021). Therapeutic Relationship in Mental Health nursing: a S*coping* Review. *European Psychiatry*, *64*(S1), S730–S731. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1935.

Laranjeira, C., Campos, C., Bessa, A., Neves, G., & Marques, M. I. (2019). Mental health recovery through art therapy: A pilot study in Portuguese acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, *40*(5), 399–404. https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1563255

Laranjeira, C., & Querido, A. (2022). Hope-inspiring competence as a high-

quality mental health nursing care in *recovery*-oriented practice. *European Psychiatry*, *65*(S1), S872–S873. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2263

Laureano, C., Laranjeira, C., Querido, A., Dixe, M. A., & Rego, F. (2024). Ethical issues in clinical decision-making about involuntary psychiatric treatment: A s*coping* review. *Healthcare*, *12*(4), 445. https://doi.org/10.3390/healthcare12040445

Lei n.º 147/99, de 1 de setembro Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. (1999). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619. Diário da República n.º 204/1999, Série I-A de 1999-09-01, páginas 6115 – 6132. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619

Lei n.º 112/2009 Prevenção da violência doméstica, à protecção e à assistência das suas vítimas. (2009). https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/112-2009-490247. Diário da República n.º 180/2009, Série I de 2009-09-16, páginas 6550 - 6561. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/112-2009-490247

Lei n.º 35/2023, de 21 de julho: Regime jurídico da saúde mental. Diário da República. Diariodarepublica.pt. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-217416751

Leitão, Cunha, C., Loureiro, J., Guedes, A., Ribeiro, M. J., Loureiro, C., Meira, J., Oliveira, P., Silva, J. R., Ferreira, P. M., & Moreira, A. M. (2024). Clinical and psychosocial impact of psychoeducational groups for psychosis. *European Psychiatry*, *67*(Suppl 1), S717. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1492

Leite, D., Santanita, C., & Reis, T. (2024). Implementing and replicating perinatal mental health programs in Portuguese public hospitals: Protocol of a pilot program. *Revista Portuguesa de Psiquiatria E Saúde Mental*, *10*(2), 54–61. https://doi.org/10.51338/rppsm.498

Liblub, Pringle, K., McLaughlin, K., & Cummins, A. (2024). Peer support and mobile health for perinatal mental health: A s*coping* review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 51(3). 548–560. https://doi.org/10.1111/birt.12814

Lima, A. F. G. de, Barbosa, M. V. R., & Araújo, R. V. (2020). Fatores de risco associados à depressão em gestantes: Revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, *9*(10), e3499108612. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8612

Lima, D. S., & Pereira, R. B. (2020). Pedido de consulta como reflexo da compreensão sobre o trabalho do terapeuta ocupacional. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, *20*(1), 49–60. https://doi.org/10.5354/0719-5346.2020.52382

Lima, M. C., & Gonçalves, T. R. (2020). Apoio matricial como estratégia de ordenação do cuidado em saúde mental. *Trabalho, Educação E Saúde*, *18*(1). e00232. https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00232

Lissek, V., & Suchan, B. (2021). Preventing dementia? Interventional approaches in mild cognitive impairment. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 122, 143–164. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.022

Loura, D., Bernardes, R., Baixinho, C. L., Rafael, H., Félix, I., & Guerreiro, M. (2020). Aprender em projetos de investigação durante a licenciatura em

enfermagem: revisão integrativa da literatura. *New Trends in Qualitative Research*, *3*, 293–304. https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.293-304

Lunga, R.-A., Dina, M.-M., & Rada, C. (2025). The role of executive functions and emotional regulation in substance use – a systematic review. *Anthropological Researches and Studies*, *15*(1), 222–246. https://doi.org/10.26758/15.1.15

Lyne, J., Piacenza, F., Crowley, P., Smyth, J., O'Donoghue, B., Gaynor, K., & Clarke, M. (2025). Negative symptoms in psychosis: A s*coping* review of qualitative studies. *Schizophrenia Research*, *279*, 40–49. https://doi.org/10.1016/j.schres.2025.03.032

Mabunda, N. F. (2024). Nurses' perceptions of involving family members in the care of mental health care users. *Curationis*, *47*(1), e1–e9. https://doi.org/10.4102/curationis.v47i1.2538

Mariano Júnior, E. B. (2026). O papel da escuta ativa no processo terapêutico: Revisão sistemática da literatura. *Congresso Nacional Multidisciplinar*. https://doi.org/10.56238/multicientifica-047

Maciel, F. de O., De Lima, R. R., & Lopes, G. de S. (2023). Os desafios de enfermagem frente as emergências psiquiátricas: Uma revisão integrativa. *Revista Contemporânea*, *3*(12), 26784–26806. https://doi.org/10.56083/rcv3n12-106

Manderius, C., Clintståhl, K., Sjöström, K., & Örmon, K. (2023). The psychiatric mental health nurse's ethical considerations regarding the use of coercive measures: A qualitative interview study. *BMC Nursing*, *22*(1), 423. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01186-z

Mariia Tyshchenko. (2025). Psychodynamics of transference and countertransference in the psychotherapy with sexual trauma. *The Global Psychotherapist*, *5*(1), 59–68. https://doi.org/10.52982/lkj259

Martins, G. M. M., Santos, T. F. A. dos, Lira, G. G., Diniz, L. P. M., Góis, A. R. da S., & Mola, R. (2024). Perception of patients with skin lesions about nursing care in the light of Peplau. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, *22*. Retrieved from https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/1489

McCarter, D. E., Demidenko, E., Sisco, T. S., & Hegel, M. T. (2019). Technology-assisted nursing for postpartum support: A randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing, 75(10), 2223–2235. https://doi.org/10.1111/jan.14114

McLeod, B., Meyer, D., Murray, G., Foley, F., Jones, N., & Thomas, N. (2019). Contact with recovered peers: buffering disempowering service experiences and promoting personal *recovery* in serious mental illness. *BJPsych Open*, *5*(6), e72. https://doi.org/10.1192/bjo.2019.72

McNab, S., Fisher, J., Honikman, S., Muvhu, L., Levine, R., Chorwe-Sungani, G., Bar-Zeev, S., Hailegebriel, T. D., Yusuf, I., Chowdhary, N., Rahman, A., Bolton, P., Mershon, C.-H., Bormet, M., Henry-Ernest, D., Portela, A., & Stalls, S. (2022). Comment: Silent burden no more: a global call to action to prioritize perinatal mental health. *BMC Pregnancy and* Childbirth, 22(1), 406. https://doi.org/10.1186/s12884-022-04645-8

Meleis, A. I. (2010), Transitions Theory: Middle-Range and situation-specific Theories in Nursing Research and Pratice. New York: Springer Publishing Company

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Mendes, L., Oliveira, J., Barbosa, F., & Castelo-Branco, M. (2022). A conceptual view of cognitive intervention in older adults with and without cognitive decline-A systematic review. *Frontiers in Aging*, 3. https://doi.org/10.3389/fragi.2022.844725

Menon, S., Entwistle, V., Campbell, A. V., & van Delden, J. J. M. (2021). How should the “privilege” in therapeutic privilege be conceived when considering the decision-making process for patients with borderline capacity?. *Journal of Medical Ethics*, *47*(1), 79–84. https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105792

Mesquita, A., Costa, R., Bina, R., Cadarso-Suárez, C., Gude, F., Díaz-Louzao, C., Dikmen-Yildiz, P., Osorio, A., Mateus, V., Domínguez-Salas, S., Vousoura, E., Levy, D., Alfayumi-Zeadna, S., Wilson, C. A., Contreras-García, Y., Carrasco-Portiño, M., Saldivia, S., Christoforou, A., Hadjigeorgiou, E., & Felice, E. (2023). A cross-country study on the impact of governmental responses to the COVID-19 pandemic on perinatal mental health. *Scientific Reports*, *13*, 2805. https://doi.org/10.1038/s41598-023-29300-w

Mikšić, Š., Uglešić, B., Jakab, J., Holik, D., Milostić Srb, A., & Degmečić, D. (2020). Positive effect of breastfeeding on child development, anxiety, and postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(8), 2725.

https://doi.org/10.3390/ijerph17082725

Minervino, A. J., Oliveira, M. B. de, Cunha, K. A. L. da, & Bereza, Y. T. A. (2020). Desafios em saúde mental durante a pandemia: relato de experiência. *Revista Bioética*, *28*(4), 647–654. https://doi.org/10.1590/1983-80422020284428

Ministério da Saúde. (2021). *Portaria 311/2021, de 20 de Dezembro*. Diário Da República: *I Série*, n.º 244/2021. https://dre.tretas.org/dre/4740643/portaria-311-2021-de-20-de-dezembro

Miranda, P. I. G., Amaral, J. V., Sales, J. C. e S., Júnior, F. J. G. da S., & Costa, A. P. C. (2021). Actions carried out in primary health care towards people with mental disorders: an integrative review. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, *22*(1), 49–60. https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260496

Močnik, G., Rehberger, A., Smogavc, Ž., Mlakar, I., Smrke, U., & Močnik, S. (2025). Multimodal observable cues in mood, anxiety, and borderline personality disorders: A review of reviews to inform explainable AI in mental health. *Frontiers in Artificial Intelligence, 8*, 1696448. https://doi.org/10.3389/frai.2025.1696448

Moen, Ø. L., & Jacobsen, I. C. R. (2022). School nurses' Experiences in dealing with adolescents having mental health problems. *SAGE Open Nursing*, *8*, 237796082211244. https://doi.org/10.1177/23779608221124411

Mohamed, A. H., Abobaker, R. M., Ibrahim, M. I. T., AlHseinat, M. M., Ali, H. M., Razek, R. A. A., Albougami, A., Berdida, D. J. E., & Elrefaey, S. R.

I. (2025). Effect of nursing intervention based on Ratu's model for preventing postpartum blues and depression among primiparous women: A treatment-control design. *Women's Health*, *21*. https://doi.org/10.1177/17455057251323155

Mohammedamin Hajure, M., Alemu, S. S., Abdu, Z., Tesfaye, G. M., Workneh, Y. A., Dule, A., Hussen, M. A., Wedajo, L. F., & Gezimu, W. (2024). Resilience and mental health among perinatal women: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1373083. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1373083

Molloy, L., Beckett, P., Chidarikire, S., Cutler, N., Isobel, S., Murphy, G., & Zugai, J. (2025). Mental health nurses' enforcement of involuntary care in inpatient settings: A meta-ethnography. *International Journal of Mental Health Nursing*, *34*(3). https://doi.org/10.1111/inm.70044

Monteiro, F. R., Viana, J. M., Paixão, T. P., Silva, L. D., Lima, S. S., & Monteiro, Y. (2022). Existimos, a que será que se destina? Narratividades, cuidado e práticas em saúde - We exist, what is it for? Narrativities, care and practices in health. *Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal*, *9*(13), 146–155. https://doi.org/10.14295/rlapc.v9i13.142

Moore, G., Campbell, M., Copeland, L., Craig, P., Movsisyan, A., Hoddinott, P., Littlecott, H., O'Cathain, A., Pfadenhauer, L., Rehfuess, E., Segrott, J., Hawe, P., Kee, F., Couturiaux, D., Hallingberg, B., & Evans, R. (2021). Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *BMJ*, *374*(1679), n1679. https://doi.org/10.1136/bmj.n1679

Moraes, A. O. dos S., Magalhães, E. I. D. S., Vilela, A. A. F., Kac, G., & Vaz, J. D. S. (2021). Sintomas de ansiedade gestacional e pós-parto e

intenção de amamentar exclusivo até os seis meses: Resultados de uma coorte prospectiva do Rio de Janeiro. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, *16*, e51297. https://doi.org/10.12957/demetra.2021.51297

Morais, A., & Castelo Branco de Oliveira, A. L. (2024). Teoría de Peplau para la teleenfermería con la familia de pacientes con COVID-19. *Revista Cuidarte*, *15*(1). https://doi.org/10.15649/cuidarte.3139

Moran, E., Noonan, M., Mas Mahady Mohamad, & O'Reilly, P. (2023). Women's experiences of specialist perinatal mental health services: a qualitative evidence synthesis. *Archives of Women's Mental Health*, *26(4)*, 453–471. https://doi.org/10.1007/s00737-023-01338-9

Moran, S., Bailey, M., & Doody, O. (2021). An integrative review to identify how nurses practicing in inpatient specialist palliative care units uphold the values of nursing. *BMC Palliative Care*, *20*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00810-6

Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência*, *V*(6), e20133. https://doi.org/10.12707/rv20133

Morgado, T., Loureiro, L., Rebelo Botelho, M. A., Marques, M. I., Martínez-Riera, J. R., & Melo, P. (2021). Adolescents' empowerment for mental health literacy in school: A pilot study on ProLiSMental psychoeducational intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(15), 8022. https://doi.org/10.3390/ijerph18158022

Mosolov, S. N., & Yaltonskaya, P. A. (2022). Primary and secondary negative symptoms in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 766692. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.766692

Mrayyan, M. T., Abunab, H. Y., Khait, A. A., Rababa, M., Al-Rawashdeh, S., Algunmeeyn, A., & Saraya, A. A. (2023). Competency in nursing practice: A concept analysis. *BMJ Open*, *13*(6), e067352. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352

Nemcikova, M., Katreniakova, Z., & Nagyova, I. (2023). Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Frontiers in Public Health*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1104250

Nisar, A., Yin, J., Yiping, N., Lanting, H., Zhang, J., Wang, D., Rahman, A., & Li, X. (2020). Making therapies culturally relevant: translation, cultural adaptation and field-testing of the Thinking Healthy Programme for perinatal depression in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-020-03044-1

None Ika Rahayu, None Falimu, None Prasetio Rumondor, None Hartin Kurniawati, & Adit Mohammad Aziz. (2023). Promoting mental health in the digital age: Exploring the effects of social media use on psyhcological well-being. *West Science Interdisciplinary Studies*, *1*(6), 239–247. https://doi.org/10.58812/wsis.v1i6.95

Noonan, M., Galvin, R., Doody, O., & Jomeen, J. (2016). A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 545–557. https://doi.org/10.1111/jan.13155

Nunes, L. (2016). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. [Conference Session] Encontro 2014 Do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental E Psiquiátrica], Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Setúbal. http://hdl.handle.net/10400.26/15263

Oliveira, L.C. C. de, Batagliotti, G. G. e Queija, C. C. S. (2025). Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto: impactos no vínculo mãe-bebê e no cuidado neonatal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences,* 7(7), 1560–1572. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n7p1560-1572

Oliveira, L. S., Oliveira, L. K. P., Rezende, N. C. C. G., Pereira, T. L., & Abed, R. A. (2020). Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Brazilian Journal of Health Review*, *3*(2), 2850–2869. https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-128

Oliveira, N. M. A. de, & Ávila, L. K. de. (2021). Fatores de risco para a depressão pós-parto e intervenções de enfermagem para a prevenção [Risk factors for postpartum depression and nursing treatments for prevention]. *Arquivos Médicos Dos Hospitais E Da Faculdade de Ciências Médicas Da Santa Casa de São Paulo*, *66*, 1 of 13–1 of 13. https://doi.org/10.26432/1809-3019.2021.66.006

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa:

Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCESaudeMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Regional Sul, Conselho de Enfermagem Regional. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/2%C2%BA%20Concurso%20Padr%C3%B5es%20de%20Qualidade_2015/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015) Regulamento nº 190/2015, de 6 de março. Lisboa Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental Lisboa. Ordem Dos Enfermeiros. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/129-2011-3477018

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Lisboa. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Promoção de Literacia em Saúde Mental Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde. https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/10/Guia-Orientador-de-Boas-Praticas-de-Promocao-de-Literacia-em-Saude-Mental.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica De enfermagem. https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/10/Guia-Orientador-de-Boas-Praticas-de-Promocao-de-Literacia-em-Saude-Mental.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2026). *Regulamento Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros.* https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/454-2026-1095311111

Organização Mundial da Saúde. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. https://www.who.int/publications/i/item/9241562943

Organização Mundial da Saúde. (2022). World mental health report: transforming mental health for all. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

Otaviano, D., Otaviano, J. V., Otaviano, J., & Oliveira, N. (2020). Terapia

Comunitária Integrativa: uma prática mobilizadora de autocuidado e educação emocional e saúde integral para estudantes do curso de medicina. *Temas Em Educação E Saúde*, *16*(esp. 1), 422–431. https://doi.org/10.26673/tes.v16iesp.1.14321

Owusu, E., Shalaby, R., Elgendy, H., Mao, W., Shalaby, N., Agyapong, B., Nichols, A., Eboreime, E., Nkire, N., Lawal, M. A., & Agyapong, V. I. O. (2023). Comparison of resilience, personal *recovery*, and quality of life measures pre- and post-discharge from inpatient mental health units in Alberta: Analysis of Control Group Data from a Randomized Trial. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *11*(22), 2958. https://doi.org/10.3390/healthcare11222958

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, *372*(71). https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Palmira, Neto, S., Pinto, F., & Carneiro, B. (2023). “A beautiful mind” – Promoção da literacia em saúde mental. *Revista ROL de Enfermería*, *46*(Suplemento 03), 10–15. https://doi.org/10.55298/rol2023.4623

Pan, W.-L., Lin, L.-C., Kuo, L.-Y., Chiu, M.-J., & Ling, P.-Y. (2023). Effects of a prenatal mindfulness program on longitudinal changes in *stress*, anxiety, depression, and mother-infant bonding of women with a tendency to perinatal mood and anxiety disorder: A randomized

controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*(1), 547. https://doi.org/10.1186/s12884-023-05873-2

Pardossi, S., Cuomo, A., Gualtieri, G., Pinzi, M., Giuditta Piumini, & Fagiolini, A. (2025). Valproate-Enhanced Protocols for Alcohol Withdrawal Syndrome: A Brief Review and Retrospective Study of Efficacy and the Ability to Reduce Benzodiazepine Use. *Pharmaceuticals*, *18*(6), 855–855. https://doi.org/10.3390/ph18060855

Pathak, J. V., Kulkarni, M. M., & Kulkarni, K. (2024). Assessing the impact of expressive arts therapy on enhancing self-compassion in individuals with substance use disorder. Paripex - *Indian Journal of Research*, 13(5), 36–38. https://doi.org/10.36106/paripex

Pereira, C. F., Vargas, D. de, & Beeber, L. S. (2023). An anxiety management intervention for people with substance use disorders (ITASUD): An intervention mapping approach based on Peplau's theory. *Frontiers in Public Health*, *11*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1124295

Peruzzo, H. E., Marcon, S. S., Silva, Í. R., Haddad, M. do C. F. L., Peres, A. M., Costa, M. A. R., Teston, E. F., Batista, V. C., Peruzzo, H. E., Marcon, S. S., Silva, Í. R., Haddad, M. do C. F. L., Peres, A. M., Costa, M. A. R., Teston, E. F., & Batista, V. C. (2022). Intervenção educativa sobre competências gerenciais com enfermeiros da estratégia saúde da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, *35*. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao015634

Pessagno, R. A., & Hunker, D. (2012). Using short-term group psychotherapy as an evidence-based intervention for first-time mothers at risk for postpartum depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, *49*(3), 202–

209. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00350.x

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: S*coping* Reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12

Petya Vicheva, Osborne, C., Krieg, S. M., Ahmadi, R., & Shotbolt, P. (2024). Transcranial magnetic stimulation for obsessive-compulsive disorder and post-traumatic *stress* disorder: A comprehensive systematic review and analysis of therapeutic benefits, cortical targets, and psychopathophysiological mechanisms. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *136*, 111147. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2024.111147

Pezley, L., Cares, K., Duffecy, J., Koenig, M. D., Maki, P., Odoms-Young, A., Clark Withington, M. H., Lima Oliveira, M., Loiacono, B., Prough, J., Tussing-Humphreys, L., & Buscemi, J. (2022). Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. *International Breastfeeding Journal*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s13006-022-00501-9

Pietrzykowski, T., & Smilowska, K. (2021). The reality of informed consent: empirical studies on patient comprehension—systematic review. *Trials*, *22*(1), 1–8. https://doi.org/10.1186/s13063-020-04969-w

Pimentel dos Santos, F., Cobucci, A., Dickie, P., & De Oliveira Silva, D. (2021). Fragilidades no contexto do atendimento ao pré-natal de alto risco. *Saúde Em Redes*, *7*(2), 201–208. https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n2p201-208

Pinto, A. C., & Mota, L. A. (2023). Evidence-based practice instruments for

nurses validated for Portugal: S*coping* review protocol. RevSALUS - *Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1). https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487

Phaneuf, Margot. 2005. Comunicação. Entrevista. Relação de Ajuda e Validação. Loures: Lusociência.

Pisavadia, K., Spencer, L. H., Tuersley, L., Coates, R., Ayers, S., & Edwards, R. T. (2024). Health economic evaluations of preventative care for perinatal anxiety and associated disorders: a rapid review. *BMJ Open*, *14*(2), e068941. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068941

Porcel, G. S., & Silva, M. (2023). O cuidado de enfermagem à gestante com depressão: revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas*, *19*(2), 120–130. https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.190898

Pounds, K. G., & Newton, M. (2025). The essential triad of the nurse-patient-interpreter relationship with non-English-speaking patients in psychiatric mental health nursing practice. *Journal of Nursing Education and Practice*, *15*(5), 11–11. https://doi.org/10.5430/jnep.v15n5p11

Pradelli, L., Risoli, C., Summer, E., Bellini, G., Mozzarelli, F., Anderson, G., Guasconi, M., Artioli, G., Bonacaro, A., & Sarli, L. (2025). Healthcare professional perspective on barriers and facilitators of multidisciplinary team working in acute care setting: A systematic review and meta-synthesis. *BMJ Open*, *15*(3). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-087268

Prandini, N. R., Souza, S. R. R. K., Resende, A. C. A. P., Freitas, E. A. M. de, Serrato, J. T., & Skupien, S. V. (2022). Saúde mental de puérperas

durante a pandemia covid-19: revisão integrativa. *Aquichan*, *22*(2), e2227. https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.2.7

Precious Chibuike Chukwuere. (2023). Connecting and Attuning Mental Health Care for Adolescent Patients: The Role of Presence Practice. *SAGE Open Nursing*, *9*. https://doi.org/10.1177/23779608231193758

Rahman, R., Rahman, M., & Haque, S. E. (2021). *Empowerment* dimensions and their relationship with continuum care for maternal health in Bangladesh. *Scientific Reports*, *11*(1). https://doi.org/10.1038/s41598-021-98181-8

Ramalho Neto, J. M., Marques, D. K. A., Fernandes, M. das G. M., & da Nóbrega, M. M. L. (2016). Meleis' nursing theories evaluation: Integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 162–168. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i

Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, *168*(1). https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104376

Reis, T., Leite, D., & Serra, M. (2022). Establishment of a perinatal mental health programme in a portuguese public hospital. *European Psychiatry*, *65*(S1), S862–S863. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2236

Remmers, A. (2023). Transference and Countertransference. *The Global Psychotherapist*, *3*(1), 75–79. https://doi.org/10.52982/lkj183

Ribeiro, L. de O., & Almeida, É. J. R. de. (2020). Ortotanásia: O papel do enfermeiro e a adoção de terapias alternativas em pacientes terminais.

[Orthothanasia: The nurses' role and the adoption of alternative therapies in terminally ill patients]. *Brazilian Journal of Health Review*, *3*(6), 17290–17311. https://doi.org/10.34119/bjhrv3n6-150

Riegel, F., Unicovsky, M. A. R., Nascimento, V. F. do, & Escobar, O. J. V. (2023). Filosofia e processo de enfermagem: uma reflexão das bases teórico filosóficas na prática clínica de enfermagem. *Enfermagem Em Foco*, *14*. https://doi.org/10.21675/2357-707x.2023.v14.e-202359

Røhder, Anne Kristine Aarestrup, Mette Skovgaard Væver, Rikke Kart Jacobsen, & Schiøtz, M. (2022). Efficacy of a randomized controlled trial of a perinatal adaptation of COS-P in promoting maternal sensitivity and mental wellbeing among women with psychosocial vulnerabilities. *Plos One*, *17*(12), e0277345–e0277345. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277345

Rodrigues, N., Rebelo, T., & Coelho, J. V. (2011). Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa. *Psychologica*, *55*, 189–207. https://doi.org/10.14195/1647-8606_55_10

Rodrigues, S., Costa, A. C., Canavarro, M. C. C., & Fonseca, A. (2017). Adaptação da escala de crenças disfuncionais face à maternidade para a população portuguesa: Estudos psicométricos. *Análise Psicológica*, *35*(3), 395–407. https://doi.org/10.14417/ap.1334

Rodríguez Tejada, A., & Torres Tejera, M. E. (2024). Estrategias no farmacológicas en el tratamiento de la ansiedad. *Atención Primaria Práctica*, *6*(2), 100193. https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100193

Rodríguez-Gallego, I., Vila-Candel, R., Corrales-Gutierrez, I., Gomez-Baya, D., & Leon-Larios, F. (2024). Evaluation of the impact of a midwife-led breastfeeding group intervention on prevention of postpartum depression: A multicentre randomised clinical trial. *nutrients*, *16*(2), 227. https://doi.org/10.3390/nu16020227

Rodríguez-Nogueira, Ó., Leirós-Rodríguez, R., Pinto-Carral, A., Álvarez-Álvarez, M. J., Morera-Balaguer, J., & Moreno-Poyato, A. R. (2022). The association between empathy and the physiotherapy–patient therapeutic alliance: A cross-sectional study. *Musculoskeletal Science and Practice*, *59*(1), 102557. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2022.102557

Rossmann, C. O., Cardoso, A. P. de L., Cardoso, V. G., & Cruz, J. R. (2024). Impactos da depressão pós-parto na amamentação exclusiva: Uma revisão integrativa. *RCMOS - Revista Científica Multidisciplinar O Saber*, *1*(2). https://doi.org/10.51473/rcmos.v1i2.2024.739

Sacilotto, E., Salvato, G., Villa, F., Salvi, F., & Bottini, G. (2022). Through the looking glass: A s*coping* review of cinema and video therapy. Frontiers in Psychology, 12. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.732246

Saeed, A., Nahdi, A., Rajih, M., Barqi, A., Bin, B., Alshamrani, M., Alshammari, M., Anazi, H., Almutairi, M., Enezi, H., Alsadah, H., Qahtani, M., & Asiri, A. (2025). Advancements in nursing practices: Bridging evidence-based care and clinical innovation. *Power System Technology*. https://doi.org/10.52783/pst.1429

Sakuma, T. H., & Vitalle, M. S. D. S. (2020). Programa de Resiliência: Práticas educativas de resiliência: Práticas educativas para a prevenção do

bullying e promoção da saúde mental na adolescência. *Revista Educação - UNG-Ser*, *15*(1), 53. https://doi.org/10.33947/1980-6469-v15n1-4007

Sampaio, Francisco Miguel Correia, Sequeira, Carlos Alberto da Cruz, & Lluch Canut, María Teresa. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 11-18. https://doi.org/10.19131/rpesm.0152

Sampaio, M. L., & Bispo Júnior, J. P. (2021). Towards comprehensive mental health care: Experiences and challenges of psychosocial care in Brazil. *BMC Public Health*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-021-11397-1

Sanhueza-Muñoz, Paravic-Klijn, T., & Lagos, E. (2024). La teoría de las transiciones como paradigma de apoyo al automanejo en personas con condiciones crónicas. Enfermería Actual de Costa Rica, 46. https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i46.53066

Santos, B., Pinho, L., Nogueira, M. J., Pires, R., Sequeira, C., & Montesó-Curto, P. (2024). Cognitive Restructuring during Depressive Symptoms: A S*coping* Review. *Healthcare*, *12*(13), 1–14. https://doi.org/10.3390/healthcare12131292

Santos, S. G. dos. (2020). Atuação do enfermeiro na inclusão de ações de saúde mental na estratégia saúde da família (ESF) [Nurse's performance in the inclusion of mental health actions in the family health strategy (FHS)]. *Brazilian Journal of Development*, *6*(10), 78308–78316. https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-308

Sawyer, A., Kaim, A., Le, H.-N., McDonald, D., Mittinty, M., Lynch, J., &

Sawyer, M. (2019). The effectiveness of an app-based nurse-moderated program for new mothers with depression and parenting problems (emums plus): Pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(6), e13689. https://doi.org/10.2196/13689

Scroggins, Harkins, S. E., Brown, S., Victoria St Clair, LeBron, G. K., & Barcelona, V. (2024). A systematic review of community-based interventions to address perinatal mental health. Seminars in Perinatology, 151945–151945. https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151945

Sebastião, M., Monteiro, A., & Carmaneiro, A. (2024). Promoção da saúde mental materna perinatal: Protótipo de curso de intervenção em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, *VI Série*(3). https://doi.org/10.12707/rvi24.26.34656

Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Beck, C. T. (2010). Screening and Counseling for Postpartum Depression By Nurses. *MCN, the American Journal of Maternal/Child Nursing*, *35*(5), 280–285. https://doi.org/10.1097/nmc.0b013e3181e62679

Segre, L. S., Stasik, S. M., O'Hara, M. W., & Arndt, S. (2010). Listening visits: an evaluation of the effectiveness and acceptability of a home-based depression treatment. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *20*(6), 712–721. https://doi.org/10.1080/10503307.2010.518636

Sequeira, C. (2014). Comunicação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (12), 06-08.

Silva, E. M. V. B., Silva, D., Aparício, G., Bica, I., Albuquerque, C., & Cunha, M. (2020). Promoção da saúde mental das crianças: contributos dos enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, *33*. https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0254

Silva, J. B. da, Fortes, F. L. da S., Paiva, A. do C. P. C., & Tormen, D. (2021). Ressignificação dos saberes e prática- O ensino da saúde mental na graduação de Enfermagem. *Research, Society and Development*, *10*(2), e33610212634–e33610212634. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12634

Silva, M. R. da, Krebs, V. A., Bellotto, P. C. B., Bravo, A. F., Campos, P. M., & Abrão, R. (2022). A atuação da enfermagem frente ao risco de depressão pós parto. *Research, Society and Development*, *11*(8), e54611831227–e54611831227. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31227

Silva, R., Bobrowicz-Campos, E., Santos-Costa, P., Cruz, A. R., & Apóstolo, J. (2021). A home-based individual cognitive stimulation program for older adults with cognitive impairment: A randomized controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.741955

Silveira, J., Soares Ribeiro, N., & Rossi dos Santos, F. (2025). Aliança terapêutica nos contextos de saúde e nos processos de adoecimento. *Revista Da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 28, e003. https://doi.org/10.57167/rev-sbph.2025.v28.543

Simpson, S. G., & Navot, L. (2023). Differentiating authentic versus pseudo vulnerability in therapeutic practice1. *Frontiers in Psychiatry*, *14*(1), 1200981. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1200981

Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Manual - Versão final portuguesa [MoCA: Portuguese Manual – final version]. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Singla, D. R., Lawson, A., Kohrt, B. A., Jung, J. W., Meng, Z., Ratjen, C., Zahedi, N., Dennis, C.-L., & Patel, V. (2021). Implementation and effectiveness of nonspecialist-delivered interventions for perinatal mental health in high-income countries. *JAMA Psychiatry*, *78*(5). https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4556

Sousa, E. P. M. de, & Lucas, P. R. M. B. (2022). A qualidade dos cuidados de enfermagem no ambiente de prática de enfermagem: revisão s*coping*. Global Academic Nursing Journal, 3(3). https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200267

Sousa Gago, J., Matos Pires, A., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., Xavier, M. (2023). Manual para a implementação e desenvolvimento de equipas comunitárias de saúde mental (J. Sousa Gago & M. Xavier, Eds.). Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. doi: 10.34619/9afc-ceib

Sousa, J. M., Farinha, M. G., Lucchese, R., de T., Nunes, F. C., & Lúcia, A. (2025). Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: O que pensam, sentem e fazem os profissionais? *Revista Enfermagem UERJ, 33*, e87334. https://doi.org/10.12957/reuerj.2025.87334

Sousa, R. R. M. de, & Marques, C. C. C. (2025). A relação perniciosa entre

determinantes sociais e transtornos de saúde mental. *Journal Archives of Health, 6*(4), e3251. https://doi.org/10.46919/archv6n4espec-16305

Souza, E. V. de, Nunes, G. A., Silva, C. dos S., Silva Filho, B. F. da, Lapa, P. S., Duarte, P. D., Boery, E. N., Boery, R. N. S. de O., & Sawada, N. O. (2021). Identificação de situações e condutas bioéticas na atuação profissional em saúde. *Revista Bioética*, *29*, 148–161. https://doi.org/10.1590/1983-80422021291455

Söyünmez, S. & Söylemez, N.M. (2024). Nursing care of a child with autism spectrum disorder and family according to Peplau's theory of interpersonal relations: case report. *Journal of Nursing Care Research*, *1*(1), 24–28. https://doi.org/10.51271/jncr-0005

Spadaro, B., Martin-Key, N. A., Funnell, E., & Bahn, S. (2021). M-Health solutions for perinatal mental health: a s*coping* review and appraisal following the MIND framework (Preprint). *JMIR MHealth and UHealth*. https://doi.org/10.2196/30724

Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2022). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction, 118*(1), 30–47. https://doi.org/10.1111/add.16001

Stelios Naxakis, Wafer, M., Syeda Gardezi, Sadia, A., Mujahid, R., & O'Connor, K. (2025). NCHD handover in the acute mental health setting: a quality improvement initiative implementing an electronic handover tool. *BMJ Open Quality*, *14*(1), e002978–e002978. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2024-002978

Stevenson, K., Fellmeth, G., Edwards, S., Calvert, C., Bennett, P., Campbell,

O., & Fuhr, D. C. (2023). *Perinatal common mental health disorders among migrant women: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Public Health,* 33(Supplement_2). https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.262

Su, X., Wu, S., He, H., Lin, C., Lin, S., & Weng, P. (2024). The effect of multimodal care based on Peplau's interpersonal relationship theory on postoperative *recovery* in lung cancer surgery: a retrospective analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12890-024-02874-5

Sun, M., Liu, L., Wang, J., Mengyao Zhuansun, Xu, T., Qian, Y., & Ronnell Dela Rosa. (2023). Facilitators and inhibitors in hospital-to-home transitional care for elderly patients with chronic diseases: A meta-synthesis of qualitative studies. 11. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1047723

Sunil Basukala, Shrestha, O., Thapa, N., Karki, S., Pandit, A., Bikash Bikram Thapa, & Thapa, A. (2023). How informed is informed consent?—Evaluating the quality of informed consent among surgical patients in a tertiary care hospital in Nepal. *PLOS One*, *18*(7), e0288074–e0288074. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288074

Svendsen, M. L., Ellegaard, T., Jeppesen, K. A., Riiskjær, E., & Nielsen, B. K. (2021). Family involvement and patient-experienced improvement and satisfaction with care: a nationwide cross-sectional study in Danish psychiatric hospitals. *BMC Psychiatry*, *21*(190). https://doi.org/10.1186/s12888-021-03179-1

Tachibana, Y., Koizumi, N., Akanuma, C., Tarui, H., Ishii, E., Hoshina, T.,

Suzuki, A., Asano, A., Sekino, S., & Ito, H. (2019). Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: the findings from the Suzaka trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-019-2179-9

Tan, D. G. H., Boo, B. M. B., Chong, C. S., Tan, M. M. L.-L., & Wong, B.-S. (2022). Effectiveness of home-based, non-exercise interventions for dementia: A systematic review. *Frontiers in Aging Neuroscience*, *14*. https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.846271

Teixeira, L. A., Freitas, R. J. M. de, Moura, N. A. de, & Monteiro, A. R. M. (2020). Mental Health needs of adolescents and the nursing cares: integrative review. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *29*. https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0424

Thompson, K. A., White, J. P., & Bardone-Cone, A. M. (2023). Associations between pressure to breastfeed and depressive, anxiety, obsessive-compulsive, and eating disorder symptoms among postpartum women. *Psychiatry Research*, *328*, 115432. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115432

Tinoco-Camarena, J. M., Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T., Roldan-Merino, J., Moreno-Arroyo, M. C., Moreno-Poyato, A., Balaguer-Sancho, J., Agüera, Z., Sánchez-Ortega, M. A., & Hidalgo-Blanco, M. Á. (2022). Effectiveness of the online “dialogue circles” nursing intervention to increase positive mental health and reduce the burden of caregivers of patients with complex chronic conditions. randomized clinical trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *20*(1), 644. https://doi.org/10.3390/ijerph20010644

Tishby, O. (2021). Countertransference—Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, *32*(1), 1–2. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1879404

Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2022). The therapeutic relationship at the heart of nursing care: A participatory action research in acute mental health units. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(15-16). https://doi.org/10.1111/jocn.16606

Tomás, M. A. R., Soares, M. R., Oliveira-Lopes, J. M., Sousa, L. M. M., & Martins, V. L. D. (2025). The influence of nursing handover on nurses' mental health: A s*coping* review. *AIMS Public Health*, *12*(1), 106–123. https://doi.org/10.3934/publichealth.2025008

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., & Lewin, S. (2018). PRISMA Extension for S*coping* Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Tsuji, S., Fujii, K., Ando, M., Katsura, D., Yutaka Yoneoka, Amano, T., Yamada, Y., Noda, M., Nao Kamagahara, Nakai, A., Ozeki, Y., Kimura, F., & Murakami, T. (2021). Impact of a psychiatric nurse specialist as a liaison for pregnant women with mental disorders. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, *253*(2), 95–99. https://doi.org/10.1620/tjem.253.95

Tsunoda, K., Matsumura, K., Hitomi Inano, Hatakeyama, T., Tsuchida, A., &

Hidekuni Inadera. (2023). Association of infants' feeding pattern up to 2 years postpartum with mothers' mental and physical health: The Japan Environment and Children's Study. *Journal of Affective Disorders*, *327*, 262–269. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.106

Tümkaya, M. N., Eroğlu, K., & Karaçam, Z. (2024). The effect of Orem's Self-Care Deficit Theory–based care during pregnancy and postpartum period on health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, *30*(6). https://doi.org/10.1111/ijn.13300

Unhjem, J. V., & Hem, M. H. (2025). Nurse-patient Relationship Boundaries and power: a Critical Discursive Analysis. *Nursing Ethics*, *0*(0). https://doi.org/10.1177/09697330251314093

Vallabhaneni, K., Hazan, J., Donaldson, L., & Johansson, F. (2022). Improving the handover process in a psychiatry liaison setting. *BMJ Open Quality*, *11*(1), e001627. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2021-001627

Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, *30*(1), 17–28. https://doi.org/10.1159/000509119

Ventosa-Ruiz, A., Moreno-Poyato, A. R., Cañete-Massé, C., Júlia Rolduà-Ros, Feria-Raposo, I., Campoverde, K., & Montserrat Puig Llobet. (2024). Impact of collaborative nursing care on health outcomes of mental health day hospital users: A mixed methods study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *32*(3). https://doi.org/10.1111/jpm.13133

Vera San Juan, N., Gronholm, P. C., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M.,

Okuma, A., & Evans-Lacko, S. (2021). R*ecovery* from severe mental health problems: A systematic review of service user and informal caregiver perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.712026

Vidal, D. V., & Corrêa, A. (2020). Bio*feedback*: um recurso terapêutico para os transtornos de ansiedade. *Disciplinarum Scientia - Ciências Da Saúde*, *21*(2), 217–228. https://doi.org/10.37777/dscs.v21n2-018

Vieira, F., Cabral, A., Trancas, B., Almeida, F., Barreto, H., Robalo, P. I., Pimentel, J., Castelão, J., & José, M. (2023). Novos tempos, novas realidades, novas leis: A continuidade, a mudança e os novos-velhos desafios em psiquiatria e saúde mental em Portugal. *Acta Médica Portuguesa, 36*(12), 773–775. https://doi.org/10.20344/amp.20746

Villalba, A. da S., Oliva, A. J. D., & Freiman, B. P. (2025). Propriedades psicométricas da escala de inteligência emocional: Uma revisão sistemática. *ARACÊ, 7*(10), e8995. https://doi.org/10.56238/arev7n10-175

Wall, S., & Dempsey, M. (2022). The effect of COVID-19 lockdowns on women's perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*, *36*(1). https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.06.005

Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: Conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, *22*(1), 25–41. https://doi.org/10.1002/wps.21035

Wang, H., Wu, H., Zhang, Y., & Ding, Q. (2024). WeChat continuity nursing on postpartum depression and quality of life in primipara undergoing cesarean delivery: Original research. *Alternative Therapies in Health*

and Medicine, *30*(12). https://doi.org/10.1080/07370016.2025.2449871

Wang, J. B., Hassan, U., Bruss, J. E., Oya, H., Uitermarkt, B. D., Trapp, N. T., Gander, P. E., Howard, M. A., Keller, C. J., & Boes, A. D. (2024). Effects of transcranial magnetic stimulation on the human brain recorded with intracranial electrocorticography. *Molecular Psychiatry*, *29*. https://doi.org/10.1038/s41380-024-02405-y

Wang, T., Pai, L., Tzeng, Y., Yeh, T., & Teng, Y. (2021). Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, 8(5), 2117–2130. https://doi.org/10.1002/nop2.764

Webb, R. C., & Elaine, et al. (2021). Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 8(6). https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30467-3

Wehrmann, H., Michalowsky, B., Lepper, S., Mohr, W., Raedke, A., & Hoffmann, W. (2021). Priorities and preferences of people living with dementia or cognitive impairment – A systematic review. *Patient Preference and Adherence*, *15*(15), 2793–2807. https://doi.org/10.2147/PPA.S333923

Weiss, N. H., Kiefer, R., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Forkus, S. R., Schick, M. R., & Contractor, A. A. (2021). Emotion regulation and substance use: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 230*, 109131. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109131

Wen, J., Li, M.-Y., Song, P.-P., & Teng, F. (2025). Effectiveness of evidence-

based nursing interventions in the management of patients with schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, *16*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1610260

Wheeler, A., Farrington, S., Sweeting, F., Brown, A., & Mayers, A. (2024). Perceived Pressures and Mental Health of Breastfeeding Mothers: A Qualitative Descriptive Study. *Healthcare*, *12*(17), 1794–1794. https://doi.org/10.3390/healthcare12171794

Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S.-J., & Singh, S. P. (2020). How do *recovery*-oriented interventions contribute to personal mental health *recovery*? A systematic review and logic model. *Clinical Psychology Review*, *76*(0272-7358), 101815. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815

Woofter, R., Clarke, R., Diala, P. C., Altman, M. R., & Afulani, P. A. (2025). Person-centered perinatal health care and *empowerment* during pregnancy, birth, and postpartum: A cross-sectional mixed-methods analysis. *Journal of Midwifery & Women S Health*, *70*(3). https://doi.org/10.1111/jmwh.13760

World Health Organization (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.

Wu, Z., Pandigama, D. H., Wrigglesworth, J., Owen, A., Woods, R. L., Trevor T.-J. Chong, Orchard, S. G., Shah, R. C., Sheets, K. M., McNeil, J. J., Murray, A. M., & Ryan, J. (2023). Lifestyle enrichment in later life and its association with dementia risk. *JAMA Network*, 6(7), e2323690–e2323690. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.23690

Zhu, L., Pan, X., Chen, C., Chen, J., Pan, Y., Chen, X., Zou, Z., & Li, C. (2024).

Knowledge, attitudes, and support needs of obstetric and gynecological nurses and midwives toward perinatal mental health disorders screening in Central China: a multicenter cross-sectional survey. *Frontiers in Public Health*, 12. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1424075

Yan, H., Wu, Y., & Li, H. (2022). Effect of mindfulness-based interventions on mental health of perinatal women with or without current mental health issues: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Affective Disorders, 305. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.002

Yang, J., Liu, F., Yang, C., Wei, J., Ma, Y., Xu, L., Xie, J., & Wang, J. (2025). Application of Donabedian three-dimensional model in outpatient care quality: A s*coping* review. *Journal of Nursing Management*, *2025*(1). https://doi.org/10.1155/jonm/6893336

Yang, X.-H., Wu, L.-F., Yan, X.-Y., Zhou, Y., & Liu, X. (2022). Peplau's interpersonal relationship theory combined with bladder function training on patients with prostate cancer. *World Journal of Clinical Cases*, *10*(9), 2792–2800. https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i9.2792

Yildiz, M. (2021). Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, *58*(1), 77–82. https://doi.org/10.29399/npa.27430

Zanardo, A. B. R., Ventura, C. A. A., & Consule, R. de C. (2021). Vulnerabilidade social e transtornos mentais. *Textos & Contextos (Porto Alegre), 20*(1), e38616. https://doi.org/10.15448/1677-9509.2021.1.38616

Zivin, K., Zhong, C., Rodríguez-Putnam, A., Spring, E., Cai, Q., Miller, A., Johns, L., Kalesnikava, V. A., Courant, A., & Mezuk, B. (2024). Suicide mortality during the perinatal period. *JAMA Network Open*, *7*(6), e2418887–e2418887. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.18887

Zou, C., Divinity Amos-Richards, Jagannathan, R., & Ambar Kulshreshtha. (2024). Effect of home-based lifestyle interventions on cognition in older adults with mild cognitive impairment: a systematic review. *BMC Geriatrics*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12877-024-04798-5

ANEXOS

ANEXO I: Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS – P)

Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS – P

Avaliação das próprias emoções

1. Na maioria das vezes tenho uma boa noção das razões pelas quais tenho certos sentimentos.

2. Compreendo bem as minhas emoções.

3. Compreendo verdadeiramente o que sinto.

4. Sei sempre se estou ou não contente.

Avaliação das emoções dos outros

5. Reconheço as emoções dos meus amigos através do seu comportamento.

6. Sou um bom observador das emoções dos outros.

7. Sou sensível aos sentimentos e emoções dos outros.

8. Compreendo bem as emoções das pessoas que me rodeiam

Uso das Emoções

9. Estabeleço sempre metas para mim próprio, tentando em seguida dar o meu melhor para as atingir.

10. Tenho por hábito dizer a mim próprio que sou uma pessoa competente.

11. Sou uma pessoa que se auto-motiva.

12. Encorajo-me sempre a dar o meu melhor.

Regulação das Emoções

13. Sou capaz de controlar o meu temperamento, conseguindo assim lidar com as dificuldades de forma racional.

14. Consigo controlar bem as minhas emoções.

15. Sou capaz de me acalmar rapidamente quando estou muito irritado.

16. Possuo um bom controlo das minhas emoções.

ANEXO II: Planos de sessão Intervenção Psicoterapêutica: "O Círculo das Emoções"

Local: Centro Hospitalar Conde Ferreira Serviço A10				
Sessão 1 Musicoterapia				
Data: 05/07/2025				
Duração da Sessão: 45-60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Estimular a identificação e expressão de emoções e sentimentos através da música. • Promover a escuta ativa, o relaxamento e a socialização entre os participantes. • Facilitar o reconhecimento da intensidade das emoções • Favorecer a associação entre estímulos musicais e estados emocionais	• Técnica de escuta musical dirigida. •Improvisação sonora com instrumentos simples. •Roda de partilha emocional. •História metafórica final para discussão. •Definição de conceitos a abordar	• Aparelho de som ou coluna Bluetooth. • Lista de reprodução com músicas variadas (alegres, tristes, nostálgicas, calmas, agitadas). • Instrumentos simples: tambor, maracas, pandeireta, chocalhos. •Quadro semanal interativo das emoções	1. Apresentação breve do tema. 2. Os utentes escolhem ou ouvem uma música e associam a uma emoção. 3. Participação opcional com instrumentos (criação de som em grupo). 4. *Debriefing*: "Qual foi a emoção dominante durante a sessão? Mudou com a música?". 5. Posicionamento dos utentes na "emoção dominante" (identificação no quadro semanal interativo das emoções)	• Evitar sons excessivamente intensos. • Adaptar a música ao perfil etário. • Validar a participação mesmo não verbal. • Notar reações emocionais não verbais (sorrisos, lágrimas, agitação)

Local: Centro Hospitalar Conde Ferreira Serviço A10				
Sessão 2 Mímica				
Data: 08/07/2025 e 09/07/2025				
Duração da Sessão: 45-60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Desenvolver a consciência emocional e empatia através do corpo e expressão facial. • Ajudar a reconhecer as emoções do outro. • Favorecer a consciência emocional interna comparando o que se sente com o que se mostra.	• Dinâmica em grupo com recurso a mímica e interpretação de expressões emocionais. • Interação entre pares • Reflexão final em grupo	• Cartões com emoções (alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa, etc.). • Adereços simples (lenços, chapéus, bengalas). • Sala com espaço para movimento. • Cadeiras ou sofás	1. Dinâmica de aquecimento (ex: "imitar um animal com uma emoção"). 2. Dividir os utentes em pares ou trios e atribuir uma emoção a representar. 3. Restantes tentam adivinhar a emoção. 4. Debate sobre a emoção representada. 5. Reflexão final, com partilha das dificuldades e emoções identificadas durante a atividade.	• Acompanhar e apoiar quem tem dificuldade de expressão. • Validar todas as formas de participação (inclusive o silêncio). • Observar alterações de humor ao longo da sessão.

Local: Centro Hospitalar Conde Ferreira Serviço A10				
Sessão 3 Filmoterapia				
Data: 17/07/2025				
Duração da Sessão: 45-60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Identificar emoções e sentimentos nos trechos • Reflexão sobre falhas de comunicação • Promover pensamento critico e empático	• Visualização de trechos de filmes com situações emocionais concretas • Debate guiado sobre as emoções representadas nos trechos • Exploração de diferentes interpretações para a mesma situação	• TV com som. • Trechos de filmes previamente selecionados. • Cadeiras ou sofás	1. Introdução ao tema da sessão – Comunicação e Emoções 2. Visualização dos trechos. 3. Debate sobre “emoções percebidas”; “o que causou mal-entendidos?”;” como se resolveriam?”. 4. Exposição informal e partilha (explicação opcional). 5. Reflexão em grupo “em que situações me senti mal compreendido?”.	• Trechos simples, de linguagem curta e não agressiva • Estimular participação ativa, sem pressionar ou julgar • Respeitar o silencio

Local: Centro Hospitalar Conde Ferreira Serviço A10				
Sessão 4 *Roleplay*				
Data: 23/07/2025				
Duração da Sessão: 45-60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Explorar emoções através da representação de papeis estruturados. • Estimular a reflexão sobre escolhas comportamentais perante emoções intensas. • Treinar respostas assertivas a estímulos emocionais • Explorar alternativas saudáveis para lidar com emoções negativas.	•Representação de papeis • Divisão do grupo para encenar papeis • *Roleplay* com *feedback* coletivo Discussão guiada sobre estratégias usadas e aprendidas	• Guiões pré estruturados • Espaço amplo com cadeiras encostadas. • Cartões com sensações físicas (leve, pesado, tenso, solto). • História adaptada: "Feiticeiro de Oz" (coragem – ação, coração – emoção, cognição - autocontrolo)	1. Aquecimento leve (alongar, respirar, sentir os pés no chão). 2. Introdução a regulação emocional e autocontrolo 3. Explicação da dinâmica e divisão em grupos 4. *Roleplay* com encenação e *feedback.* 5. Discussão em grupo: desafios e estratégias eficazes.	• Situações realistas e relacionadas com o quotidiano dos utentes • Garantir segurança física (sem quedas, hidratação). • Encorajar empatia e respeito durante as encenações • Fornecer *feedback* construtivo e positivo.

ANEXO III: Cronograma da Intervenção Psicoterapêutica: "O Círculo das Emoções"

Data	05/07 (sábado)	08/07 (terça-feira)	09/07 (quarta-feira)	17/07 (quinta-feira)	23/07 (quarta-feira)
GRUPO I	MUSICOTERAPIA 10H30 (Aprox. 45min) Filipe Francisca Raquel	MIMICA 11H30 (Aprox. 45min) Raquel Filipe Francisca		FILMOTERAPIA 16H00 (Aprox. 90min) Filipe Francisca Raquel	ROLEPLAYING (encenação / dramatização) 11H30 (Aprox. 45min) Filipe Francisca Raquel
GRUPO II	MUSICOTERAPIA 11H30 (Aprox. 45min) Filipe Francisca Raquel		MIMICA 11H30 (Aprox. 45min) Luís Raquel Filipe Francisca		ROLEPLAYING (encenação / dramatização) 15H30 (Aprox. 45min) Filipe Francisca Raquel

ANEXO IV: Quadro das Emoções- Recurso Terapêutico de Continuidade

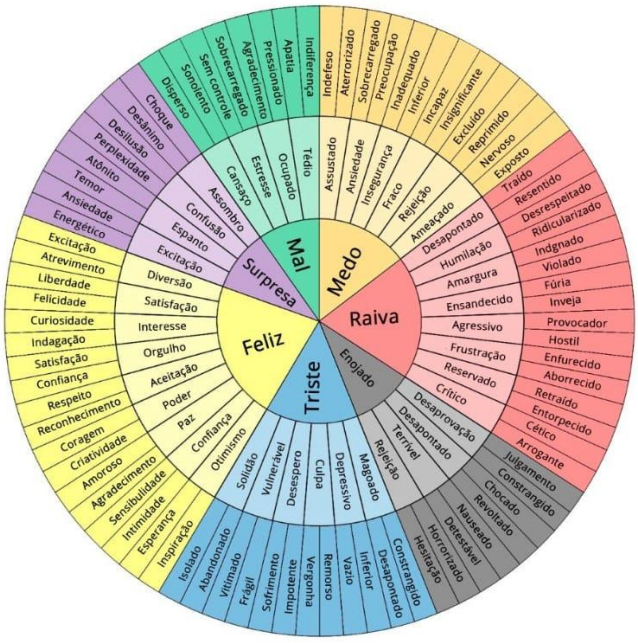
HOJE EU SINTO...

NOMES	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	DOMINGO

MAL
SURPRESA
FELIZ
TRISTE
ENJOADO
RAIVA
MEDO

INSTITUTO PIAGET
Centro Hospitalar Conde de Ferreira
FRANCISCA AUGUSTO | RAQUEL SOUTO | FILIPE PINTO | LUÍS SILVA

HOJE EU SINTO...



INSTITUTO PIAGET
Centro Hospitalar Conde de Ferreira
FRANCISCA AUGUSTO | RAQUEL SOUTO | FILIPE PINTO | LUÍS SILVA

ANEXO V: Descrição Detalhada da Intervenção “O Círculo das Emoções”

Sessão 1 — Musicoterapia

A primeira sessão teve como foco a introdução ao conceito de emoções, utilizando a música como estratégia facilitadora de expressão emocional e reconhecimento afetivo. No contexto da saúde mental, diversas evidências indicam que intervenções mediadas pela música podem contribuir para a diminuição de sintomas como ansiedade, depressão e estados emocionais negativos, favorecendo simultaneamente o reforço da autoestima e a promoção de afetos positivos em pessoas com perturbações mentais (Junior et al., 2022).

Inicialmente, foram ouvidas músicas previamente selecionadas pela equipa, cada uma associada a uma emoção distinta, como alegria, tristeza, raiva ou medo, servindo de base para exploração e discussão em grupo. Esta abordagem permitiu iniciar um diálogo sobre a diferença entre emoções e sentimentos, recorrendo a exemplos da vida dos utentes, que participaram de forma ativa, partilhando histórias, dúvidas e perceções pessoais. Este momento educativo promoveu envolvimento, validou experiências individuais e reforçou a confiança no grupo enquanto espaço seguro de partilha.

A escuta partilhada, seguida de verbalização, revelou-se uma via significativa para aceder a emoções frequentemente difíceis de nomear, como tristeza, saudade ou esperança. No final da sessão, foi proposta uma escolha individual, em que cada utente selecionou uma música com significado pessoal. Observou-se que a música funcionou como mediador emocional, permitindo criar um espaço relacional seguro e não ameaçador, gerador de empatia entre os membros do grupo.

A sessão potenciou afetos positivos, promoveu coesão grupal e ofereceu pistas relevantes sobre o universo emocional de cada participante, posteriormente úteis para orientar as sessões seguintes. A forma como alguns utentes reagiram ao ouvir a “sua música” constituiu também um indicador da sua afetividade e memória emocional. Alguns participantes perguntaram se podiam dançar e fizeram-no espontaneamente, expressando emoções

através do corpo e evidenciando que se sentiam num espaço suficientemente seguro para se expressarem de forma livre.

Foi também apresentado o “Quadro das Emoções”, recurso visual com representações faciais e nomes de diferentes estados emocionais, utilizado ao longo de todas as sessões como suporte na identificação e nomeação das emoções, facilitando a comunicação emocional, particularmente nos utentes com maior dificuldade de verbalização.

Globalmente, esta sessão cumpriu uma dupla função: estabelecer um enquadramento teórico-prático sobre as emoções e criar um ambiente terapêutico seguro, empático e facilitador da participação, essencial para o desenvolvimento das intervenções subsequentes.

Sessão 2 — Mímica

A segunda sessão teve como foco o reconhecimento e a expressão corporal das emoções, através da representação não verbal de sentimentos como alegria, raiva, medo, tristeza ou surpresa. A terapia mediada pelo drama utiliza métodos criativos com o objetivo de facilitar a expressão emocional e promover crescimento pessoal. A utilização de elementos do teatro, como improvisação ou representação, proporciona aos participantes um meio de aceder ao seu mundo interno, permitindo simultaneamente a expressão de emoções de forma autêntica (Cheung et al., 2022).

Através de jogos de mímica, os utentes foram convidados a representar e adivinhar emoções, criando um ambiente simultaneamente lúdico e desafiador. A experiência permitiu observar dificuldades na diferenciação de emoções semelhantes, como raiva e frustração, bem como a tendência para expressar emoções de forma estereotipada ou exagerada, o que gerou reflexão sobre as diferentes formas de comunicar emocionalmente.

A atividade também evidenciou alguns bloqueios expressivos, nomeadamente em utentes com retraimento afetivo, que, mesmo sem participarem ativamente na representação, reagiram através do riso, do olhar

ou de pequenos comentários. A sessão permitiu reforçar a importância da comunicação não verbal na interação social e demonstrou que, mesmo em utentes com défices de linguagem, retraimento ou desorganização do discurso, o corpo continua a constituir um canal expressivo válido e significativo (Močnik et al*.,* 2025).

Sessão 3 — Filmoterapia

A terceira sessão centrou-se na utilização da filmoterapia como ferramenta de acesso simbólico a vivências emocionais e temas relacionais significativos. A utilização do cinema enquanto intervenção terapêutica tem vindo a ser descrita como complemento no tratamento de diferentes condições de saúde mental, podendo contribuir para a diminuição da ansiedade, valorização da autoestima, expressão emocional, autorreflexão e aquisição de competências relacionais e comunicacionais. O processo de identificação dos participantes com personagens e enredos possibilita a exploração indireta de conflitos internos e experiências emocionais significativas (Armen Mekhakyan & Szulc, 2025).

O filme escolhido foi *Up – Altamente*, da Disney Pixar, na versão portuguesa, pela sua carga afetiva, narrativa simbólica e representação de experiências humanas universais, como perda, solidão, amizade, reconexão, mudança e reencontro com o sentido de vida.

Ao longo da visualização, foi notório o envolvimento emocional dos utentes. Muitos verbalizaram espontaneamente os estados emocionais das personagens, com expressões como “ele está triste agora” ou “ficou feliz”, evidenciando empatia e leitura emocional. Observaram-se também momentos de riso partilhado e comentários emocionados perante situações mais comoventes, reforçando o impacto relacional da experiência. Embora o grau de participação tenha variado entre os elementos do grupo, todos demonstraram atenção e interesse, incluindo os utentes com menor expressividade verbal habitual.

Após a visualização, foi promovido um momento de debate em grupo. Os utentes foram convidados a identificar emoções presentes nas personagens e a relacioná-las com vivências próprias, de forma indireta e protegida. A narrativa do filme, particularmente os temas da perda da esposa, solidão, sentimento de inutilidade, resistência inicial à mudança e reencontro com o sentido de vida, funcionou como espelho simbólico para muitos participantes, facilitando a verbalização de sentimentos de tristeza, solidão, frustração e resiliência, sem que se sentissem diretamente expostos.

A sessão permitiu ainda trabalhar competências como escuta ativa, empatia e pensamento crítico. Vários participantes comentaram atitudes das personagens e sugeriram alternativas mais saudáveis para lidar com os conflitos apresentados, demonstrando capacidade de análise e interiorização de aprendizagens trabalhadas anteriormente, nomeadamente estratégias de comunicação e regulação emocional.

De forma global, a filmoterapia revelou-se uma estratégia eficaz para estimular a autorreflexão, reforçar o vínculo grupal e promover a expressão emocional de forma mediada, criando uma ponte entre o mundo interno dos utentes e o universo simbólico das personagens como salienta a literatura (Sacilotto et al*.,* 2021). A escolha do filme mostrou-se adequada à população-alvo, promovendo envolvimento afetivo e aprendizagens terapêuticas significativas.

Sessão 4 — *Roleplay*

A quarta sessão, de encerramento, teve como objetivo consolidar as aprendizagens desenvolvidas nas sessões anteriores, através de uma abordagem experiencial que combinou dramatização de situações do quotidiano com a exploração simbólica de dimensões emocionais centrais, inspiradas na narrativa de *O Feiticeiro de Oz*. Este método lúdico de dramatização segue recomendações de terapias expressivas, demonstrando que intervenções baseadas no drama podem melhorar a saúde mental e o

bem-estar dos participantes, promovendo empatia e *insight* (Jiang et al., 2023).

Numa primeira fase, os utentes foram convidados a participar em pequenos *roleplays* baseados em situações reais e comuns do quotidiano da unidade, tais como:

- “Quiseste participar numa atividade, mas não foste escolhido.”
- “Mexeram nas tuas coisas sem pedir.”
- “Alguém falou contigo de forma ríspida.”
- “A enfermeira demorou a trazer a medicação.”
- “O prato da refeição não é do teu agrado.”
- “Tinhas de fazer a tarefa diária pré-definida, mas não quiseste.”

Estas situações foram inicialmente encenadas de forma espontânea e não regulada, refletindo reações impulsivas, defensivas ou agressivas, semelhantes às observadas em alguns momentos do quotidiano da unidade. Após cada dramatização, foi promovido um espaço de debate em grupo, no qual se analisaram os comportamentos apresentados, os sentimentos subjacentes e as consequências para si e para os outros.

Posteriormente, as mesmas situações foram reinterpretadas, utilizando estratégias de comunicação assertiva, autorregulação emocional e escuta ativa. Os participantes, com apoio do grupo e dos terapeutas, foram convidados a experimentar alternativas mais funcionais, refletindo sobre os efeitos positivos dessas respostas. Este processo evidenciou ganhos ao nível da consciência emocional, autocontrolo, empatia e resolução de conflitos.

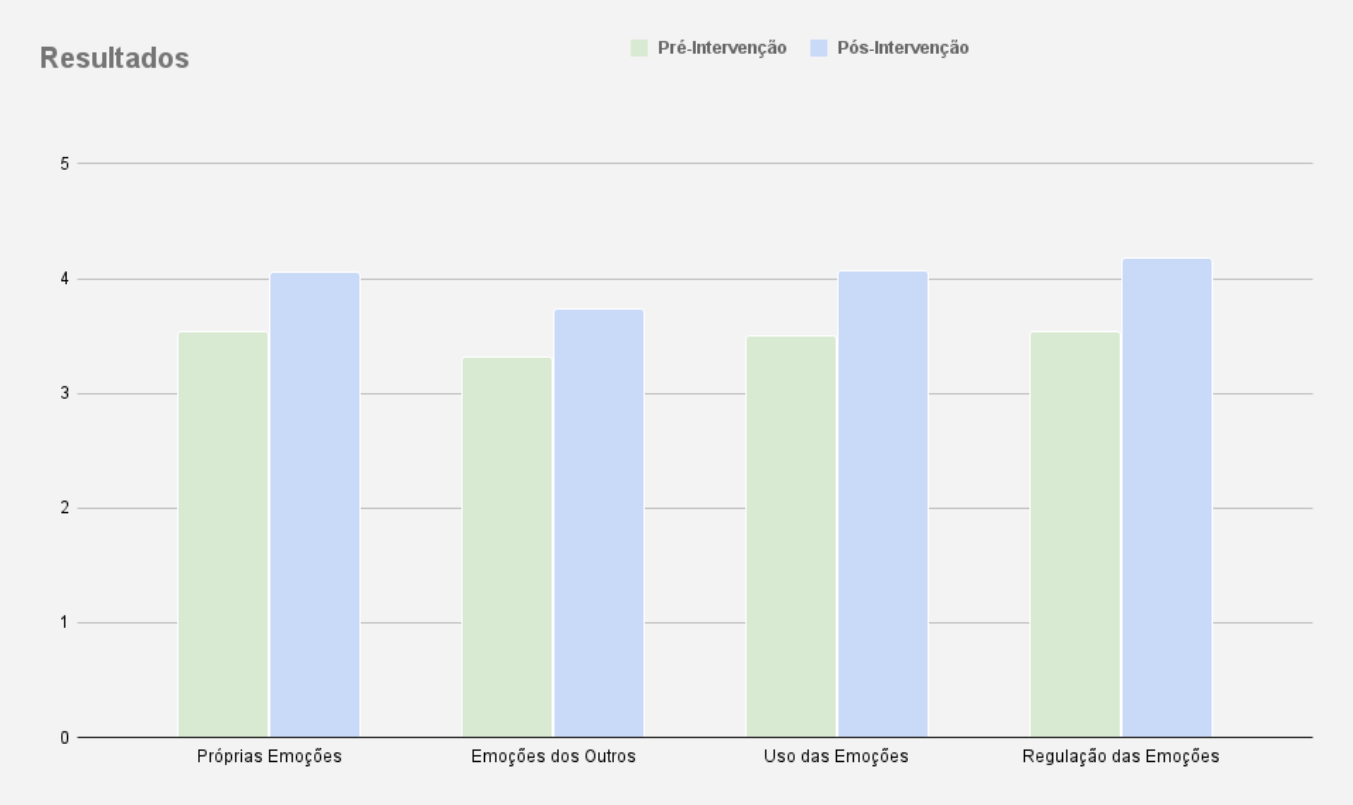
Na segunda parte da sessão, foi proposta a dramatização simbólica da história de *O Feiticeiro de Oz*, em que cada personagem representava uma competência emocional essencial:

- Leão: coragem para lidar com o medo e a exposição emocional;
- Homem de Lata: afetividade e empatia nas relações interpessoais;
- Espantalho: cognição emocional e capacidade reflexiva.

Através desta metáfora terapêutica, foi possível aprofundar o diálogo sobre os recursos emocionais internos de cada participante, promovendo autoexploração num registo lúdico, não ameaçador e mobilizador. A identificação com as personagens desencadeou vivências associadas ao medo, frustração, desejo de aceitação e necessidade de valorização, que foram partilhadas e validadas em grupo.

A sessão permitiu trabalhar, de forma integrada, competências de resolução de conflitos, comunicação funcional e integração emocional, em contexto grupal e protegido. Foi visível progresso na capacidade de alguns utentes reconhecerem os seus próprios padrões de reação e experimentarem, com segurança, formas alternativas de estar e de se relacionar. A dramatização revelou-se um instrumento relevante de reflexão, mudança e simbolização terapêutica, reforçando a coesão do grupo e promovendo aprendizagens transferíveis para a vida quotidiana conforme aponta a literatura (Keiller et al*.,* 2023).

ANEXO VI: Quadro dos Resultados da Intervenção Psicoterapêutica: “O Círculo das Emoções”


Resultados
Pré-Intervenção
Pós-Intervenção
5
4
3
2
1
0
Próprias Emoções
Emoções dos Outros
Uso das Emoções
Regulação das Emoções

ANEXO VII: Avaliação da Sessão da Intervenção Psicoterapêutica: "O Círculo das Emoções"

PIAGET ENSINO SUPERIOR

Centro Hospitalar Conde de Ferreira

Avaliação da Sessão (Musicoterapia – 30/06/2025)

Assinale com um X a carinha que considera adequada para cada pergunta.

	😀 SIM	😟 NÃO
1. Gostou da atividade de hoje?	☐	☐
2. Foi fácil perceber o que aconteceu?	☐	☐
3. Sentiu-se feliz durante a sessão?	☐	☐
4. Conseguiu participar como idealizou?	☐	☐
5. Alguém ajudou quando precisou?	☐	☐
6. Sentiu-se calmo e tranquilo?	☐	☐
7. Gostava de participar noutra sessão idêntica?	☐	☐
8. Divertiu-se com os colegas ou com o que viu?	☐	☐

Sugestões:

Obrigada!

ANEXO VIII: Cronograma do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto

Data	23/09 (terça-feira)	03/10 (sexta-feira)	06/10 (segunda-feira)
Sessões	Expectativas, Medos e Mitos da Parentalidade 10h (Aprox. 60 min)	Relações, Comunicação e Rede de Apoio 14h (Aprox. 60 min)	Autocuidado e Bem-Estar Emocional 14h (Aprox. 60 min)

Data	13/10 (segunda-feira)	20/10 (segunda-feira)	24/10 (sexta-feira)
Sessões	Técnicas e Práticas de Relaxamento 14h (Aprox. 60 min)	Responder às Necessidades do Grupo 14h (Aprox. 60 min)	Roda de Partilha de Encerramento 14h (Aprox. 60 min)

ANEXO IX: Planos de Sessão do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto

Local: UCC da Maia				
Sessão 1 - Expectativas, medos e mitos da parentalidade				
Data: 23/09				
Duração da Sessão: 60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Explorar as expectativas e receios das grávidas/casais • Desconstruir mitos associados à gravidez e ao parto • Promover a normalização de sentimentos ambivalentes	• Dinâmica de grupo (post-its "Expectativa vs Realidade"). Para os participantes online pedir para escrever num papel e depois mostrar • Debate guiado • Psicoeducação breve	• Sala com cadeiras em círculo • Post-its e marcadores • Projetor • Computador	1. Apresentação da sessão e objetivos (5 min). 2. Dinâmica dos post-its: escrever 1 expectativa positiva e 1 receio → colar no painel (15 min). 3. Leitura e discussão coletiva das ideias (15 min). 4. Exposição breve: ansiedade normal vs patológica e tristeza vs depressão (15 min). 5. Debate final e síntese (10–15 min).	• Estimular a partilha voluntária, respeitando os silêncios. • Garantir ambiente seguro e de confiança.

Local: UCC da Maia				
Sessão 2 - Relações, comunicação e rede de apoio				
Data: 03/10				
Duração da Sessão: 60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Promover reflexão sobre impacto da gravidez nas relações. • Valorizar a importância do suporte social. • Treinar estratégias de comunicação assertiva.	• Discussão em grupo. • Exercício de mapeamento da rede de apoio.	• Sala com cadeiras em círculo • Projetor • Computador • Guiões curtos para dramatização. • Papel A3/cartolinas, marcadores.	1. Introdução ao tema (5 min). 2. *Role-playing* com partilha no grande grupo (dramatização de pequenas situações do dia a dia, ex alterações de humor que companheiro não compreende; família que dá muitos palpites, etc.) (20 min) 3. Discussão sobre o papel da família na transição para a parentalidade e estratégias de comunicação assertiva (15 min). 4. Construção do "mapa da rede de apoio" em pares (15 min). 5. Síntese final (10 min).	• Estimular a partilha voluntária, respeitando os silêncios. • Garantir ambiente seguro e de confiança. • Adaptar dramatizações ao nível de conforto do grupo. • Incentivar participação dos companheiros.

Local: UCC da Maia				
Sessão 3 - Autocuidado e bem-estar emocional				
Data: 06/10				
Duração da Sessão: 60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Reforçar a importância do autocuidado na prevenção de ansiedade/depressão. • Estimular a identificação de estratégias simples e acessíveis de bem-estar. • Introduzir o uso do "mini-livro" como recurso prático.	•*Brainstorming*. •Psicoeducação breve. • Atividade prática com elaboração do diário/mini-livro.	• Sala com cadeiras em círculo • Projetor • Computador • Canetas, papel/cartolinas. • "O meu diário do Autocuidado" (previamente preparados ou folhas dobradas em formato diário) e formato pdf para as pessoas online.	1. *Brainstorming* coletivo: "O que me faz sentir bem?" (15 min). 2. Exposição breve sobre pilares de autocuidado (sono, alimentação, atividade física, lazer) (15 min). 3. Apresentação do "O meu diário do Autocuidado" (15 min). 4. Parte do diário "Libertar" (desabafos/medos). 5. Parte do diário "Agradecer" (coisas positivas). 6. Compromisso individual de autocuidado (10 min). 7. Síntese e partilha voluntária (10 min).	• Estimular a partilha voluntária, respeitando os silêncios. • Reforçar que pequenas ações são tão importantes quanto mudanças estruturais. • Incentivar uso diário do mini-livro.

Local: UCC da Maia				
Sessão 4 - Técnicas práticas de relaxamento				
Data: 13/10				
Duração da Sessão: 60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Capacitar para utilização de técnicas simples de regulação emocional. • Promover estratégias de relaxamento aplicáveis em qualquer contexto. • Estimular práticas em casal como recurso de suporte mútuo.	•Demonstração e prática orientada. • Exercícios em grupo e em pares. •Discussão/reflexão final.	• Sala com cadeiras em círculo • Projetor • Computador • Colunas de som • Canetas, papel/cartolinas. • "O meu diário do Autocuidado"	1. Introdução ao tema (5 min). 2. Exercício 1: respiração diafragmática (10 min). 3. Exercício 2: relaxamento muscular progressivo (15 min). 4. Exercício 3: *mindfulness* breve (10 min). 5. Dinâmica em casal: toque consciente/massagem de mãos (15 min). 6. Debate sobre "O meu diário do Autocuidado" e roda de partilha (10–15 min).	• Estimular a partilha voluntária, respeitando os silêncios. • Garantir ambiente calmo e confortável. • Adaptar técnicas à realidade dos participantes (tempo, espaço, experiência prévia). • Incentivar uso diário do "O meu diário do Autocuidado".

Local: UCC da Maia				
Sessão 5 - Responder às necessidades do grupo				
Data: 20/10				
Duração da Sessão: 60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Responder às necessidades e interesses identificados pelas participantes. • Favorecer a reflexão sobre tópicos sentidos como prioritários. • Reforçar a adaptação da intervenção à realidade do grupo.	• Debate guiado a partir das sugestões recolhidas nas avaliações das sessões anteriores. • Partilha em pequenos grupos e plenário. • Atividade prática breve (ex.: *role-playing*, *brainstorming* ou escrita/reflexão, consoante o tema escolhido).	• Sala com cadeiras em círculo • Projetor • Computador • Papel/cartolinas, canetas • Guiões curtos ou materiais específicos, se necessários ao tema	1. Introdução e apresentação dos temas levantados pelo grupo (5 min). 2. Seleção partilhada de 1–2 tópicos prioritários (5 min). 3. Debate orientado e partilha de experiências (20 min). 4. Atividade prática relacionada com o tema (20 min). 5. Síntese coletiva e identificação de recursos adicionais (10–15 min).	• Respeitar a escolha dos temas pelo grupo. • Manter flexibilidade, adaptando a metodologia à natureza dos tópicos. • Validar as experiências pessoais, promovendo escuta ativa e suporte mútuo.

Local: UCC da Maia				
Sessão 6 - Roda de Partilha e Encerramento				
Data: 24/10				
Duração da Sessão: 60min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Proporcionar um espaço aberto de partilha e integração de aprendizagens. • Reforçar o sentimento de pertença e apoio mútuo entre as participantes. • Consolidar estratégias de autocuidado e continuidade após o fim do programa.	• Roda de partilha aberta. • Dinâmica simbólica de encerramento. • Reflexão coletiva sobre aprendizagens e compromissos.	• Sala com cadeiras em círculo • "O meu diário do Autocuidado" • Cartões ou folhas pequenas, canetas • Música suave (opcional, para criar ambiente de fecho)	1. Dinâmica inicial: "Uma coisa que levo deste percurso é…" (10 min). 2. Roda de partilha aberta sobre experiências e aprendizagens (25 min). 3. Revisão breve dos temas trabalhados (10 min). 4. Atividade final simbólica: escrever um compromisso consigo própria no diário/cartão (10 min). 5. Mensagem de encerramento e agradecimento (5 min).	• Estimular partilha voluntária, respeitando silêncios. • Valorizar todas as contribuições, sem hierarquizar experiências. • Criar um ambiente positivo, de reconhecimento e esperança. • Relembrar contactos e recursos de apoio disponíveis após o fim do módulo.

ANEXO X: Descrição Detalhada da Intervenção “Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto”

Estrutura das sessões

A primeira sessão intitulada “Expectativas, medos e mitos da parentalidade”, centrou-se na exploração de receios, expectativas e mitos associados à gravidez, parto e maternidade. através de dinâmicas em grupo; desconstrução de mitos; diferenciação entre ansiedade normal e sinais de alerta; distinção entre tristeza e depressão.

Foram trabalhadas a diferenciação entre ansiedade expectável e sinais de alerta, bem como a distinção entre tristeza, cansaço emocional e sintomatologia depressiva. A abordagem destas temáticas é fundamental, uma vez que a transição para a maternidade e paternidade constitui um período de elevada vulnerabilidade emocional e psicológica. A exploração das preocupações e receios das grávidas permite uma adaptação mais saudável à experiência de gravidez e parto, favorecendo a construção da identidade materna e o fortalecimento de competências parentais (Alves et al., 2024; Aires et al., 2016; Caetano, 2020).

Outros autores sublinham a relevância de criar espaços terapêuticos e de reflexão que permitam à grávida expressar as suas emoções. Barbosa (2024) num relato de experiência em contexto hospitalar, referem que a assistência psicológica à grávida deve contemplar conteúdos subjetivos ligados à adaptação à maternidade, vínculo e relação mãe/pai-bebé, permitindo abordar as expectativas e receios inerentes à experiência de estar grávida. De igual modo Gonçalves et al. (2020) defendem o valor do Pré-Natal Psicológico (PNP), que visa preparar psicologicamente os futuros pais, proporcionando um espaço de partilha e elaboração dos medos e ansiedades associados à parentalidade. Neste sentido, Barbosa (2024) advoga que a gravidez e o puerpério exigem cuidados multidisciplinares, de modo a favorecer o ajustamento emocional e o desenvolvimento de recursos internos para o estabelecimento de um vínculo saudável com o bebé.

A metodologia em grupo é amplamente reconhecida como eficaz para a exploração destes temas, permitindo a partilha de experiências, a identificação de sentimentos comuns e a redução do isolamento. Alves et al.

(2024) destacam que o aconselhamento em grupo favorece a aprendizagem entre pares e a normalização de emoções, sendo particularmente útil na prevenção de ansiedade e depressão perinatal. Esta abordagem é igualmente apoiada por Camoni et al. (2021) que identificam no formato grupal benefícios adicionais, como o reforço do sentimento de pertença e a diminuição do estigma associado à saúde mental. Gonçalves et al. (2020) acrescentam que o PNP, ao promover a troca de experiências e a construção de conhecimento coletivo, contribui para o fortalecimento emocional das gestantes. Prandini et al. (2022) corroboram estes achados, referindo que os grupos de apoio são estratégias eficazes na redução do sofrimento mental.

Outro eixo essencial desta sessão é a diferenciação entre emoções expectáveis e sinais de alerta de perturbações mentais, bem como a desconstrução de mitos associados à maternidade. Segundo Alves et al. (2024), a normalização das emoções na gravidez, aliada à identificação de sinais de alerta, como ansiedade persistente, alterações de sono e humor depressivo, constitui um elemento central da prevenção em saúde mental perinatal. O mesmo programa propõe ainda estratégias psicoeducativas para prevenir a evolução de crises emocionais não patológicas em perturbações mentais perinatais, conforme defendido por Walsh, Davis e Garfield (2020, cit. por Alves, 2025). Buist et al. (2007, cit. por Alves, 2025) referem que programas psicoeducativos aumentam o conhecimento das mulheres sobre a depressão e fortalecem a sua capacidade de reconhecer e gerir os próprios estados emocionais.

De igual forma, Gonçalves et al. (2020) destaca a importância da deteção e intervenção precoce na depressão pós-parto, recordando que muitos sintomas de ansiedade e medo podem ser confundidos com as alterações emocionais típicas da gravidez. Por fim, Barbosa et al. (2024) reforçam a necessidade de uma abordagem holística e personalizada, que valorize as especificidades emocionais de cada mulher e promova o acolhimento das suas vivências. Assim, a sessão sobre expectativas, medos e mitos da parentalidade fundamenta-se na evidência científica que reconhece o valor da psicoeducação, do apoio grupal e da reflexão emocional

como pilares para o fortalecimento psicológico das grávidas e prevenção do sofrimento mental perinatal.

A segunda sessão, Relações, comunicação e rede de apoio, incluiu dramatizações de situações do quotidiano, discussão sobre comunicação assertiva, construção do mapa da rede de apoio e reflexão sobre o papel da família e da comunidade. Esta sessão fundamentou-se na evidência que reconhece o suporte social, familiar e comunitário como fator protetor da saúde mental perinatal. A literatura demonstra que o apoio emocional e instrumental proveniente do companheiro, família e comunidade desempenha um papel determinante na adaptação à parentalidade e na prevenção de sintomas ansiosos e depressivos (Kay et al., 2024; Lima et al., 2020; Prandini et al., 2022; Garthus-Niegel et al., 2021).

Kay et al. (2024) identificaram que o suporte social percebido é um preditor significativo de menor sintomatologia depressiva e de *stress* pós-traumático, além de se associar a um ambiente familiar mais estimulante para o desenvolvimento da criança. Pelo contrário, a diminuição do suporte percebido esteve associada a níveis mais elevados de sofrimento psicológico. Esta evidência é reforçada por Lima et al. (2020), que observaram que a falta de apoio social e familiar constitui um dos fatores de risco mais prevalentes para a depressão gestacional. Os autores Prandini et al. (2022), Kay et al. (2024) e Lima et al. (2020), destacam o papel do apoio do companheiro e do cuidado familiar como elementos cruciais para a estabilidade emocional da mulher durante a gravidez, sendo que o fraco suporte conjugal aumenta os níveis de ansiedade e depressão.

A importância da família como elemento estruturante do bem-estar emocional da grávida é igualmente salientada por Gonçalves (2020), que defende a necessidade de oferecer suporte também aos familiares, de modo a promover o compartilhamento da parentalidade e a corresponsabilização afetiva. Esta perspetiva é partilhada por Arrais, Mourão e Fragalle (2014, cit. por Gonçalves, 2020), que descrevem a intervenção psicológica perinatal como um processo que deve abranger toda a família, estimulando a comunicação e o fortalecimento dos vínculos. Barbosa et al. (2024) acrescentam que o cuidado em saúde mental deve ser centrado na tríade

utente–família–equipa, reforçando a família como pilar de recuperação e componente essencial da rede de apoio informal. O Cuidado Centrado na Família (CCF) é, neste contexto, entendido como uma abordagem que reconhece a família como parte integrante do processo terapêutico e promotora de saúde (Barbosa et al., 2024).

Ferreira Santos et al. (2023) chamam ainda a atenção para o impacto negativo da solidão e da ausência de rede de apoio, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade, como o vivido durante a pandemia de COVID-19. Os autores sublinham que a rede de apoio funciona como um importante recurso de proteção psicossocial contra o *stress* parental, sendo a sua ausência um fator de risco para a sobrecarga emocional e dificuldades na adaptação à parentalidade. Por sua vez, Garthus-Niegel et al. (2021) destacam a importância de encarar a transição para a parentalidade como um desafio vivido em díade, salientando o papel do companheiro e a necessidade de apoiar o casal como uma unidade interdependente.

A integração destes temas em programas de intervenção em saúde mental perinatal encontra fundamento na prática de aconselhamento estruturada por Alves et al. (2024), cujo programa inclui explicitamente a temática do suporte social e familiar, com o objetivo de melhorar a perceção de suporte social e as competências parentais. Nesta perspetiva, a construção do mapa da rede de apoio em contexto de grupo constitui uma ferramenta que facilita a identificação de recursos pessoais e relacionais, bem como a consciencialização sobre áreas onde o apoio pode ser reforçado (Beckers et al., 2020).

No que respeita à comunicação e às relações interpessoais, a literatura enfatiza a relevância de promover competências de comunicação assertiva e de escuta ativa entre os casais e com os profissionais de saúde. Dubreucq et al. (2024) identificam as habilidades de comunicação como competências-chave que aumentam a confiança e a perceção de segurança no contexto do cuidado perinatal. Pimentel dos Santos et al. (2021) reforçam a importância da comunicação aberta, sensível e baseada na escuta qualificada, sublinhando que o diálogo eficaz contribui para a adesão às recomendações e para o fortalecimento do vínculo entre a mulher e a equipa

de saúde. A utilização de metodologias participativas, como as dramatizações e as dinâmicas em grupo, está também amplamente documentada como estratégia promotora de bem-estar e de desenvolvimento de estratégias de *coping* (Keiller et al*.,* 2023; Shah et al*.,* 2024). Alves et al*.* (2024) referem que o aconselhamento em grupo, com até dez participantes, permite a partilha de experiências, a aprendizagem por modelagem e a comparação entre pares, o que reduz o isolamento e o estigma. Lima et al. (2020) corroboram esta visão ao sugerirem a criação de grupos de conversa entre gestantes como ferramenta de prevenção e promoção de saúde mental.

Por fim, o fortalecimento da autonomia e do protagonismo das grávidas e puérperas e dos casais emerge como objetivo transversal. Barbosa et al. (2024) sublinham que o cuidado em saúde mental deve valorizar as estratégias de *coping* individuais e a participação ativa da mulher e da sua rede de suporte, de modo a promover *empowerment* e resiliência. Assim, esta sessão, ao integrar dramatizações, reflexão sobre o papel da rede de apoio e treino em comunicação assertiva, alinha-se com a evidência científica que sustenta que o suporte social, o diálogo e o envolvimento familiar são determinantes para o equilíbrio emocional e para uma vivência mais saudável da parentalidade.

A terceira sessão, Autocuidado e bem-estar emocional, incluiu *brainstorming* coletivo sobre estratégias de bem-estar, introdução dos pilares do autocuidado — sono, alimentação, atividade física e lazer — e apresentação do recurso “O meu diário do Autocuidado”, com secções práticas para expressão emocional, gratidão e relaxamento. A promoção do autocuidado durante o período perinatal é reconhecido como eixo essencial da saúde mental materna, implicando o desenvolvimento de competências de *coping* e autorregulação capazes de mitigar o impacto do *stress* e favorecer uma adaptação saudável à maternidade (Alves et al., 2024; Caetano, 2020; Lima et al., 2020; Ferreira Santos et al., 2023).

De acordo com Alves et al*.* (2024), a promoção da saúde mental perinatal e o ensino de estratégias para o bem-estar constituem pilares do Programa de Aconselhamento em Enfermagem de Saúde Mental Perinatal, cujas sessões integram componentes psicoeducacionais voltadas para o

fortalecimento da autonomia, autoestima e autoeficácia da mulher. O mesmo programa inclui conteúdos específicos sobre a adoção de estratégias promotoras de bem-estar na gravidez, incentivando práticas que melhorem o equilíbrio emocional e físico.

Caetano (2020) destaca que o desenvolvimento da autonomia materna no autocuidado é determinante para o desempenho parental, uma vez que mães emocionalmente reguladas e fisicamente equilibradas apresentam maior capacidade de resposta às exigências da maternidade. Em linha com este pensamento, Lima et al. (2020) sugerem que as intervenções preventivas devem privilegiar ações orientadas para o autocuidado, reforçando o papel da mulher como protagonista no seu processo de saúde. Ferreira Santos et al. (2023) acrescentam que qualquer intervenção eficaz deve considerar a mulher de forma integral, acolhendo-a na sua singularidade e contemplando os aspetos biopsicossociais do binómio mãe-bebé. Azevedo et al. (2022) e Alves et al., (2024) enfatizam a importância de criar espaços que favoreçam o acolhimento, a escuta ativa e o empoderamento das mulheres no seu próprio autocuidado. Os autores defendem que a consulta de enfermagem em saúde mental é um contexto privilegiado para promover autonomia, através do desenvolvimento de competências pessoais orientadas para o bem-estar e a literacia em saúde.

No que se refere aos pilares do autocuidado, a literatura sustenta a relevância de componentes específicos do estilo de vida, como o sono, a alimentação, a atividade física e o lazer, que influenciam diretamente o equilíbrio emocional e a saúde psicológica (Ladyman et al., 2022). Gonçalves et al. (2020) referem que alterações do sono, como insónia, fadiga ou sono excessivo, são sintomas frequentemente associados à depressão pós-parto. Konukbay et al. (2024) observaram que a má qualidade do sono compromete a autoeficácia na amamentação e agrava o cansaço materno. Minervino et al. (2020) identificaram a insónia como um dos sintomas mais frequentes de sofrimento psicológico em períodos de elevado *stress*, reforçando a necessidade de abordar o descanso como parte do autocuidado materno.

Em relação à atividade física e à alimentação, Mohammedamin Hajure et al. (2024) apontam que as práticas de autocuidado mais comuns

entre grávidas e puérperas incluem o exercício regular e a alimentação equilibrada, ambos associados a níveis mais baixos de ansiedade e depressão. Azevedo et al. (2022) também incluem os hábitos de vida saudáveis como uma prioridade em programas de educação para a saúde. Além disso, a participação em atividades de lazer tem sido identificada como um fator protetor significativo. Prandini et al. (2022) e Alves (2025) demonstraram que a ausência de lazer está associada a um maior risco de depressão, enquanto o envolvimento em atividades prazerosas promove relaxamento, bem-estar e conexão social.

Um dos elementos centrais da sessão é a introdução do recurso “O meu diário do Autocuidado”, que visa estimular a autoexpressão, a gratidão e a reflexão. Este tipo de ferramenta encontra suporte na literatura como instrumento psicoeducacional eficaz para o desenvolvimento da autorregulação emocional. Alves et al. (2024) descrevem um recurso semelhante (o Diário do meu aconselhamento) como um guia prático que acompanha as sessões, contendo tarefas de apoio e orientações adaptadas à realidade de cada participante, com o objetivo de reforçar o envolvimento ativo na intervenção.

A prática da gratidão e da expressão emocional está igualmente fundamentada. Mohammedamin Hajure et al. (2024) identificaram que a gratidão pela mudança de prioridades durante a maternidade se associa a melhores resultados emocionais, reforçando a importância de promover a reflexão positiva sobre o quotidiano. A escrita de sentimentos e experiências permite que as mulheres reconheçam as suas emoções, normalizem as suas dificuldades e desenvolvam estratégias mais eficazes de *coping* face às exigências da maternidade (Shah et al., 2024; Ekelöf et al.,2025; Močnik et al., 2025).

Por fim, a utilização de dinâmicas participativas, como o *brainstorming* coletivo, é amplamente validada na literatura como metodologia promotora de envolvimento e aprendizagem. Camoni et al. (2021), destacam que o trabalho em grupo favorece a comparação entre pares, a aprendizagem por modelagem e a redução do estigma associado ao sofrimento psicológico. Além disso, o aconselhamento em grupo, tal como proposto por Alves et al.

(2024), permite adquirir estratégias de resolução de problemas e promover o uso de estratégias de *coping*, contribuindo para a redução da ansiedade e o fortalecimento emocional.

Deste modo, a Sessão 3 alicerça-se numa abordagem integradora e participativa, que reconhece o autocuidado não apenas como prática individual, mas como uma competência aprendida e fortalecida em grupo, capaz de promover bem-estar emocional, prevenir perturbações mentais perinatais e fomentar o *empowerment* das mulheres durante a gravidez e o pós-parto.

A quarta sessão, Técnicas práticas de relaxamento, centrou-se no treino orientado de respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e *mindfulness*, incluindo ainda uma dinâmica em casal baseada no toque consciente/massagem de mãos e reflexão final sobre o uso do diário como ferramenta de continuidade. A literatura demonstra que o treino de estratégias de *coping*, relaxamento e *mindfulness* contribui para a redução da ansiedade e sintomatologia depressiva, promovendo bem-estar materno, resiliência e vínculo familiar (Alves et al., 2024; Prandini et al., 2022; Minervino et al., 2020; Wall et al., 2022; Dagher et al., 2021).

1. Técnicas de Relaxamento e *Mindfulness*

A implementação de técnicas de relaxamento e *mindfulness* tem-se revelado uma componente essencial nos programas de promoção da saúde mental durante a gravidez e o pós-parto. Alves et al. (2024) incluíram explicitamente no seu Programa de Aconselhamento em Enfermagem de Saúde Mental Perinatal conteúdos práticos de técnicas de relaxamento, *mindfulness* e respiração abdominal, sublinhando o seu papel na gestão da ansiedade e na autorregulação emocional.

Silva (2014, cit. por Alves et al., 2024) refere que o desenvolvimento de estratégias de *coping* durante a gravidez favorece um sentimento de controlo e reduz significativamente os níveis de ansiedade. As técnicas de relaxamento, quando integradas em intervenções estruturadas, funcionam como estratégias eficazes de *coping* que permitem à mulher reconhecer e

modular o impacto emocional das alterações físicas e psicológicas da gravidez (Pan et al*.,* 2023).

De forma convergente, Prandini et al*.* (2022), apontam que as atividades de relaxamento representam ações terapêuticas capazes de reduzir o sofrimento mental e melhorar o equilíbrio emocional. A evidência de Minervino et al*.* (2020) mostra que o uso de técnicas baseadas em *mindfulness* e terapia cognitivo-comportamental (TCC) está associado a melhorias no sono, fadiga e depressão, demonstrando a relevância destas práticas para o bem-estar psicológico perinatal. A promoção da resiliência é outro aspeto destacado na literatura. Wall et al*.* (2022) defendem que a prática regular de relaxamento e *mindfulness* reforça a resiliência psicológica, atuando como fator de proteção contra os efeitos negativos do *stress* e das adversidades emocionais durante a gravidez e o pós-parto.

De forma complementar, Dagher et al. (2021) sintetizam vários estudos que comprovam a eficácia destas intervenções na população perinatal. Estes autores demonstraram melhorias nos sintomas depressivos e no bem-estar pós-parto com a prática formal de *mindfulness* integrada em terapias cognitivo-comportamentais. Verificaram que a Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em *Mindfulness* reduz significativamente o risco de recorrência de depressão perinatal e evidenciaram ainda os benefícios da ioga perinatal, que incorpora respiração e relaxamento, na redução da ansiedade e no aumento da sensação de conexão corpo-mente. Assim, o ensino de técnicas de respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e *mindfulness* na presente sessão visa não apenas reduzir o sofrimento psicológico imediato, mas também dotar as participantes de ferramentas práticas e sustentáveis para gerir emoções e *stress* ao longo da maternidade.

2. Dinâmica em casal — Toque consciente e massagem de mãos

A inclusão de uma dinâmica em casal baseada no toque consciente ou na massagem de mãos fundamenta-se na promoção do vínculo afetivo, da empatia e do apoio mútuo entre os parceiros. O toque é uma forma primária de comunicação não verbal e um elemento central na construção de vínculos seguros.

Alves (2025) demonstraram que intervenções psicoeducacionais que envolvem o toque e o contacto físico intencional fortalecem a vinculação materno-fetal e a conexão emocional entre o casal. O toque consciente é, assim, uma estratégia relacional que não apenas promove relaxamento físico, mas também reforça sentimentos de confiança, presença e segurança emocional. O programa de Alves et al. (2024) reforça igualmente a importância do papel do pai/companheiro na gravidez, promovendo a participação ativa e a construção de competências parentais partilhadas, elementos essenciais para a coesão familiar e para a saúde mental da díade parental.

De forma convergente, Barbosa et al. (2024) salientam que as práticas psicológicas com gestantes e puérperas devem incluir intervenções centradas na adaptação à parentalidade, vínculo e relação mãe/pai-bebé, reconhecendo a importância do apoio conjugal e familiar como pilares do bem-estar emocional e da adaptação ao novo papel parental.

3. Reflexão final e uso do diário como ferramenta de continuidade

O encerramento da sessão, que propõe uma reflexão sobre o uso do "Diário do Autocuidado", baseia-se na evidência de que os registos escritos facilitam a continuidade da aprendizagem, o autoconhecimento e a monitorização emocional. Alves et al. (2024) descrevem a implementação do "Diário do meu aconselhamento" como uma ferramenta de apoio que permite acompanhar o progresso individual, reforçar as técnicas aprendidas e promover a autorregulação emocional fora do contexto das sessões.

O diário atua como um instrumento de capacitação, permitindo que as mulheres reflitam sobre o seu estado emocional, registem os desafios e identifiquem estratégias que funcionam melhor no seu quotidiano. Além disso, esta prática reforça a autonomia e o *empowerment*, objetivos centrais da intervenção do EEESMP, conforme destacado por Alves et al. (2024).

Wall et al. (2022) reforçam ainda que a promoção do bem-estar e da qualidade de vida no período perinatal exige abordagens práticas e continuadas, particularmente quando as rotinas são exigentes e o tempo pessoal é limitado. Nesse sentido, o diário funciona como uma extensão terapêutica do grupo, oferecendo uma estrutura simples, mas eficaz, para

manter a prática das estratégias de autocuidado e relaxamento de forma sustentável.

Assim, a Sessão 4 integra uma abordagem prática, experiencial e relacional, que conjuga técnicas baseadas em evidência científica com a promoção de vínculos e a autogestão emocional. Esta combinação visa não apenas reduzir o sofrimento psíquico, mas também fortalecer a sensação de competência, presença e serenidade das mulheres e dos seus parceiros na transição para a parentalidade.

A quinta sessão, Temas emergentes do grupo, foi concebida como um espaço flexível de aprendizagem e reflexão, destinado a responder às necessidades e interesses manifestados pelas participantes nas sessões anteriores. Com base nos questionários de avaliação, foram identificados dois tópicos prioritários: estratégias para controlar a ansiedade perante o parto e problemas na amamentação com impacto na saúde mental materna. A ansiedade perante o parto é influenciada por fatores clínicos, emocionais e contextuais, incluindo medo da dor, imprevisibilidade, experiências prévias e ausência de suporte. Estratégias não farmacológicas, como respiração, relaxamento, massagem, musicoterapia, visualização positiva e cuidados humanizados, têm demonstrado utilidade no controlo da ansiedade e promoção do empoderamento da mulher (Almeida et al., 2020; Moraes et al., 2021; Oliveira et al., 2020; Rodríguez Tejada & Torres Tejera, 2024).

No que se refere à amamentação, a literatura reconhece uma relação complexa e bidirecional entre aleitamento materno e saúde mental perinatal. Sintomas depressivos e ansiosos podem associar-se a menor duração e exclusividade do aleitamento materno, enquanto experiências positivas de amamentação podem reforçar o vínculo mãe-bebé e atuar como fator protetor da saúde mental (Dagla et al., 2021; Mikšić et al., 2020; Golnaz Sadat Ahmadinezhad et al., 2024; Gila-Díaz et al., 2020; Tsunoda et al., 2023). A sessão procurou desmistificar expectativas irrealistas, abordar sentimentos de culpa e promover uma visão mais compassiva, realista e centrada na mulher.

A sessão iniciou-se com um momento introdutório, contextualizando o objetivo desta etapa como um espaço colaborativo e de partilha livre, onde

cada participante poderá expressar dúvidas e expectativas. Seguiu-se a exploração, de forma participativa, dos dois temas selecionados pelo grupo.

Na primeira parte, dedicada à ansiedade perante o parto, promoveu-se uma discussão orientada sobre os fatores que a influenciam, medo da dor, imprevisibilidade do momento do parto, experiências prévias, e pressão social, e apresentadas estratégias práticas de regulação emocional. Estas incluíram técnicas já treinadas em sessões anteriores, como respiração diafragmática, visualização positiva e uso de afirmações calmantes, reforçando a sua aplicação em contexto real.

Na segunda parte da sessão, o foco incidiu sobre a amamentação e saúde mental materna, procurando desmistificar expectativas irrealistas e abordar os desafios físicos e emocionais associados. Foram discutidos temas como a discrepância entre a expectativa e a realidade da amamentação, o sentimento de culpa quando a amamentação não decorre como planeado, o impacto do cansaço e da dor no bem-estar psicológico, e a importância do apoio da rede familiar e dos profissionais de saúde. Foram ainda apresentadas estratégias de autocuidado e divulgados recursos de apoio (grupos de entreajuda, consultas de enfermagem de saúde materna e plataformas de informação fiáveis).

A sessão encerrou com uma síntese coletiva das principais aprendizagens e com a identificação de recursos adicionais que as participantes poderão utilizar após o término do programa.

A ansiedade perinatal diante do parto é uma experiência comum, influenciada por múltiplos fatores clínicos, emocionais e contextuais. A literatura indica que situações como gravidez não planeada, parto por cesariana, ausência de apoio familiar, baixa qualidade do ambiente hospitalar e medo da dor aumentam significativamente os níveis de ansiedade (Almeida et al*.,* 2020; Moraes et al*.,* 2021). Por outro lado, práticas humanizadas, como o parto normal em posição lateral, o contacto pele a pele precoce e a atenção respeitosa aos desejos da parturiente, estão associadas a menores índices de ansiedade e melhor vivência do parto (Oliveira et al*.,* 2020).

As estratégias não farmacológicas têm demonstrado elevada eficácia no controlo da ansiedade do parto, promovendo o relaxamento e o empoderamento da mulher. Entre as principais destacam-se os exercícios com bola, o banho morno, a massagem, a musicoterapia, a acupuntura, a acupressão e as técnicas de respiração e relaxamento muscular (Almeida et al., 2020; Oliveira et al*.,* 2020). A aromaterapia, especialmente com óleo essencial de lavanda, tem sido referida como benéfica na redução da ansiedade e na melhoria do bem-estar psicológico durante o período perinatal (Ariadna María et al*.,* 2022; Rodríguez Tejada & Torres Tejera, 2024).

A atenção humanizada e o suporte psicossocial constituem pilares essenciais. O acompanhamento por uma equipa multidisciplinar, a escuta ativa e a validação das emoções da mulher contribuem para uma experiência mais positiva e menos medicalizada, favorecendo o equilíbrio emocional (Oliveira & Ávila, 2021). Além disso, terapias complementares, como *mindfulness*, *yoga* e psicoterapia, têm demonstrado eficácia na regulação emocional e no controlo da ansiedade perinatal (Vidal & Côrrea, 2020; Rodríguez Tejada & Torres Tejera, 2024). Em síntese, práticas de relaxamento, suporte emocional e cuidados humanizados reduzem a ansiedade e promovem o bem-estar da mulher, favorecendo uma vivência mais positiva do parto.

No que se refere à amamentação e à saúde mental perinatal, a relação é reconhecida como complexa e bidirecional influenciada por fatores emocionais, fisiológicos e sociais. A presença de sintomas depressivos e ansiosos durante a gestação ou o pós-parto associa-se a uma menor duração e exclusividade do aleitamento materno (Dagla et al*.,* 2021; Mikšić et al*.,* 2020; Golnaz Sadat Ahmadinezhad et al*.,* 2024). Em contrapartida, experiências positivas de amamentação contribuem para o reforço do vínculo mãe-bebé e atuam como fator protetor da saúde mental (Gila-Díaz et al., 2020; Tsunoda et al*.,* 2023).

Os principais fatores de risco identificados incluem vulnerabilidade socioeconómica, baixa escolaridade, ausência de suporte familiar, dificuldades técnicas na amamentação e pressão social para amamentar (Rossmann et al., 2024; Dagher et al., 2021; Grattan et al*.,* 2024). A falta de

apoio adequado pode gerar sentimentos de culpa e fracasso, agravando quadros de ansiedade e depressão (Wheeler et al*.,* 2024; Thompson et al*.,* 2023). Por outro lado, fatores de proteção, como a presença de grupos de apoio, políticas públicas sensíveis à saúde perinatal e acompanhamento profissional contínuo, favorecem o sucesso do aleitamento e o equilíbrio emocional prevenindo o sofrimento psicológico (Daehn et al., 2022; Jin & Murray, 2023; Pezley et al*.,* 2022; Rodríguez-Gallego et al*.,* 2024). Durante a pandemia de COVID-19, o isolamento social agravou sentimentos de solidão e ansiedade, limitando o acesso a apoio presencial e dificultando a manutenção da amamentação (Farewell et al*.,* 2020; Jin & Murray, 2023). Este cenário reforçou a importância de estruturas de suporte híbridas, presenciais e digitais, que garantam acompanhamento contínuo às mães.

É importante ressalvar que a amamentação é frequentemente idealizada como um processo natural e intuitivo, mas na realidade pode envolver desafios físicos e emocionais que impactam diretamente o bem-estar psicológico da mulher. Desmistificar expectativas irreais e oferecer suporte adequado é essencial para proteger a saúde mental materna (Rossmann et al., 2024; Alves et al., 2020).

Muitas mulheres enfrentam dificuldades inesperadas como dor, fissuras, cansaço extremo, dúvidas quanto à produção de leite e problemas de pega, que contrastam com a imagem idealizada da amamentação. Essa discrepância gera frustração, insegurança e sentimento de fracasso, sobretudo quando existe pressão social e familiar para amamentar exclusivamente (Carpi-Souza et al*.,* 2022; Alves et al*.,* 2020). A fadiga, a dor mamária e a privação de sono são fatores recorrentes que prejudicam o equilíbrio emocional e aumentam o risco de sintomas depressivos. A ambivalência emocional é comum, sentimentos de tristeza, culpa ou irritação coexistem com o amor e o desejo de cuidar, e devem ser acolhidos sem julgamento, prevenindo o agravamento de perturbações mentais (Rossmann et al*.,* 2024; Alves et al., 2024).

O apoio da rede familiar, de grupos de entreajuda e de profissionais de saúde é determinante para acolher dúvidas, validar emoções e fornecer orientação prática. As consultas de enfermagem e os grupos de apoio ajudam

a reduzir o isolamento, reforçar a autoconfiança e promover o autocuidado (De Oliveira et al., 2024; Rossmann et al*.,* 2024). Plataformas de informação fiáveis e o incentivo ao descanso e à partilha de responsabilidades familiares também são estratégias que previnem a exaustão emocional e favorecem uma vivência mais positiva da maternidade (Tomasi et al*.,* 2021; Carpi-Souza et al*.,* 2022).

Em suma, reconhecer e acolher os desafios reais da amamentação, sem idealizações, é um passo essencial para proteger a saúde mental materna e promover um vínculo afetivo saudável entre mãe e bebé (Billings et al*.,* 2024; Yuen et al*.,* 2022). Assim, a promoção simultânea da saúde mental perinatal e da amamentação requer uma abordagem integrada, centrada na mulher e na sua rede de apoio (Pezley et al*.,* 2022; Ekelöf et al*.,* 2025). Intervenções psicossociais, grupos de entreajuda e acompanhamento por profissionais de saúde mental e de enfermagem materna revelam-se fundamentais para reduzir o sofrimento psicológico, aumentar a autoeficácia e garantir uma vivência mais saudável da maternidade (Shah et al., 2024) em conformidade com as competências especializadas de intervenção em processos de transição e parentalidade (OE, 2018).

A sexta sessão, Roda de partilha e encerramento, teve como objetivo proporcionar um espaço final de reflexão, integração de aprendizagens e reforço do suporte mútuo entre as participantes. A literatura sobre saúde mental perinatal destaca que a partilha de experiências, validação emocional e continuidade do cuidado são pilares essenciais para consolidar o *empowerment* e garantir que as estratégias aprendidas sejam incorporadas na vida quotidiana das mulheres e famílias (Alves et al., 2024; Camoni et al., 2021; Leite et al., 2024; Ferreira Santos et al., 2023). O encerramento de um programa de saúde mental perinatal deve assegurar a continuidade do acompanhamento e a integração das participantes na rede de suporte existente. Esta transição é essencial para evitar o sentimento de abandono após a conclusão das sessões e para garantir o acesso a recursos que sustentem o bem-estar a longo prazo (Alves,2025). Leite et al. (2024) acrescentam que o estabelecimento de cuidados continuados e especializados é essencial para a sustentabilidade das intervenções em

saúde mental perinatal. O encerramento deve, portanto, incluir um momento de preparação emocional para o término do grupo, como proposto por Alves et al. (2024), oferecendo informação sobre recursos comunitários e profissionais disponíveis para apoio contínuo.

Assim, a Sessão 6 constitui não apenas o encerramento formal do módulo, mas também um rito de passagem simbólico que celebra o percurso das participantes, reforça o sentimento de pertença e promove a continuidade do cuidado. A integração da partilha, da reflexão e do compromisso pessoal garante que a intervenção se prolongue para além do espaço terapêutico, fortalecendo a autonomia, a rede de apoio e o bem-estar psicológico das mulheres e famílias.

ANEXO XI: Diário do Autocuidado

Instruções de Uso

Bem-vinda ao seu diário de autocuidado! Este diário foi criado para ajudá-la a priorizar o seu bem-estar durante a gravidez e pós-parto. Use-o diariamente para refletir, libertar emoções e cultivar a gratidão.

Como usar:

1. **Reflita diariamente:** Reserve alguns minutos todos os dias para refletir sobre o que se passou durante o dia.
2. **Escreva diariamente:**
   - **Libertar:** Use esta secção para escrever sobre preocupações, medos ou qualquer coisa que esteja a incomodar.
   - **Agradecer:** Concentre-se nas coisas boas da sua vida e expresse gratidão por elas.
3. **Personalize:** Sinta-se à vontade para adicionar desenhos, autocolantes ou qualquer outra coisa que torne este diário especial para si.

Libertar

Data: _____

O que libertar:

Como me senti ao escrever:

Exemplo:

Data: 06/10/2025

O que libertar: Sinto-me ansiosa com o parto.

Como me senti ao escrever: Aliviada por colocar os meus sentimentos no papel.

Agradecer

Data: _____

Motivo de gratidão:

Como me senti ao escrever:

Exemplo:

Data: 06/10/2025

Motivo de gratidão: Agradeço ter conseguido ir dar um passeio hoje à praia.

Como me senti ao escrever: Feliz e grata.

Continue a utilizar as secções 'Libertar' e 'Agradecer' diariamente para registrar os seus pensamentos e sentimentos ao longo da sua gravidez e pós-parto.

Lembre-se que cuidar de si é fundamental para cuidar do seu bebé.

Técnicas de Relaxamento

Inspiração Diafragmática

Inspire em 4 tempos pelo nariz, enchendo a barriga.

Expire lentamente em 6 tempos pela boca.

Repete 5 vezes.

Dica: pode usar em qualquer lugar (casa, hospital, transporte).

Relaxamento Muscular Progressivo

Escolhe um grupo muscular → contrai 5 segundos → relaxe.

Exemplo: ombros, braços, pernas, rosto.

Dica: ótimo antes de dormir.

Técnicas de Relaxamento

Mindfulness Breve

Feche os olhos e concentre-se no presente:

- **Respiração**
- **Sensações do corpo**
- **Sons à volta**

Se a mente fugir, volta ao foco sem julgamento.

Dica: 2–3 minutos já fazem diferença.

Dinâmica em Casal – Toque Consciente

Sente-se com o companheiro e façam uma pequena massagem de mãos.

- **Respirem juntos, em sintonia.**
- **Atenção ao toque, sem pressa.**

Depois troquem de papel.

Dica: fortalece a ligação e reduz a ansiedade.

ANEXO XII: Questionário de Avaliação da Sessão do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto

Questionário — Avaliação de cada sessão

Parte A — Questões fechadas (Escala de 1 a 5: 1 = Nada; 5 = Muito)

1. A sessão foi clara e de fácil compreensão.
2. O tema abordado foi pertinente e útil para mim/para nós.
3. A metodologia utilizada (dinâmicas, discussão, prática) facilitou a aprendizagem.
4. Senti-me à vontade para participar e partilhar opiniões.
5. Considero que esta sessão contribuiu para o meu bem-estar e preparação para a parentalidade.

Parte B — Questões abertas

6. O que mais gostou na sessão?
7. O que mudaria ou melhoraria?
8. Que outros temas gostaria que fossem abordados?
9. Sente necessidade de apoio mais direcionado sobre algum dos tópicos discutidos? Se sim, qual?

ANEXO XIII: Escala de *Empowerment* da Grávida

Escala de *Empowerment* da Grávida

(Adaptado de Kameda, Shimada, 2008 e validada para a população portuguesa por Aires *et al.,* 2016)

No seguinte questionário, deverá selecionar com uma cruz (x) as opções que melhor correspondem ao modo como se sente perante a sua gravidez e parto.

	1	2	3	4
Escala de *Empowerment* da Grávida	Discordo fortemente	Discordo	Concordo	Concordo fortemente
1. Consigo obter a informação que necessito dos profissionais de saúde.				
2. Não consigo imaginar-me a criar um filho.				
3. Posso pedir ajuda quando preciso.				
4. Acredito ser capaz de fazer o que tenho a fazer durante a gravidez.				
5. Mesmo quando me sinto ansiosa, consigo encontrar formas de alterar o meu estado emocional.				
6. Não consigo imaginar que a minha família vai aumentar.				
7. Acredito ser capaz de dar à luz como as outras pessoas.				
8. Tenho a minha imagem ideal do parto.				
9. Não estou confiante com a minha gravidez.				
10. Estou entusiasmada com o parto.				
11. Sinto carinho pelo meu bebé que ainda não nasceu.				
12. Imagino como será a minha gravidez.				
13. Quando não sei o que fazer, acredito ser capaz de pesquisar e resolver o problema por mim mesma.				
14. Gostaria de desfrutar a minha gravidez.				
15. Acredito ser capaz de lidar com o que me preocupa.				
16. Consigo viver com uma atitude positiva.				
17. Imagino como será o meu parto.				
18. A minha família e amigos reconhecem a minha forma de ser.				
19. Penso que a minha capacidade para o parto é mais fraca do que a das outras pessoas.				
20. Estou ansiosa pela vida após o nascimento do meu filho.				
21. Consigo obter sempre a informação que necessito para definir o plano de parto e o local do nascimento.				
22. Estou confiante sobre como lidar com a gravidez e de alguma forma fazer com que corra bem.				
23. Acredito ser capaz de decidir quando procurar o				

médico.				
24. Posso pedir opinião e ajuda às outras pessoas de forma a atingir os meus objetivos.				
25. Sinto realmente que vou ser mãe.				
26. A minha família e amigos compreendem a minha situação atual, dando-me apoio e dizendo: "Podes ser tal como és."				
27. Estou satisfeita com a minha vida.				

ANEXO XIV: Escala de Crenças Disfuncionais Face à Maternidade

Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade

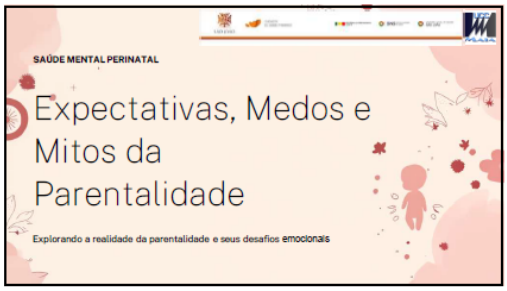
(Adaptado por Costa, C., Rodrigues, S., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. e validada para a população portuguesa em 2018)

No seguinte questionário, deverá selecionar com uma cruz (x) as opções que melhor correspondem ao modo como se sente perante a sua gravidez e parto.

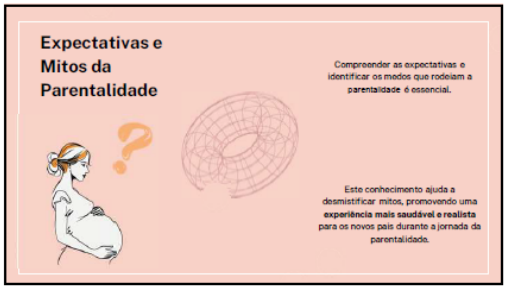
	1	2	3	4	5	6
Escala de Crenças Disfuncionais face à Maternidade	Discordo sempre	Discordo a maioria das vezes	Discordo algumas vezes	Concordo algumas vezes	Concordo a maioria das vezes	Concordo sempre
1. Se eu cometer um erro, as pessoas irao pensar que sou uma má mae.						
2. Se o meu bebé estiver a chorar, as pessoas irão pensar que não sou capaz de cuidar dele adequadamente.						
3. Provavelmente, as pessoas terão pior opinião de mim se eu cometer erros enquanto mãe.						
4. Procurar a ajuda de outras pessoas para cuidar do meu bebé faz-me sentir incompetente.						
5. Eu sou a única pessoa que consegue manter o meu bebé em segurança.						
6. As boas mães põem sempre as necessidades dos seus bebés em primeiro lugar.						
7. Eu devia sentir-me mais dedicada ao meu bebé.						
8. Se eu amo o meu bebé, devia querer estar sempre com ele.						
9. Se eu falhar como mãe, sou um fracasso como pessoa.						
10. É errado sentir-me desiludida com a maternidade.						
11. É errado ter sentimentos contraditórios em relação ao meu bebé.						
12. É errado ter sentimentos negativos em relação ao meu bebé.						

ANEXO XV: Apresentação PowerPoint das Sessões do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto

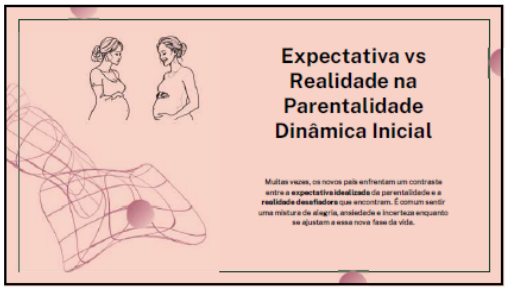
Sessão 1



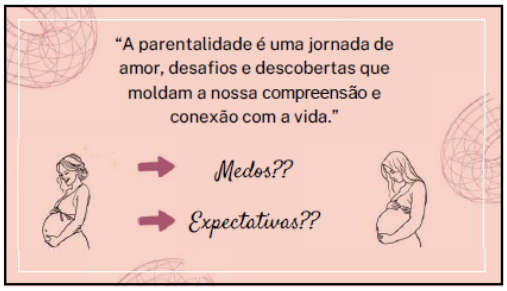
1



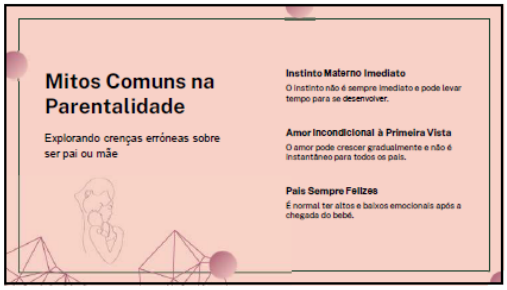
2

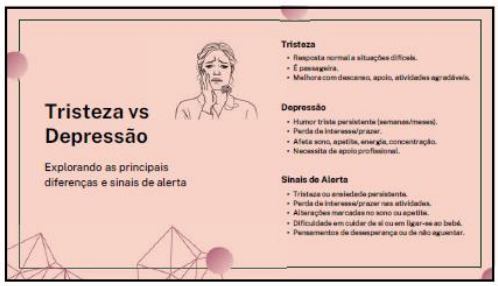


3



4




Tristeza vs Depressão
Explorando as principais diferenças e sinais de alerta
Tristeza
• Resposta normal a situações difíceis.
• É passageira.
• Melhora com descanso, apoio, atividades agradáveis.
Depressão
• Humor triste persistente (semanas/meses).
• Perda de interesse/prazer.
• Afeta sono, apetite, energia, concentração.
• Necessita de apoio profissional.
Sinais de Alerta
• Tristeza ou ansiedade persistente.
• Perda de interesse/prazer nas atividades.
• Alterações marcadas no sono ou apetite.
• Dificuldade em cuidar de si ou em ligar-se ao bebé.
• Pensamentos de desesperança ou de não aguentar.

7

Síntese Coletiva
Reflexões sobre as expectativas e experiências da parentalidade
Nesta sessão, discutimos as expectativas e mitos comuns da parentalidade.
Compartilhamos experiências, reconhecendo diferentes sentimentos como parte normal da jornada.
A troca de vivências fortalece a compreensão e apoio mútuo entre os pais, criando um ambiente acolhedor e preparado.

8

Ideias Chave
Expectativas e receios coexistem e são normais.
Muitos "mitos" geram pressão desnecessária.
Ansiedade tem um lado normal, mas há sinais de alerta.
Procurar apoio é essencial e saudável.

9

Alguma pergunta ou comentário final?
Agradecemos a sua presença!
Cada partilha de hoje ajudou a construir este espaço.
Obrigada pela confiança
Entre em contacto com a UCC se precisar de apoio ou mais informações.
Email: ucc.mala@ulssjoao.min-saude.pt

10

Sessão 2

1

2

3

4

Pedir ajuda é força
Reconhecer que precisamos de apoio é fundamental para o bem-estar mental durante a gravidez e puerpério.
Ajustar-se é um sinal de coragem e força.
Ao procurar apoio, fortalece as suas conexões e promove um ambiente saudável e acolhedor para si e para a sua família.

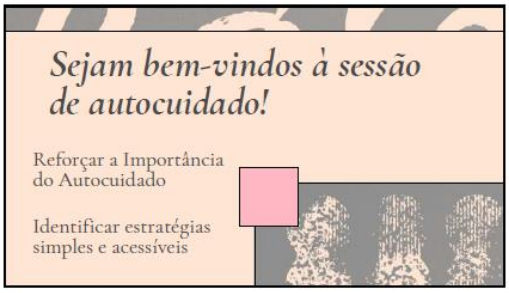
7

Alguma questão ou comentário?
Obrigada a todos pela participação e confiança.
Cada partilha foi importante.
Entre em contacto com a UCC se precisar de apoio ou mais informações.
Email: ucc.maia@ulsnj.min-

8

Sessão 3

1



2

3

4

O Meu Diário de Autocuidado
Instruções de Uso
Libertar
Agradecer

7

Compromisso Individual
Qual será o meu compromisso de autocuidado esta semana?

8

Obrigada!
ABRACE O SEU BEM-ESTAR TODOS OS DIAS.

9

Sessão 4

1

2

3

4

Mindfulness e Toque Consciente
Atenção Plena
A prática de mindfulness ajuda a promover o relaxamento e a conexão interior.
Notar a respiração.
Observar o corpo.
Focar nos sentidos.

7

Mindfulness e Toque Consciente
Toque Consciente
O toque consciente fortalece o vínculo emocional entre parceiros e promove o bem-estar.
Massagem de mãos guiada
• Atenção ao toque.
• Respiração sincronizada.
• Troca de papéis.

8

O relaxamento é uma ponte de conexão entre mãe, bebé e o momento presente.

9

Reflexão o diário do Autocuidado
Já começaram a usar?
O que sentiram?
Vão continuar?

10

Roda de Partilha e Conexão
Um espaço para escuta e acolhimento entre gestantes e puérperas.

Dúvidas? Entre em contato conosco!
Agradecemos a sua presença.
Cada partilha ajudou a construir este espaço!
Entre em contacto com a UCC se precisar de apoio ou mais informações.
Email: ucc.maia@ulssjoao.min-saude.pt

Sessão 5

1

2

3

4

Benefícios da Amamentação
Para o bebé:
Fornece nutrição completa e equilibrada — contém todos os nutrientes e anticorpos necessários nos primeiros 6 meses.
Reduz o risco de infeções respiratórias, gastrointestinais e otites.
Ajuda a reduzir o síndrome da morte súbita do lactente.
Favorece o desenvolvimento cognitivo e emocional, reforçando o vínculo mãe-bebé.
Ajuda a reduzir o refluxo gastroesofágico.
Para a mãe:
Acelera a recuperação pós-parto, reduzindo o risco de hemorragia e ajudando o útero a regressar ao tamanho normal.
Pode facilitar a perda de peso após o parto.
Diminui o risco do cancro da mama e dos ovários, diabetes tipo 2 e hipertensão.
Facilita o vínculo afetivo e o bem-estar emocional.
É económica, prática e sustentável, sem necessidade de preparação ou esterilização.

Informação e Rede de Apoio
Importância do Conhecimento
Grupos de Apoio
Rede de Apoio

Crenças frequentes que afastam da amamentação
A escolha de amamentar deve ser informada, livre e acompanhada — e nunca baseada em culpa ou desinformação.
Desfazer mitos é cuidar da confiança materna e fortalecer a ligação com o bebé.

Flexibilidade na Amamentação
Opções de Alimentação
Importância da Comunicação
Variedade nas Práticas

Saúde Mental na Amamentação
O Poder do Descanso
A Importância da Ajuda
Comunicação e Apoio

Estratégias de Apoio e Autocuidado: Alimentação e Hidratação

Estratégias de Apoio e Autocuidado: Pausas e Descanso
O autocuidado é essencial para mães que amamentam. Descansar e comunicarse abertamente com parceiros e profissionais de saúde pode aliviar a pressão e promover o bem-estar emocional. Reserve momentos para si mesma, mesmo que sejam breves, para recarregar as energias.

Resumo da Sessão
A importância da saúde mental perinatal para mães e bebés
Nesta sessão, abordámos as preocupações emergentes do grupo em torno da saúde mental perinatal.
Discutimos temas prioritários como a amamentação e ansiedade, bem como o regresso ao trabalho, enfatizando a importância de estratégias práticas.
No final, reforçámos o valor do apoio mútuo entre os participantes, criando um espaço seguro para partilhar experiências e encontrar soluções coletivas para os desafios enfrentados.

Apoio e autocuidado na amamentação
A importância da saúde mental perinatal para mães e bebés
O conhecimento e o apoio mútuo são fundamentais para promover o bem-estar da mãe e do bebé durante a amamentação. Compartilhar experiências e procurar informações pode ajudar a criar um ambiente seguro e acolhedor, onde o autocuidado é sempre uma prioridade.

Obrigado pela sua atenção
Agradecemos a sua presença.
Cada partilha ajudou a construir este espaço!
Entre em contacto com a UCC se precisar de apoio ou mais informações.
Email: ucc.male@ulssjoao.min-saude.pt

Cuidado Conjunto: A Importância da Mãe e Bebé
O cuidado compartilhado entre mãe e bebé é essencial para o bem-estar emocional de ambos. Este vínculo fortalece a segurança e a confiança durante a amamentação. Lembre-se: cuidar de si mesma é fundamental para cuidar do seu bebé de forma eficaz e saudável.

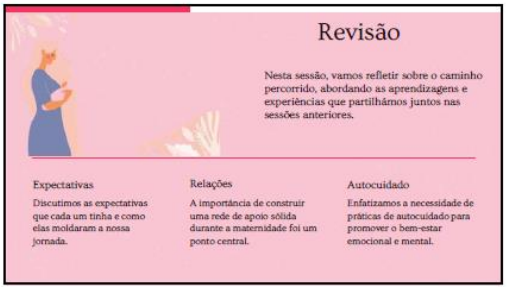
Sessão 6

1

2

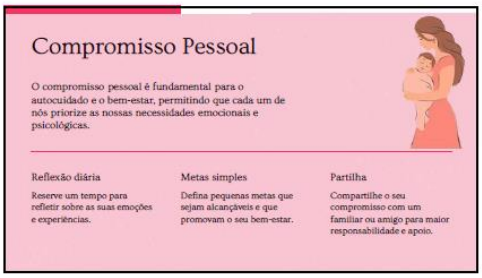
3

4



5

6

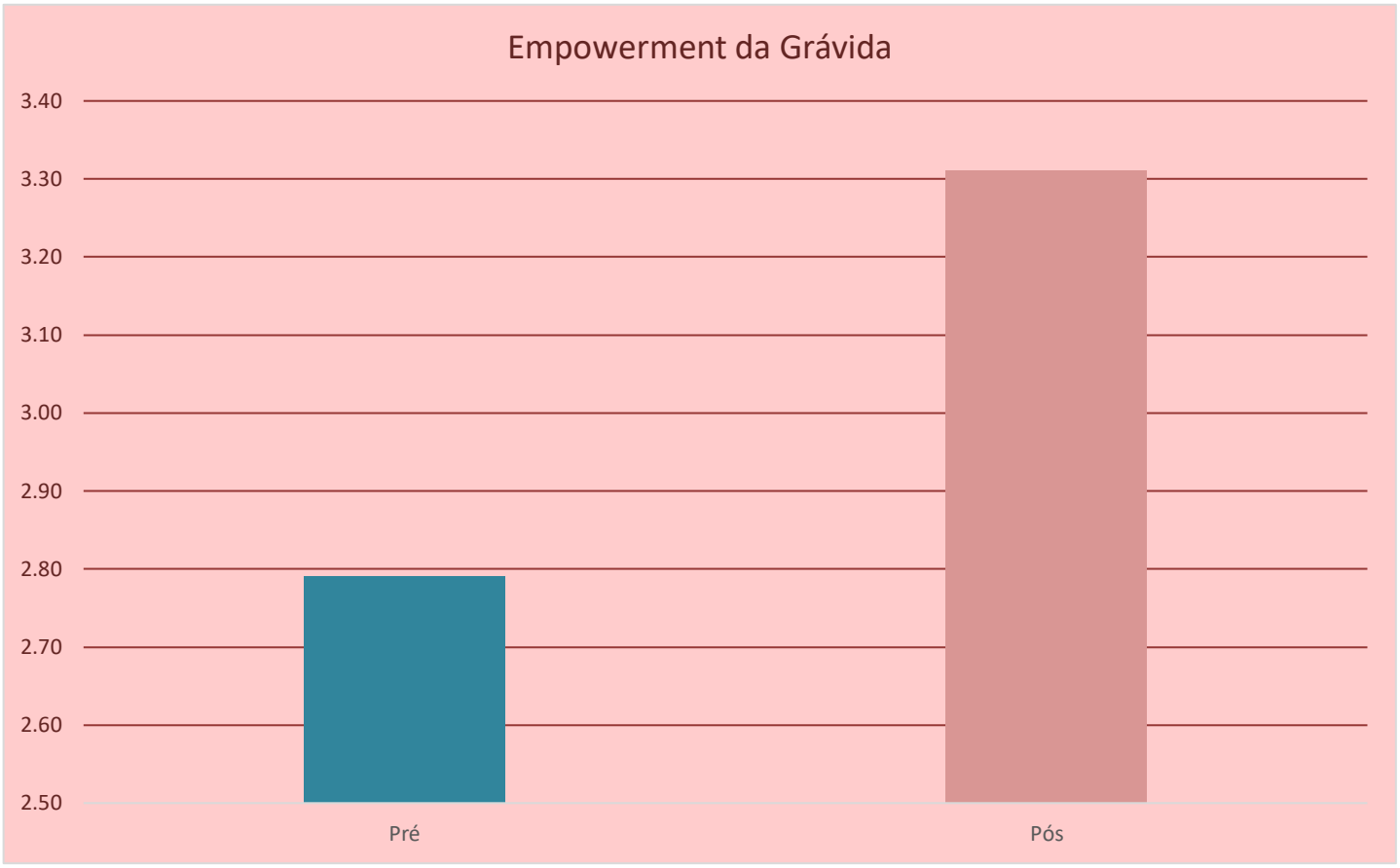

Compromisso Pessoal
O compromisso pessoal é fundamental para o autocuidado e o bem-estar, permitindo que cada um de nós priorize as nossas necessidades emocionais e psicológicas.
Reflexão diária
Reserve um tempo para refletir sobre as suas emoções e experiências.
Metas simples
Defina pequenas metas que sejam alcançáveis e que promovam o seu bem-estar.
Partilha
Compartilhe o seu compromisso com um familiar ou amigo para maior responsabilidade e apoio.

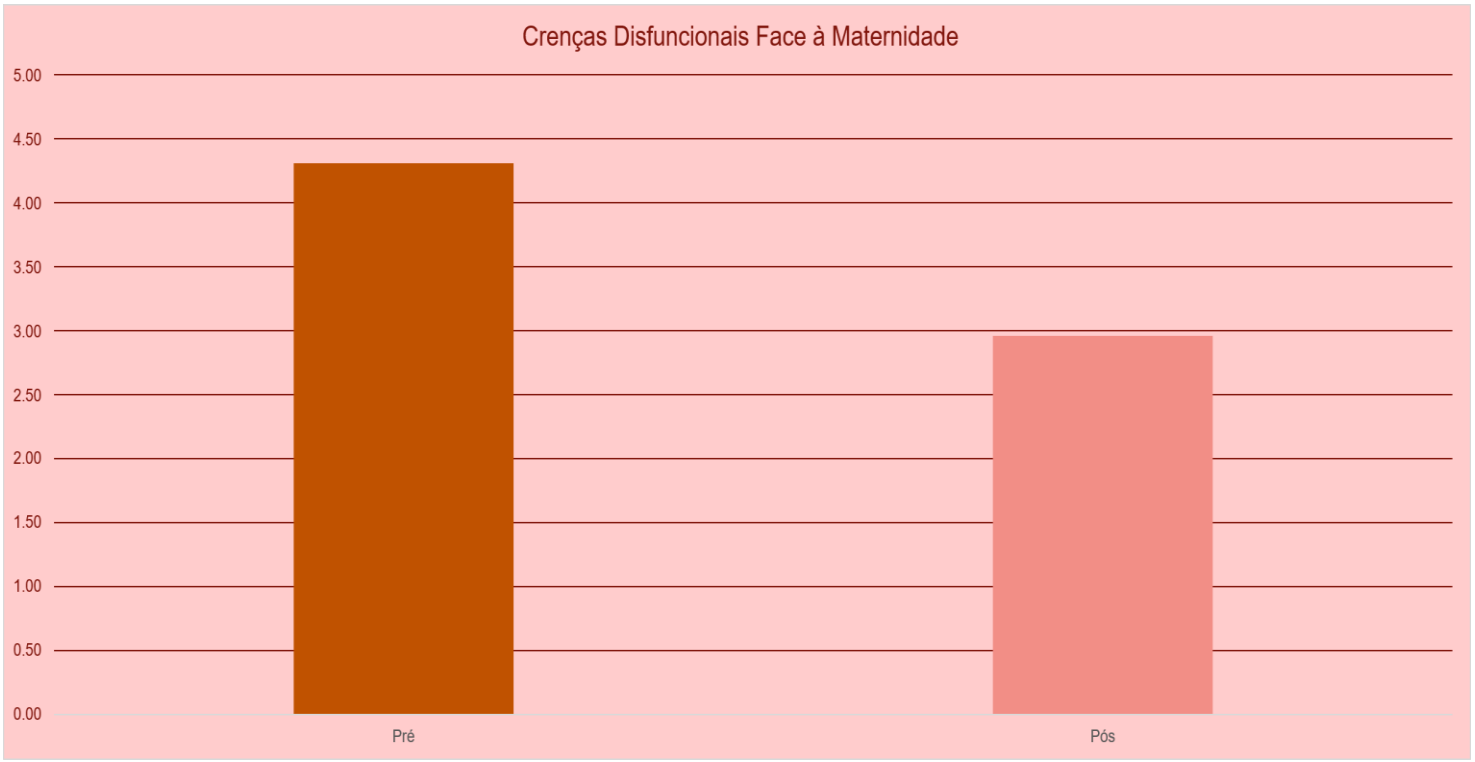
7

Entre em contato para mais informações
Agradecemos a sua presença.
Cada partilha ajudou a construir este espaço!
Entre em contacto com a UCC se precisar de apoio ou mais informações.
Email: ucc.maia@ulssjoao.min-saude.pt

8

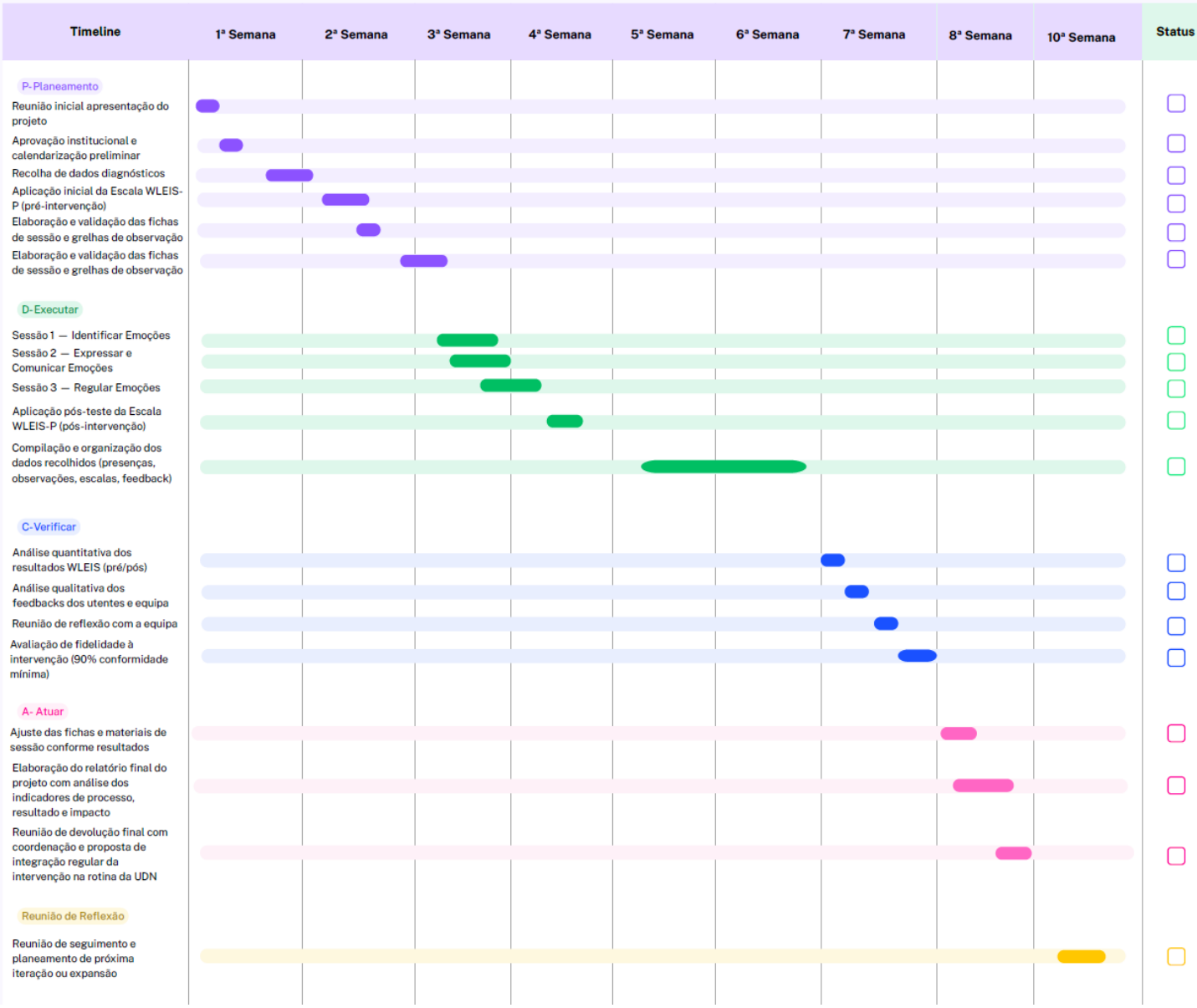
ANEXO XVI: Apresentação dos Resultados das Sessões do Projeto Expectativa vs Realidade — Cuidar da Saúde Mental na Gravidez e no Pós-Parto


Empowerment da Grávida
3.40
3.30
3.20
3.10
3.00
2.90
2.80
2.70
2.60
2.50
Pré
Pós


Crenças Disfuncionais Face à Maternidade
5.00
4.50
4.00
3.50
3.00
2.50
2.00
1.50
1.00
0.50
0.00
Pré
Pós

ANEXO XVII: Cronograma do Projeto de Melhoria Contínua "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional"

Cronograma Projeto: "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional"



ANEXO XVIII: Descrição Detalhada das Atividades Propostas no Planeamento das Sessões "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional"

Descrição Detalhada das Atividades Propostas no Planeamento das Sessões

A intervenção “Cuidar das emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional” foi operacionalizada através de atividades expressivas, psicoeducativas e experiencialmente orientadas, estruturadas de acordo com os três eixos centrais do projeto: identificação, expressão e regulação emocional. As atividades foram concebidas para serem breves, acessíveis e ajustadas ao contexto de internamento em unidade de desabituação, considerando a curta duração do internamento, a variabilidade do estado emocional dos utentes e a necessidade de promover estratégias práticas com aplicabilidade imediata.

A seleção das atividades teve por base a evidência científica relativa à regulação emocional em pessoas com perturbações por uso de substâncias, reconhecendo que dificuldades na identificação, expressão e gestão das emoções se associam a maior impulsividade, *craving*, sofrimento psicológico e risco de recaída (Stellern et al., 2022; Nandrino et al., 2020; Chrétien et al., 2025). Neste sentido, privilegiaram-se metodologias participativas e expressivas, capazes de facilitar a consciência emocional, a verbalização, a autorreflexão e a aquisição de estratégias de *coping* mais adaptativas.

Dinâmica “O Corpo das Emoções”

A dinâmica “O Corpo das Emoções” constitui uma estratégia expressiva e psicoeducativa centrada na relação entre corpo e emoção. Através do desenho sobre uma silhueta humana, os participantes são convidados a identificar as zonas corporais onde sentem emoções como alegria, tristeza, medo, raiva ou ansiedade, promovendo a consciência emocional e a autoperceção corporal, competências basilares da inteligência emocional (Volynets et al., 2020; Hartmann et al., 2022).

O mapeamento corporal das emoções tem sido como uma metodologia útil, para traduzir sensações fisiológicas em linguagem simbólica e verbal, facilitando a identificação, diferenciação e comunicação emocional. Esta abordagem é particularmente relevante em contextos de sofrimento psíquico, nos quais a verbalização das emoções pode estar comprometida. Estudos desenvolvidos por Volynets et al. (2020) e Hartmann et al. (2022) demonstraram que as emoções se associam a padrões específicos de ativação corporal, contribuindo para uma compreensão mais integrada da experiência emocional.

Em contexto clínico e formativo, exercícios de mapeamento corporal, quando combinados com reflexão guiada, podem favorecer o autoconhecimento, a empatia e a redução da supressão emocional (Salem et al., 2025; Erkayiran & Demirkıran, 2024).

Do ponto de vista pedagógico e terapêutico, esta atividade articula dimensões cognitivas, afetivas e corporais. permitindo ao enfermeiro especialista promover um espaço seguro de exploração emocional, validação da experiência subjetiva e desenvolvimento de competências de autorregulação (Dugué et al., 2025; Atena Abbasszade et al., 2025).

Assim, a dinâmica “O Corpo das Emoções” contribui para aumentar a consciência corporal e emocional dos participantes, constituindo uma base importante para as atividades subsequentes centradas na expressão e regulação das emoções.

Exploração da Roda das Emoções

A exploração da Roda das Emoções constitui uma ferramenta amplamente utilizada em intervenções de literacia emocional, permitindo identificar, diferenciar e nomear emoções básicas e secundárias. A capacidade de reconhecer e verbalizar emoções constitui um dos pilares da inteligência emocional e assume particular relevância em contextos de saúde mental e dependências, onde a desregulação emocional se associa

frequentemente a impulsividade, sofrimento psíquico e risco de recaída (Chrétien et al., 2025).

A utilização guiada da Roda das Emoções permite alargar o vocabulário emocional dos participantes e promover maior clareza na compreensão das experiências internas. Perguntas estruturadas como “Quando sentiu esta emoção?” ou “O que desencadeou esta emoção?” facilitam a ligação entre acontecimentos, pensamentos, sensações corporais e respostas comportamentais. Esta estratégia favorece a flexibilidade cognitiva, a tolerância ao afeto e a adaptação a situações de *stress* (Rydzewska et al., 2025; Salem et al., 2025).

Em pessoas com perturbações por uso de substâncias, a dificuldade em reconhecer e regular emoções pode contribuir para o uso de estratégias desadaptativas, como evitamento emocional, supressão ou consumo como forma de alívio. Intervenções focadas na identificação e expressão emocional, incluindo ferramentas como a Roda das Emoções, têm demonstrado utilidade na promoção do autoconhecimento, redução do evitamento emocional e reforço de mecanismos adaptativos, como a reavaliação cognitiva (Chrétien et al., 2025).

O enfermeiro especialista assume um papel central na facilitação desta atividade, criando um ambiente seguro de partilha, validando as experiências dos participantes e promovendo a escuta ativa entre pares. Ao apoiar a verbalização das emoções e ao ajudar os utentes a estabelecer relações entre eventos, pensamentos e respostas emocionais, o EEESMP contribui para o desenvolvimento de competências de autorregulação e para a redução de comportamentos desadaptativos (Salem et al., 2025; Jin et al., 2025).

Deste modo, a exploração da Roda das Emoções constitui uma intervenção clinicamente pertinente, capaz de potenciar a consciência emocional, promover a empatia e apoiar o processo de reabilitação psicossocial em contexto de internamento e tratamento de dependências.

Dinâmica “Como Costumo Expressar-me?”

A dinâmica “Como Costumo Expressar-me?” centra-se na reflexão sobre os padrões habituais de expressão emocional. A literatura tem evidenciado que pessoas com perturbações por uso de substâncias apresentam, frequentemente, maior dificuldade em identificar, comunicar e gerir emoções, recorrendo a estratégias menos adaptativas, como supressão emocional, silêncio, isolamento, irritabilidade, agressividade, comportamento impulsivo ou retraimento (Stellern et al., 2022; Ferreira et al., 2021; Hack et al., 2024).

A atividade inicia-se com um *brainstorming* coletivo, no qual os participantes são convidados a identificar as formas como habitualmente expressam emoções, como choro, silêncio, irritação, afastamento, escrita, discurso acelerado ou comportamento impulsivo. Esta partilha permite que cada utente tome consciência dos seus padrões emocionais, reconheça semelhanças e diferenças relativamente aos restantes elementos do grupo e explore formas alternativas de expressão.

Intervenções grupais centradas na expressão emocional têm sido recomendadas para promover a reflexão, aumentar o autoconhecimento e reduzir o estigma associado à expressão afetiva (Chrétien et al., 2025; Navarro-Haro et al., 2025). Este tipo de exercício facilita a validação emocional, reduz sentimentos de vergonha e promove a aceitação da diversidade de formas de expressão dentro do grupo (Cipriano et al., 2025).

O enfermeiro especialista desempenha aqui um papel estruturante, ao promover a reflexão individual e coletiva, normalizar diferentes formas de expressão emocional, facilitar a verbalização e assegurar um ambiente seguro, empático e não julgador. Compete-lhe ainda ajudar os participantes a distinguir formas de expressão emocional mais funcionais de padrões que possam aumentar o conflito, a impulsividade ou o risco de recaída.

Assim, esta dinâmica contribui para aumentar o autoconhecimento emocional, reduzir sentimentos de vergonha, identificar padrões desadaptativos, reforçar competências de comunicação emocional e

fortalecer a coesão grupal. No contexto de internamento de pessoas com dependência, constitui uma etapa relevante para o desenvolvimento posterior de estratégias de regulação emocional.

Atividade Expressiva "A Minha Emoção em Imagem"

A atividade "A Minha Emoção em Imagem" recorre à expressão artística como estratégia facilitadora da externalização simbólica das emoções. A utilização de desenho, colagem ou escrita breve permite que os participantes representem emoções difíceis de verbalizar, favorecendo a transformação de conteúdos internos, muitas vezes difusos ou intensos, em formas visuais concretas. Esta materialização pode contribuir para a compreensão da emoção, diminuição da carga emocional associada e desenvolvimento de competências de regulação (Kang et al., 2023; Raghibi & Jafari Kahkha, 2022; V. Pathak et al., 2024).

Em pessoas com perturbações por uso de substâncias, atividades artísticas estruturadas têm demonstrado potencial para promover autoconhecimento, resiliência emocional, comunicação não verbal e redução de sintomas de ansiedade e humor depressivo (Kang et al., 2023; Lobanov et al., 2025). Esta abordagem assume particular relevância em utentes com dificuldade em verbalizar emoções, quer por vergonha, quer por alexitimia, frequentemente associada ao consumo prolongado (Raghibi & Jafari Kahkha, 2022; Stevenson & Alzyood, 2025).

Na atividade proposta, cada utente escolhe uma emoção relevante para si naquele momento e representa-a através de desenho, colagem ou escrita curta. O processo é livre, não técnico e centrado na expressão pessoal. Após a construção, a partilha com o grupo é voluntária, respeitando o ritmo, os limites e a disponibilidade emocional de cada participante.

O enfermeiro especialista facilita este processo, estimulando a criatividade e a expressão espontânea, garantindo um ambiente seguro e acolhedor, validando diferentes formas de expressão e promovendo a reflexão sobre o significado atribuído à imagem criada. Esta função combina princípios

de comunicação terapêutica, intervenção psicoeducativa e utilização da expressão artística como ferramenta de cuidado (Kang et al., 2023; Raghibi & Jafari Kahkha, 2022; Jessica Marian Goodman-Casanova et al., 2023).

A evidência sugere que este tipo de atividade pode contribuir para maior clareza emocional, redução da tensão interna, aumento da consciência afetiva, maior facilidade em verbalizar emoções e fortalecimento da coesão grupal (Raghibi & Jafari Kahkha, 2022; Stevenson & Alzyood, 2025; Lobanov et al., 2025; Kang et al., 2023). Em contexto de internamento, onde emoções intensas e ambivalentes são frequentes, atividades expressivas constituem uma estratégia acessível, adaptável e promotora de envolvimento terapêutico.

Treino Prático de Técnicas de Regulação Emocional

O treino prático de técnicas de regulação emocional constitui uma componente central da intervenção, orientada para a aquisição de estratégias simples e aplicáveis no quotidiano. A investigação demonstra que técnicas como respiração controlada, *grounding* e pausa emocional podem contribuir para melhorar o autocontrolo, reduzir impulsos associados ao *craving*, diminuir a ansiedade e promover maior estabilidade emocional (Fincham et al., 2023; Mitsea et al., 2024; Chrétien et al., 2025).

A respiração controlada, incluindo técnicas estruturadas como a respiração 4-7-8, tem sido associada à diminuição da ansiedade, *stress* e sintomas depressivos, bem como ao aumento da perceção corporal e da capacidade de autorregulação. A prática regular destas técnicas favorece um estado fisiológico mais estável, reduzindo a reatividade emocional e melhorando o foco atencional (Fincham et al., 2023; Mitsea et al., 2024).

As técnicas de *grounding*, como o método 5-4-3-2-1, são frequentemente recomendadas em programas de regulação emocional, uma vez que direcionam a atenção para os sentidos e para o momento presente. Esta estratégia pode ajudar a interromper pensamentos ruminativos, reduzir impulsividade e apoiar a gestão de emoções intensas (Nandrino et al., 2021; Chrétien et al., 2025).

A pausa emocional, baseada em parar, respirar e nomear a emoção, constitui uma técnica simples e útil para aumentar a consciência emocional, promover aceitação e reduzir respostas impulsivas. O treino repetido desta estratégia pode melhorar a capacidade de identificar precocemente sinais de desregulação e agir de forma mais consciente (Nandrino et al., 2021; El et al., 2023).

O EEESMP desempenha um papel ativo neste treino, guiando e modelando a prática, explicando o racional das técnicas, acompanhando a execução e ajudando os utentes a reconhecer a relação entre respiração, postura, sensações corporais e estado emocional. A criação de um ambiente seguro, a validação das diferentes reações dos participantes e o incentivo à continuidade da prática fora das sessões são aspetos fundamentais para a eficácia desta intervenção (Chrétien et al., 2025; Fincham et al., 2023; Mitsea et al., 2024).

Estas técnicas podem contribuir para a redução da impulsividade e do *craving*, melhoria da atenção, diminuição da tensão fisiológica, maior consciência emocional e prevenção da recaída através de melhor gestão das emoções gatilho (Nandrino et al., 2021; Chrétien et al., 2025; Fincham et al., 2023; Mitsea et al., 2024; El et al., 2023).

Construção do "Kit Emocional Pessoal"

A construção do "Kit Emocional Pessoal" constitui a etapa final das competências trabalhadas ao longo da intervenção. Esta atividade consiste na identificação e registo de estratégias individuais que ajudam cada utente a regular-se emocionalmente, promovendo autonomia, autocontrolo, consciência emocional e autoeficácia (Weiss et al., 2021; Chrétien et al., 2025; Roos et al., 2020).

Intervenções que incentivam os participantes a identificar e escrever estratégias próprias de regulação emocional são recomendadas para fortalecer a perceção emocional, promover o uso de estratégias adaptativas e aumentar a capacidade de gestão emocional em situações de *stress* ou

craving. A construção de repertórios individuais de estratégias, frequentemente designados como *emotional toolkits*, facilita a aplicação prática das competências apreendidas e reforça o envolvimento ativo da pessoa na gestão emocional diária (Chrétien et al., 2025; Roos et al., 2020; Nandrino et al., 2021; Batchelder et al., 2020).

A literatura sublinha ainda que a formulação de estratégias personalizadas, quando apoiada por um profissional, promove sentimento de competência, autoeficácia e motivação para a mudança, dimensões centrais para a manutenção da abstinência e prevenção de recaídas (Souilm, 2023; Schneider-Matyka et al., 2025).

Durante a construção do “Kit Emocional Pessoal”, o enfermeiro especialista apoia a identificação de estratégias realistas e individualizadas, ajuda os participantes a distinguir estratégias funcionais de estratégias desadaptativas, reforça pequenas conquistas e incentiva a reflexão sobre quando e como cada estratégia pode ser aplicada. Este processo favorece a transferência das aprendizagens para o quotidiano e para o período pós-alta. (Chrétien et al., 2025; Roos et al*.,* 2020).

A evidencia, sugere que atividades estruturadas de construção de repertórios pessoais podem contribuir para maior autocontrolo, flexibilidade emocional, consciência dos próprios gatilhos, fortalecimento da autoeficácia, motivação para a mudança e redução do risco de recaída através da disponibilidade de estratégias alternativas (Chrétien et al., 2025; Roos et al., 2020; Nandrino et al., 2021; Batchelder et al., 2020; Souilm, 2023; Moghadam et al., 2021).

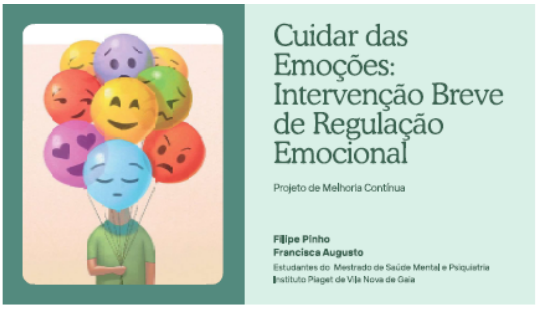
ANEXO XIX: Planos de Sessão Projeto de Melhoria Contínua "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional"

Local: Unidade de Desabituação do Norte				
Sessão 1 Reconhecer as Emoções: Identificar emoções básicas e sinais físicos associados				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 30-45 min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Promover a identificação e nomeação das emoções básicas; • Favorecer a consciência das manifestações corporais e cognitivas associadas a cada emoção; • Estimular a verbalização emocional e o reconhecimento das emoções em si e nos outros; • Criar um espaço seguro e colaborativo que favoreça a expressão emocional.	• **Abordagem psicoeducativa** com dinâmicas interativas em grupo; - Utilização de estratégias expressivas e simbólicas para facilitar o reconhecimento emocional; •**Comunicação terapêutica** e escuta ativa como ferramentas de facilitação; -Observação participante e reforço positivo durante o processo; • **Avaliação contínua** da participação e envolvimento dos utentes ao longo da sessão.	• Silhuetas humanas impressas (A4 ou A3); • Marcadores coloridos e lápis de cera; • Cartaz da "Roda das Emoções" (modelo de Plutchik simplificado); • Música ambiente suave para o momento de reflexão; • Quadro ou *flipchart* para sistematizar as ideias emergentes. •Cadeiras ou sofás	1. **Acolhimento e enquadramento** (5 min) Breve apresentação da sessão e do seu objetivo ("Perceber melhor o que sentimos"). Estabelecimento de regras de segurança emocional. Papel do enfermeiro especialista: Criar um ambiente acolhedor; validar todas as partilhas; reforçar a confidencialidade. 2. **Dinâmica "O corpo das emoções"** (15 min) Entregar a cada participante uma silhueta humana e pedir que desenhe onde e como sente diferentes emoções no corpo (ex.: coração acelerado, peso no peito, calor, lágrimas). Papel do enfermeiro especialista: Apoiar individualmente; ajudar a traduzir sensações em palavras; reforçar a ideia de que todas as emoções são legítimas. 3. **Exploração da Roda das Emoções** (15 min) Apresentar a roda e discutir exemplos práticos: "Quando é que sentiste isto?" "O que te faz sentir assim?" Papel do enfermeiro especialista: Facilitar a verbalização; promover empatia entre participantes; validar experiências emocionais. 4. **Síntese e reflexão final** (10 min) Em grupo, refletir: "O que aprendi sobre mim hoje?" "Qual emoção me é mais fácil ou difícil de reconhecer?". Papel do enfermeiro especialista: Sistematizar aprendizagens; reforçar conquistas; promover sentimento de encerramento positivo.	• Validar a participação mesmo não verbal. • Notar reações emocionais não verbais (sorrisos, lágrimas, agitação) *(a preencher após a sessão)* Grau de envolvimento e adesão dos utentes Emoções mais frequentemente identificadas Dificuldades observadas Estratégias facilitadoras a manter / melhorar Avaliação global da sessão

Local: Unidade de Desabituação do Norte				
Sessão 2 Expressar emoções de forma saudável				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 30-45 min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Promover a **expressão emocional adequada e segura**, em contexto grupal; • Explorar **diferentes canais de expressão emocional** (verbal, escrita, artística, simbólica); • Refletir sobre as **consequências da repressão ou explosão emocional**; • Estimular o desenvolvimento de **estratégias assertivas** de comunicação emocional.	• **Abordagem experiencial e expressiva**, com recurso à arte e escrita terapêutica; • Estímulo à **reflexão guiada** e à partilha emocional; • Utilização da **comunicação terapêutica** e reforço positivo como instrumentos de facilitação; • Observação da **forma e conteúdo da expressão emocional** durante a dinâmica; • Avaliação contínua da participação, envolvimento e autoexpressão.	• Folhas A4, lápis de cor, marcadores e colas; • Revistas para recorte (imagens, palavras, símbolos); • Tesouras, colas, quadro/flipchart; • Música de fundo (opcional); • Cadeiras ou sofás	1. **Acolhimento e revisão da sessão anterior** (5 min) Relembrar as principais aprendizagens sobre identificação das emoções. Enunciar o objetivo de hoje: "Explorar formas saudáveis de as expressar". Papel do enfermeiro especialista: Facilitar a ligação entre as sessões e contextualizar o propósito da atividade. 2. **Dinâmica "Como costumo expressar-me?"** (10 min) *Brainstorming* coletivo: os participantes identificam como habitualmente expressam emoções (ex.: choro, silêncio, escrita, irritação). Papel do enfermeiro especialista: Promover reflexão e aceitação; normalizar diferentes formas de expressão. 3. **Atividade expressiva – "A minha emoção em imagem"** (15–20 min) Cada utente escolhe uma emoção e representa-a através de desenho, colagem ou escrita curta. Papel do enfermeiro especialista: Apoiar e estimular a criatividade; garantir ambiente seguro e de não julgamento. 4. **Partilha e reflexão grupal** (10 min) Partilha voluntária dos trabalhos. Discussão sobre como é libertador ou desafiante expressar emoções. Papel do enfermeiro especialista: Escutar ativamente; valorizar o significado de cada expressão; reforçar a importância de comunicar emoções. 5. **Síntese e avaliação final** (5 min) Revisão dos sentimentos após a atividade. Promover encerramento positivo e sentimento de conquista.	• Acompanhar e apoiar quem tem dificuldade de expressão. • Validar todas as formas de participação (inclusive o silêncio). • Observar alterações de humor ao longo da sessão. • Prever um breve momento de *grounding* final (respiração, silêncio ou música calma) por ser uma sessão desafiante. *(a preencher após a sessão)* Grau de envolvimento e adesão dos utentes Emoções mais frequentemente identificadas Dificuldades observadas Estratégias facilitadoras a manter / melhorar Avaliação global da sessão

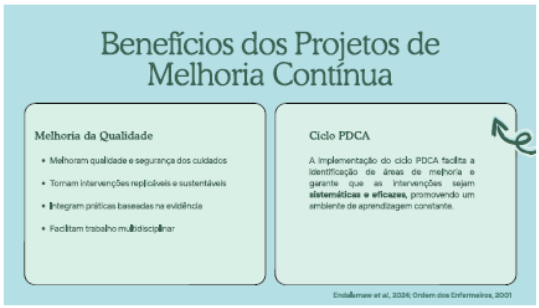
Local: Unidade de Desabituação do Norte				
Sessão 3 Regular emoções				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 30-45 min				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Desenvolver a **capacidade de autorregulação emocional** em situações de *stress*; • Treinar **técnicas simples e eficazes** de relaxamento e *grounding*; • Promover o **autoconhecimento e autocontrolo emocional**; • Estimular a construção de um **"kit pessoal de estratégias de regulação"** adaptado a cada utente.	• **Abordagem experiencial**, centrada na prática e reflexão; • **Treino psicoeducativo** de estratégias de regulação emocional; •Demonstração e treino orientado com *feedback*; • **Modelagem pelo enfermeiro**, incentivando à prática consciente e à verbalização da experiência; • Avaliação contínua do impacto e da perceção subjetiva de eficácia das técnicas.	• Fichas com instruções das técnicas (respiração 4-7-8, *grounding* 5-4-3-2-1, pausa emocional); • Música relaxante (instrumental); • Folhas e canetas para o "Kit Emocional Pessoal"; • Objetos de estimulação sensorial (bola anti-*stress*, tecido suave, aroma suave, etc.); • Cadeiras dispostas em círculo e ambiente tranquilo.	1. **Acolhimento e revisão das aprendizagens anteriores** (5 min) Rever brevemente o que foi trabalhado nas sessões anteriores (reconhecer e expressar emoções). Introduzir o foco de hoje: "Como gerir o que sentimos?". Papel do enfermeiro especialista: Facilitar a ligação entre os temas; motivar para o treino prático. 2. **Partilha inicial** (10 min) Conversa orientada: "O que costumo fazer quando me sinto mal?" "O que me ajuda a acalmar?". Papel do enfermeiro especialista: Promover a reflexão e legitimar estratégias pessoais existentes. 3. **Treino prático de técnicas de regulação** (15–20 min) Prática orientada das técnicas: - Respiração 4-7-8 - *Grounding* 5-4-3-2-1 - Pausa emocional (respirar e nomear a emoção). Papel do enfermeiro especialista: Guiar a prática; modelar as técnicas; reforçar perceção corporal e autocontrolo. 4. **Construção do "Kit Emocional Pessoal"** (10 min) Cada utente identifica e escreve 3 a 5 estratégias pessoais que o ajudam a regular-se. Papel do enfermeiro especialista: Apoiar a formulação de estratégias realistas e individualizadas; promover sentimento de competência. 5. **Síntese e encerramento** (5 min) Reflexão grupal: "O que levo comigo destas sessões?" "Que técnica quero continuar a praticar?". Papel do enfermeiro especialista: Facilitar a integração das aprendizagens e promover encerramento positivo.	• Encorajar empatia e respeito durante as encenações • Fornecer *feedback* construtivo e positivo. *(a preencher após a sessão)* Grau de envolvimento e adesão dos utentes Emoções mais frequentemente identificadas Dificuldades observadas Estratégias facilitadoras a manter / melhorar Avaliação global da sessão

ANEXO XX: Apresentação PowerPoint do Projeto de Melhoria Contínua “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”


Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional
Projeto de Melhoria Contínua
Filipe Pinho
Francisca Augusto
Estudantes do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria
Instituto Piaget de Vila Nova de Gaia

Definição da UDN
Contexto e Desafios da Intervenção
A Unidade de Desabituação do Norte (UDN) é um serviço especializado destinado à estabilização clínica, monitorização e intervenção terapêutica de pessoas com perturbações por uso de substâncias.
Funciona num regime de internamento de curta duração, orientado para a redução de sintomas de abstinência, promoção de segurança física e emocional, e preparação do utente para etapas subsequentes do tratamento.
Desafio Identificado pela Equipa
Gestão emocional durante o internamento

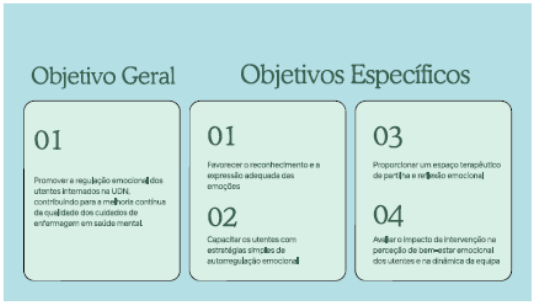
Justificação do Projeto
Porquê uma intervenção de regulação emocional?
Elevada dificuldade em identificar e regular emoções
Emoções intensas influenciam craving, impulsividade e adesão terapêutica
Internamento curto limita intervenções profundas, mas abre espaço a intervenções breves e estruturadas

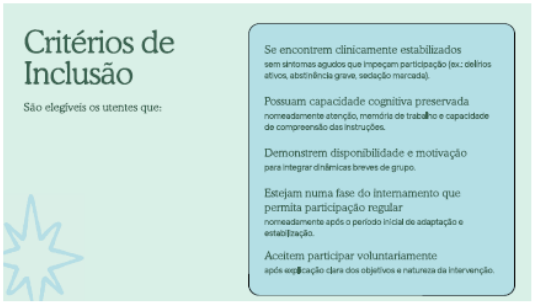

Benefícios dos Projetos de Melhoria Contínua
Melhoria da Qualidade
Melhoram qualidade e segurança dos cuidados
Tornam intervenções replicáveis e sustentáveis
Integram práticas baseadas na evidência
Facilitam trabalho multidisciplinar
Ciclo PDCA
A implementação do ciclo PDCA facilita a identificação de áreas de melhoria e garante que as intervenções sejam sistemáticas e eficazes, promovendo um ambiente de aprendizagem constante.
Enstallmaw et al, 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2001

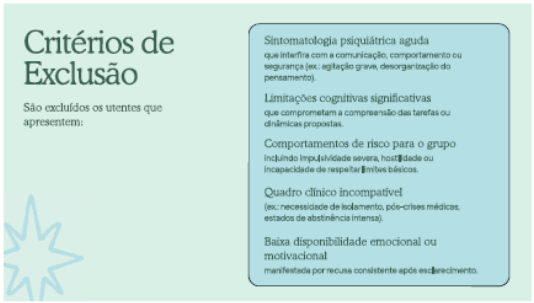
Metodologia PDCA
Estrutura e Objetivos do Projeto
A metodologia PDCA, que envolve as fases de planear, executar, verificar e agir, fornece um método eficaz para construir uma intervenção destinada a facilitar a regulação emocional dos utentes da UDN e garante a melhoria contínua.

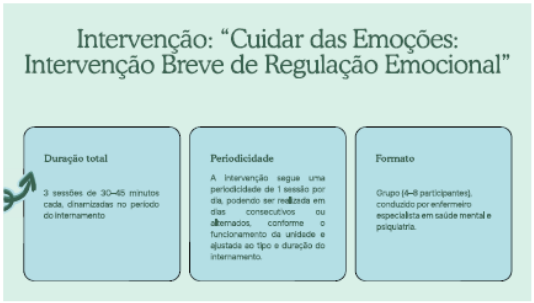
CICLO PDCA
AGIR
PLANEAR
VERIFICAR
EXECUTAR
A
P
C
D

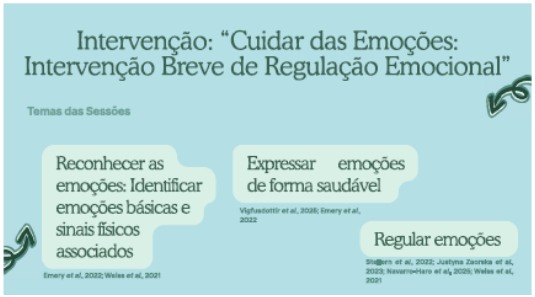
ANÁLISE SWOT
Forças
Intervenção estruturada, breve e replicável;
Baseada em evidência científica;
Baixo custo de implementação;
Realizada por enfermeiros especialistas;
Foco em competências transversais;
Melhora a relação terapêutica.
Fraquezas
Tempo limitado;
Heterogeneidade dos grupos;
Rotatividade elevada de utentes;
Dependência da disponibilidade da equipa;
Avaliação dependente de autorrelato.
S
W
T
O
Ameaças
Sobrecarga da equipa;
Resistência à mudança;
Limitações estruturais ou de espaço;
Sintomatologia de privação tardia de alguns utentes;
Possíveis recusas;
Possíveis desistências do programa.
Oportunidades
Integrar a intervenção no plano terapêutico;
Promover o envolvimento da equipa multidisciplinar;
Possibilidade de expandir o programa;
Aumentar a literacia emocional dos utentes;
Gerar dados úteis para investigação.

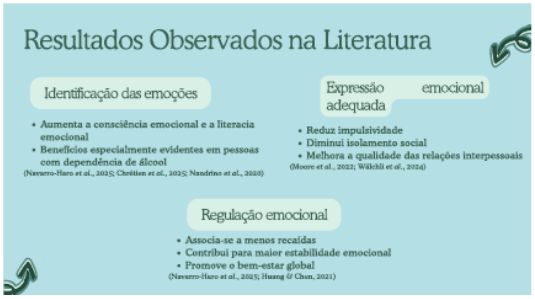

Objetivo Geral
Objetivos Específicos
01
Promover a regulação emocional dos utentes internados na UDN, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde mental.
01
Favorecer o reconhecimento e a expressão adequada das emoções
02
Capacitar os utentes com estratégias simples de autorregulação emocional
03
Proporcionar um espaço terapêutico de partilha e reflexão emocional
04
Avaliar o impacto da intervenção na perceção de bem-estar emocional dos utentes e na dinâmica da equipa


Critérios de Inclusão
São elegíveis os utentes que:
Se encontrem clinicamente estabilizados
sem sintomas agudos que impeçam participação (ex.: delírios ativos, abstinência grave, sedação marcada).
Possuam capacidade cognitiva preservada
nomeadamente atenção, memória de trabalho e capacidade de compreensão das instruções.
Demonstrem disponibilidade e motivação
para integrar dinâmicas breves de grupo.
Estejam numa fase do internamento que permita participação regular
nomeadamente após o período inicial de adaptação e estabilização.
Aceitem participar voluntariamente
após explicação clara dos objetivos e natureza da intervenção.

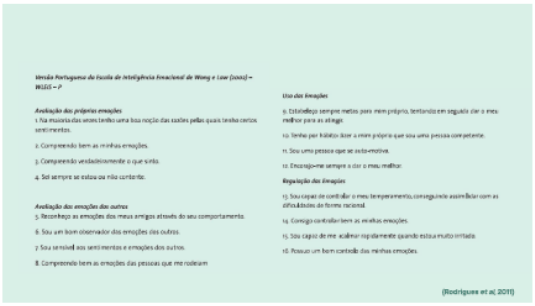

Critérios de Exclusão
São excluídos os utentes que apresentem:
Sintomatologia psiquiátrica aguda
que interfira com a comunicação, comportamento ou segurança (ex.: agitação grave, desorganização do pensamento).
Limitações cognitivas significativas
que comprometam a compreensão das tarefas ou dinâmicas propostas.
Comportamentos de risco para o grupo
incluindo impulsividade severa, hostilidade ou incapacidade de respeitar limites básicos.
Quadro clínico incompatível
(ex.: necessidade de isolamento, pós-crises médicas, estados de abstinência intensa).
Baixa disponibilidade emocional ou motivacional
manifestada por recusa consistente após esclarecimento.

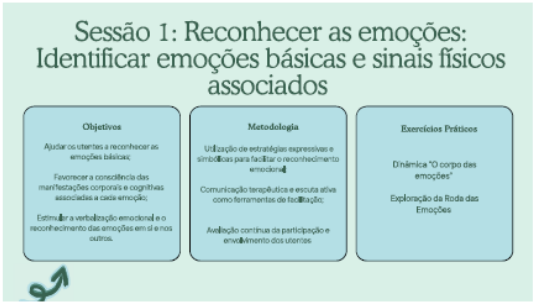

Intervenção: "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional"
Duração total
3 sessões de 30–45 minutos cada, dinamizadas no período do internamento
Periodicidade
A intervenção segue uma periodicidade de 1 sessão por dia, podendo ser realizada em dias consecutivos ou alternados, conforme o funcionamento da unidade e ajustada ao tipo e duração do internamento.
Formato
Grupo (4–8 participantes), conduzido por enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

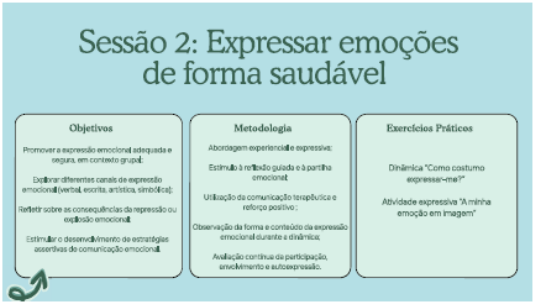

Intervenção: "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional"
Temas das Sessões
Reconhecer as emoções: Identificar emoções básicas e sinais físicos associados
Emery et al., 2022; Weiss et al., 2021
Expressar emoções de forma saudável
Vigfusdottir et al., 2026; Emery et al., 2022
Regular emoções
Stallern et al., 2022; Justyna Zaonska et al., 2023; Navarro-Haro et al., 2025; Weiss et al., 2021


Resultados Observados na Literatura
Identificação das emoções
• Aumenta a consciência emocional e a literacia emocional
• Benefícios especialmente evidentes em pessoas com dependência de álcool
(Navarro-Haro et al., 2025; Chrétien et al., 2025; Nandrino et al., 2020)
Expressão emocional adequada
• Reduz impulsividade
• Diminui isolamento social
• Melhora a qualidade das relações interpessoais
(Moore et al., 2022; Wikhli et al., 2024)
Regulação emocional
• Associa-se a menos recaídas
• Contribui para maior estabilidade emocional
• Promove o bem-estar global
(Navarro-Haro et al., 2025; Huang & Chen, 2021)

Instrumento de Avaliação WLEIS-P
O WLEIS-P é um instrumento que avalia a inteligência emocional em quatro dimensões, facilitando a aplicação e análise antes e após a intervenção.
1
2
3
4
Próprias Emoções
Emoções dos Outros
Uso das Emoções
Regulação das Emoções


Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS – P
Avaliação das próprias emoções
1. Na maioria das vezes tenho uma boa noção das razões pelas quais tenho certos sentimentos.
2. Compreendo bem as minhas emoções.
3. Compreendo verdadeiramente o que sinto.
4. Sei sempre se estou ou não contente.
Avaliação das emoções dos outros
5. Reconheço as emoções dos meus amigos através do seu comportamento.
6. Sou um bom observador das emoções dos outros.
7. Sou sensível aos sentimentos e emoções dos outros.
8. Compreendo bem as emoções das pessoas que me rodeiam
Uso das Emoções
9. Estabeleço sempre metas para mim próprio, tentando em seguida dar o meu melhor para as atingir.
10. Tenho por hábito fazer a mim próprio que sou uma pessoa competente.
11. Sou uma pessoa que se auto-motiva.
12. Encorajo-me sempre a dar o meu melhor.
Regulação das Emoções
13. Sou capaz de controlar o meu temperamento, conseguindo assimilar com as dificuldades de forma racional.
14. Consigo controlar bem as minhas emoções.
15. Sou capaz de me acalmar rapidamente quando estou muito irritado.
16. Possuo um bom controlo das minhas emoções.
(Rodrigues et al, 2011)


Sessão 1: Reconhecer as emoções: Identificar emoções básicas e sinais físicos associados
Objetivos
Ajudar os utentes a reconhecer as emoções básicas;
Favorecer a consciência das manifestações corporais e cognitivas associadas a cada emoção;
Estimular a verbalização emocional e o reconhecimento das emoções em si e nos outros.
Metodologia
Utilização de estratégias expressivas e simbólicas para facilitar o reconhecimento emocional;
Comunicação terapêutica e escuta ativa como ferramentas de facilitação;
Avaliação contínua da participação e envolvimento dos utentes.
Exercícios Práticos
Dinâmica "O corpo das emoções"
Exploração da Roda das Emoções


Sessão 2: Expressar emoções de forma saudável
Objetivos
Promover a expressão emocional adequada e segura, em contexto grupal;
Explorar diferentes canais de expressão emocional (verbal, escrita, artística, simbólica);
Refletir sobre as consequências da repressão ou explosão emocional.
Estimular o desenvolvimento de estratégias assertivas de comunicação emocional.
Metodologia
Abordagem experiencial e expressiva;
Estímulo à reflexão guiada e à partilha emocional
Utilização da comunicação terapêutica e reforço positivo ;
Observação da forma e conteúdo da expressão emocional durante a dinâmica;
Avaliação contínua da participação, envolvimento e autoexpressão.
Exercícios Práticos
Dinâmica "Como costumo expressar-me?"
Atividade expressiva "A minha emoção em imagem"

Sessão 3: Regular Emoções
Objetivos
Desenvolver a capacidade de autorregulação emocional em situações de stress;
Treinar técnicas simples e eficazes de relaxamento e grounding;
Promover o autoconhecimento e autocontrolo emocional.
Estimular a construção de um "kit pessoal de estratégias de regulação" adaptado a cada utente.
Metodologia
Abordagem experiencial, centrada na prática e reflexão;
Treino psicoeducativo de estratégias de regulação emocional;
Demonstração e treino orientado com feedback;
Avaliação contínua do impacto e da perceção subjetiva de eficácia das técnicas.
Exercícios Práticos
Partilha inicial
Treino prático de técnicas de regulação
Construção do "Kit Emocional Pessoal"

Cronograma Projeto: "Cuidar das Emoções Intervenção Breve de Regulação Emocional"

Indicadores
Indicadores de Processo
Visam monitorizar a execução da intervenção, a adesão dos participantes e a perceção da equipa quanto à sua aplicabilidade e utilidade.
Dimensões: Adesão, Fidelidade à intervenção, Satisfação dos profissionais e Viabilidade organizacional
Indicadores de Resultado (Curto Prazo)
Avaliam as mudanças esperadas nos utentes após a intervenção, tanto ao nível da regulação emocional como da perceção de bem-estar e aprendizagem
Dimensões: Regulação emocional, Bem-estar subjetivo, Aprendizagem percebida, Adesão terapêutica percebida
Indicadores de impacto (Médio Prazo)
Permitirão avaliar, numa fase posterior, o impacto da intervenção a nível organizacional e na continuidade de cuidados, caso o projeto venha a ser implementado de forma sistemática na unidade
Dimensões: Continuidade de cuidados, Reinternamento precoce, Satisfação global com o internamento

Resultados Esperados
Aumento da consciência e clareza emocional dos participantes, permitindo um reconhecimento mais rápido e preciso das emoções e dos seus gatilhos.
Melhoria na expressão e comunicação emocional em grupo, favorecendo a partilha, a validação entre pares e a diminuição do isolamento emocional.
Redução de dificuldades em regular emoções negativas, através da aprendizagem de estratégias práticas que promovem maior autocontrolo e estabilidade emocional.
Melhoria na adesão terapêutica e no clima relacional entre utentes e equipa, refletindo maior confiança, colaboração e envolvimento no processo de desabituação.
Validação de uma intervenção replicável e de baixo custo para unidades similares, demonstrando a sua aplicabilidade, simplicidade e potencial para integração em diferentes contextos clínicos.

Conclusão
A intervenção é viável, útil e adaptada ao contexto da UDN;
Alinhada com o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatrica na promoção da saúde mental;
Representa um contributo concreto para a melhoria contínua;
Responde a uma necessidade identificada pela equipa;
Pode melhorar o bem-estar emocional e a experiência de internamento
Pode contribuir para o empoderamento emocional dos utentes.

Referências Bibliográficas
Scan me

Muito Obrigado pela Atenção Dispensada
Dúvidas?

ANEXO XXI: Planos de Sessão das Intervenções Breves na UDN

Descrição da Sessão

Terapia pela Música: Uso de música ao vivo ou gravações para explorar emoções.

Atividade a realizar:

A sessão consiste na audição de músicas escolhidas pelos próprios utentes, criando um ambiente seguro, acolhedor e propício à expressão emocional. A literatura evidencia que a música funciona como um mediador terapêutico, capaz de facilitar a introspeção e a partilha de vivências, mesmo sem qualquer exigência de competências musicais.

Em contexto de desabituação, a terapia pela música tem demonstrado benefícios relevantes:

- Favorece a ligação consigo próprio, ajudando a reconhecer emoções que muitas vezes se encontram reprimidas ou confundidas com o *craving*.
- Promove a coesão grupal, reforçando a sensação de pertença e diminuindo sentimentos de isolamento frequentemente relatados durante o processo de abstinência.
- Estimula competências relacionais, essenciais para a reconstrução de redes de apoio e para o ajustamento emocional ao longo do internamento.
- Proporciona suporte emocional, podendo diminuir sintomas como irritabilidade, tensão interna e agitação comuns nas fases iniciais da desabituação.

Objetivos esperados da sessão:

Espera-se que, no final da atividade, os utentes apresentem redução dos níveis de ansiedade e melhoria do estado emocional, facilitando a adesão global ao programa terapêutico da UDN. A música funciona como um "*reset* emocional" que ajuda a criar disponibilidade interna para o tratamento.

Após a audição, realiza-se uma roda de partilha, onde cada participante é convidado a refletir sobre como a música influenciou o seu humor, que emoções despertou e que memórias ou pensamentos trouxe à superfície. Esta partilha guiada reforça a consciência emocional e promove estratégias adaptativas de comunicação e expressão.

Bibliografia:

Jörg Fachner, Clemens Maidhof, Murtagh, D., Devon De Silva, Filippo Pasqualitto, Fernie, P., Panin, F., Michell, A., Muller-Rodriguez, L., & Odell-Miller, H. (2023). Music therapy, neural processing, and *craving* reduction: an RCT protocol for a mixed methods feasibility study in a Community Substance Misuse Treatment Service. *Addiction Science & Clinical Practice*, *18*(1). https://doi.org/10.1186/s13722-023-00385-y

Local: Unidade de Desabituação do Norte
Sessão 1 Terapia pela Música
Data: A definir
Duração da Sessão: 1 hora

Objetivos	Metodologia (s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Estimular a identificação e expressão de emoções através de estímulos musicais. • Promover a escuta ativa, relaxamento e socialização entre participantes, reduzindo tensão emocional associada à desabituação. • Aumentar a consciência da intensidade emocional (leve, moderada, intensa). • Favorecer a associação entre música e estados internos, desenvolvendo vocabulário emocional e autoconsciência. • Reforçar o sentimento de pertença, validando experiências partilhadas	• Escuta musical dirigida (ouvir, sentir, identificar). • Associação emoção–música com partilha orientada. • Improvisação sonora com instrumentos simples (opcional). • Roda de partilha emocional com perguntas orientadoras. • História metafórica breve para consolidar aprendizagens (3 minutos). • Registo no quadro/caderno (emociona-te acalma-te desafia-te).	• Coluna Bluetooth ou aparelho de som. • Lista de músicas pré-selecionadas. • Instrumentos simples (maracas, pandeiretas, tambor pequeno, chocalhos) (opcional). • Cartões com emoções (alegria, calma, tristeza, ansiedade, irritação, nostalgia…). • Quadro branco + 4 marcadores. • Ficha rápida "Emoção Dominante Hoje" (opcional).	**1. Acolhimento e Introdução (5 minutos)** • Receber os utentes, formar círculo. • Breve explicação: "Hoje vamos usar a música para percebermos o que sentimos e como as emoções mudam. Não é preciso saber cantar ou tocar — basta ouvir." • Estabelecer regras simples: o participação livre o respeito pelas partilhas o confidencialidade **2. Aquecimento: Que emoção trago agora? (5 minutos)** • Distribuir cartões com emoções ou pedir que escolham uma do quadro. • Cada utente diz uma palavra (ou sinaliza com o cartão). • Enfermeiro regista no quadro (ex.: 3 ansiosos, 2 calmos, 1 triste…). **3. Escuta Musical Dirigida (15 minutos)** **Procedimento:** 1. O enfermeiro coloca 2 a 3 músicas curtas e diferentes entre si (calma / alegre / nostálgica). 2. Após cada música, pedir: o "Que emoção despertou?" o "Mudou o que estavam a sentir no início?" o "Foi uma emoção leve, moderada ou intensa?" 3. Registar palavras-chave no quadro. **Adaptação à UDN:** • Observar sinais de *craving*, impaciência, inquietação ou tensão muscular. • Evitar músicas com forte associação a festas, consumo ou ambientes de risco. **4. Improvisação Sonora (Opcional – 10 minutos)** • Distribuir instrumentos simples. • Orientar: "Toquem conforme o que estão a sentir. Pode ser leve, forte, rápido, devagar." • Objetivo: permitir expressão não verbal, reduzir tensão, promover coesão. • Parar gradualmente e pedir que fiquem 10 segundos em	• Evitar estímulos sonoros excessivos, especialmente em utentes ansiosos ou em abstinência aguda. • Adequar o estilo musical ao grupo, evitando gatilhos associados ao consumo. • Validar sempre participações não verbais. • Observar: • agitação • retraimento • irritabilidade • emoções que emergem sem explicação verbal • Manter ambiente seguro e estruturado. Notas Pós-Sessão (para registo clínico interno) • Reações emocionais observadas • Envolvimento do grupo (baixo/médio/alto) • Benefícios percebidos • Dificuldades/ajustes para próxima sessão

entre pares.			silêncio. **5. Roda de Partilha (10 minutos)** Perguntas orientadoras: • "Qual foi a emoção dominante durante a sessão?" • "Alguma música mudou o que estava a sentir?" • "Há alguma emoção que percebe agora melhor?" • "O que aprendeu hoje sobre o que sente?" **Intervenções do enfermeiro:** • Validar todas as emoções ("não há emoções erradas"). • Normalizar reações comuns durante a desabituação. • Reforçar estratégias de regulação já demonstradas. **6. História Metafórica (3 minutos)** Exemplo: **"A música dentro de nós"** Uma breve narrativa sobre como as emoções mudam como melodias, umas fáceis, outras intensas, mas todas temporárias e compreensíveis. Objetivo: consolidação emocional + integração da sessão. **7. Encerramento e Registo Emocional (2 minutos)** • Cada utente posiciona-se registando no quadro/caderno que emoções estão a sentir. • Pergunta final: "O que levo desta sessão para o resto do dia?"	

Sessão 2 – Desenho/Pintura (Arteterapia)

Atividade a realizar:

A sessão de arteterapia centra-se na expressão de emoções através do desenho ou da pintura, permitindo que os utentes traduzam visualmente aquilo que sentem, mesmo quando lhes falta linguagem verbal para o expressar. A arteterapia é reconhecida como uma abordagem predominantemente não verbal, que acolhe o indivíduo na sua globalidade e integra aspetos afetivos, cognitivos e sociais. Em contexto de saúde mental, a criação artística livre contribui para o aumento da autoestima, para a regulação emocional e para a construção de um espaço interno mais estável e seguro.

Na Unidade de Desabituação do Norte, esta estratégia assume particular relevância. Durante o processo de abstinência, muitos utentes relatam dificuldades em identificar e nomear emoções, tendência para somatização e bloqueios emocionais frequentemente associados ao consumo prévio. O ato de desenhar, simples, acessível e não ameaçador, permite que essas emoções encontrem um "canal" alternativo para serem expressas, compreendidas e trabalhadas.

Em contexto de desabituação, a arteterapia tem demonstrado benefícios específicos, tais como:

- Facilitar o acesso às emoções de forma segura, reduzindo a resistência inicial típica de intervenções mais verbais ou confrontativas.
- Promover a organização interna: ao transformar sensações difusas em formas, cores ou imagens, o utente torna o seu mundo emocional mais compreensível e estruturado.
- Reduzir níveis de ansiedade, irritabilidade e tensão emocional, criando um espaço de calma e concentração que funciona como um momento de estabilização durante o internamento.
- Reforçar competências de comunicação, ao proporcionar uma ponte para que os utentes consigam explicar sentimentos difíceis a partir do desenho, facilitando o diálogo terapêutico.
- Estimular a coesão grupal, uma vez que a partilha das obras cria oportunidades de identificação, empatia e validação entre os participantes.

Após a criação artística, cada utente é convidado a partilhar a sua obra de forma breve, explorando que emoção representa, que cor escolheu e porquê, e se o desenho traduz uma experiência recente, uma sensação presente ou um estado emocional difícil de verbalizar. Esta partilha orientada favorece a consciência emocional e cria um ambiente de suporte entre pares. Numa segunda fase, promove-se uma discussão em grupo sobre a associação entre cores, formas e emoções identificando elementos que tendem a representar emoções positivas,

neutras ou negativas. Este exercício contribui para aumentar a literacia emocional e para ajudar os utentes a reconhecer padrões pessoais e coletivos de expressão.

Objetivos esperados da sessão:

Espera-se que, após a atividade, os utentes evidenciem maior clareza emocional, redução de tensão interna e melhoria da comunicação emocional com o grupo e com a equipa terapêutica. A arteterapia funciona como um momento de introspeção ativa e reguladora, potenciando a adesão ao processo de desabituação e promovendo equilíbrio emocional ao longo do internamento.

Bibliografia: Quinn, P. (2025). Art therapy's engagement of brain networks for enduring *recovery* from addiction. *Frontiers in Psychiatry*, *15*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1458063

Local: Unidade de Desabituação do Norte				
Sessão Arteterapia				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 1 hora				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Promover a expressão emocional não-verbal, através de desenho/pintura. • Facilitar a exteriorização de emoções intensas frequentemente presentes na desabituação (ansiedade, culpa, medo, esperança). • Estimular a criatividade e a autoestima,	• Criação plástica livre (desenho, pintura, colagem simples). •Enquadramento psicoeducativo breve sobre cores e emoções. • Partilha orientada dos temos criados. • Roda de discussão sobre símbolos emocionais.	• Folhas A4 ou A3. • Lápis de cor, marcadores, pastéis, tintas guache (se possível). •Revistas/folhetos para colagens (opcional). • Tesouras sem ponta e cola. • Toalhas de papel e panos. • Cartões com emoções (para	1. Acolhimento e Introdução (5 minutos) • Formar círculo. • Explicar: "Hoje vamos expressar emoções através da arte. Não precisa de saber desenhar o foco é sentir, não é fazer algo perfeito." • Relembrar as regras: ○ participação livre ○ respeito pelas obras e partilhas ○ confidencialidade 2. Psicoeducação Breve: Cores e Emoções (5 minutos) O enfermeiro explica de forma simples: • Amarelo – alegria/energia • Azul – calma/tristeza (dependendo do tom) • Vermelho – raiva/força/ansiedade • Verde – equilíbrio • Preto – medo/culpa • Cinzento – neutralidade/cansaço	• Evitar interpretações psicológicas profundas (não é psicoterapia). • Atenção a conteúdos que expressem risco comunicar à equipa se necessário. • Estimular participação, mas respeitar quem prefere não partilhar. • Validar reações emocionais intensas (choro, frustração, silêncio). • Manter um ambiente acolhedor e sem julgamentos. Notas Pós-Sessão (para registo clínico interno)

oferecendo uma forma segura de autoexpressão. • Reforçar a consciência emocional, associando cores, formas e símbolos às emoções. • Promover a partilha e coesão grupal, validando emoções comuns à experiência de internamento.	• Exposição temporária (opcional) com consentimento dos utentes.	apoio à interpretação). • Mesa ampla ou apoio para desenhar. **Nota:** Se algum material não estiver disponível, a sessão pode funcionar apenas com lápis e marcadores.	• Laranja – motivação/curiosidade Importante: Validar que cada pessoa pode ter significados diferentes. 3. Atividade Principal: "Pinta a Emoção do Momento" (20 minutos) Instrução: "Escolhe uma emoção que tens sentido nesta fase da desabituação. Pinta ou desenha essa emoção como te fizer sentido — com símbolos, cores, formas, cenas ou apenas riscos." Objetivos operacionais: • Externalizar tensão interna. • Criar uma representação concreta da emoção. • Reduzir ansiedade pela expressão criativa. Papel do enfermeiro durante a criação: • Circular, apoiar sem interpretar ("Queres contar-me que emoção estás a trabalhar?"). • Observar sinais de sofrimento emocional, irritabilidade ou retraimento. • Reforçar autonomia: "Não precisa de ser bonito. Só precisa de ser teu." 4. Partilha e Discussão em Grupo (15 minutos) Cada utente, se quiser, é convidado a explicar: • "Qual emoção escolhi?" • "Por que usei estas cores?" • "O que esta imagem diz sobre como me sinto hoje?" Perguntas orientadoras para reflexão: • "Alguma cor repetiu-se entre vocês? O que isso pode significar sobre o grupo hoje?" • "Há emoções que apareceram mais vezes?" • "Foi difícil transformar a emoção em desenho?" Intervenção do enfermeiro: • Validar vulnerabilidades. • Ajudar a nomear emoções que surgem como "confusas" ou múltiplas. • Normalizar emoções negativas como parte do processo de recuperação. 5. Integração e Ligação à Regulação Emocional (5 minutos) • O enfermeiro faz a ponte para a sessão 3 (regulação): "Hoje aprendemos a dar forma ao que sentimos. Na próxima sessão vamos trabalhar estratégias para lidar com essas	• Grau de envolvimento dos participantes. • Emoções mais observadas. • Comportamentos relevantes: isolamento, agitação, impulsividade, *insight*. • Dificuldades técnicas (materiais, tempo, adesão). • Ajustes a considerar para próximas sessões.

			emoções quando surgem.” • Pergunta final: “O que descobri hoje sobre mim através do desenho?” 6. Encerramento e Registo Emocional (2 minutos) • Os utentes colocam a sua emoção dominante no quadro semanal. • Possibilidade (opcional) de expor os desenhos no corredor ou sala, com consentimento.	

Sessão 3 – Mímica/Drama: Expressão Corporal e *Role-Play*

Atividade a realizar:

A sessão de mímica e drama utiliza o corpo como principal instrumento de comunicação para explorar emoções, experiências internas e formas alternativas de expressão. Trata-se de uma abordagem não verbal que permite aceder a conteúdos emocionais profundos de forma segura, lúdica e espontânea. Na saúde mental, as técnicas de expressão corporal e *role-play* facilitam a consciência de padrões comportamentais, reduzem a inibição e promovem integração emocional através da ação.

Na Unidade de Desabituação do Norte, este tipo de atividade assume um papel particularmente útil, pois muitos utentes chegam à unidade com dificuldades marcadas na identificação das suas emoções, tendência para respostas impulsivas e estratégias comunicacionais empobrecidas, frequentemente moldadas pela história de consumo. A mímica oferece um espaço onde a emoção pode ser vivida, representada e compreendida sem recurso imediato à palavra, diminuindo a resistência e abrindo caminho a novos *insight*s.

Em contexto de desabituação, a expressão corporal e o drama terapêutico podem promover:

- Aumento da consciência emocional, ao permitir que os utentes "sintam no corpo" emoções que habitualmente evitam ou não conseguem nomear.
- Melhoria da autorregulação, já que representar emoções ajuda a reconhecê-las, diferenciá-las e ajustar a intensidade emocional.
- Redução da impulsividade, através de exercícios que exigem pausa, atenção e controlo motor.
- Desinibição gradual e maior confiança, tornando mais fácil participar em atividades de grupo e comunicar vulnerabilidades.
- Reforço da coesão grupal, especialmente quando exercidas dinâmicas de *role-play* que promovem empatia, humor e identificação entre os participantes.
- Exploração de estratégias de *coping*, simulando situações emocionalmente desafiantes num ambiente seguro e controlado.

A atividade pode iniciar com exercícios simples de mímica de emoções (como alegria, tristeza, medo, raiva ou vergonha), promovendo consciência corporal e reconhecimento de sinais não verbais. De seguida, podem ser integrados pequenos jogos dramáticos ou *role-play* simplificado, nos quais os utentes representam situações do quotidiano associadas a emoções intensas — conflito, frustração, limites, pedido de ajuda ou momentos de ansiedade.

Após cada exercício, realiza-se uma breve partilha orientada:

- O que sentiram ao representar a emoção?

- Foi fácil ou difícil mostrar sem palavras?
- Que pistas corporais identificaram nos outros?
- Esta emoção surge com frequência durante o processo de desabituação?

Esta reflexão promove compreensão emocional, validação mútua e maior capacidade de leitura do próprio corpo e do corpo dos outros.

Objetivos esperados da sessão:
Espera-se que a sessão contribua para uma consciência emocional mais refinada, melhoria das competências de comunicação não verbal, redução de tensões internas e maior facilidade em reconhecer e expressar emoções de forma adaptada. A mímica e o drama funcionam como um laboratório seguro onde os utentes podem experimentar novas respostas emocionais e comportamentais, integrando-as progressivamente no seu percurso de recuperação ao longo do internamento.

Bibliografia:
Zhang, X., & Wei, Y. (2024). The Role of Dance Movement Therapy in Enhancing Emotional Regulation: A Literature Review. *Heliyon*, *10*(15), e35733–e35733. https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35733

Anne Le Rhun, Caillet, P., Maxime Lebeaupin, Duval, M., L. Guilmault, Emmanuelle Anthoine, Borghi, G., Leclère, B., & Moret, L. (2023). Mind–body and art therapies impact on emotional regulation in patients with chronic diseases: a pragmatic mixed-methods randomized controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12906-023-04173-8

Local: Unidade de Desabituação do Norte				
Sessão Mímica/Drama: Expressão Corporal/Mímica				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 1 hora				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Promover a expressão emocional não-verbal através do corpo e do movimento.	• Exercícios de mímica de emoções. • Jogos de expressão	Sala ampla que permita movimento. Cadeiras para formar círculo.	1. Acolhimento e Introdução (5 minutos) • Formar círculo. • Explicação inicial: "Nesta sessão vamos trabalhar emoções através do corpo, sem falar. Não é teatro — é exploração das emoções de forma simples e segura."	• Atenção ao desconforto corporal ou ansiedade durante as representações. • Evitar exercícios que possam desencadear

• Facilitar o reconhecimento de emoções básicas (alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa, vergonha) através da observação e representação.
 	
• Estimular a consciência corporal, frequentemente diminuída devido ao consumo e à abstinência.
 	
• Melhorar competências de autorregulação e controlo da impulsividade por meio de exercícios de pausa, atenção e imitação.
 	
• Reforçar a coesão grupal, a empatia e a leitura do comportamento não-verbal dos pares.
 	
• Criar um espaço seguro onde emoções intensas possam ser representadas e compreendidas
	corporal e "espelho".
	
	• *Role-play* simplificado de pequenas situações do quotidiano.
	
	• Psicoeducação breve sobre comunicação não verbal e sinais corporais de emoções.
	
	• Roda de partilha final.
		Cartões ou imagens com emoções básicas (opcional).
		
		Caixa ou saco para retirar emoções aleatórias (para jogos).
		
		Quadro branco ou flipchart (para registo breve).
		
		Música suave para aquecimento corporal (opcional).
		
		Nota: Esta sessão não necessita de materiais complexos; o corpo é o principal instrumento.
			• Regras de segurança e respeito:
			  ○ participação livre
			  ○ não há representações "certas" ou "erradas"
			  ○ evitar contacto físico sem autorização
			  ○ confidencialidade
			
			2. Aquecimento Corporal Leve (5 minutos)
			
			Objetivo: *reduzir tensão muscular, aumentar consciência corporal e preparar o grupo.*
			
			Propostas:
			
			• Respiração profunda guiada (30 segundos).
			• Alongamentos simples de pescoço, ombros e braços.
			• Exercício "acordar o corpo": mover lentamente mãos, rosto, tronco.
			• Pequeno exercício de ritmo (bater palmas, pés — opcional).
			
			3. Mímica de Emoções Básicas (10 minutos)
			
			Instrução:
			"O facilitador vai mostrar uma emoção com o corpo — sem falar. Tentem adivinhar. Depois cada um poderá experimentar."
			
			Passos:
			
			• O enfermeiro representa 3–4 emoções básicas.
			• Os utentes adivinham e comentam o que viram ("ombros baixos", "cara tensa", etc.).
			• Cada utente é convidado a representar uma das emoções (retirada de um cartão ou escolhida livremente).
			
			Objetivos operacionais:
			
			• Aumentar a capacidade de reconhecer emoção observando o corpo.
			• Explorar como cada pessoa manifesta emoções de forma diferente.
			
			4. Jogo "O Espelho" (10 minutos)
			
			Em pares:
			
			• Um utente é "o espelho"; o outro faz movimentos lentos (sem fala).
			• Trocar de papéis após 2–3 minutos.
			
			Objetivos:
			
			• Trabalhar atenção, pausa e autocontrolo.
			• Promover empatia e sintonia corporal.
				memórias traumáticas não verbalizadas.
				
				• Reforçar continuamente que a atividade não é avaliativa.
				
				• Respeitar quem prefere apenas observar.
				
				• Sinais de risco emocional devem ser comunicados à equipa.
				
				Notas Pós-Sessão (para registo interno)
				
				• Grau de adesão e envolvimento.
				• Emoções mais representadas.
				• Dificuldades observadas (impulsividade, inibição, retraimento).
				• Conflitos ou tensões no grupo durante o *role-play*.
				• Ajustes necessários para futuras sessões (tempo, dinâmica, número de participantes).

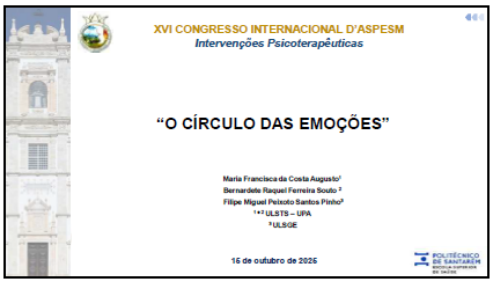
sem recurso à linguagem verbal.			• Reduzir impulsividade. Nota: • Evitar movimentos bruscos. • Facilitador circula e assegura segurança e conforto. 5. *Role-Play* Simplificado: "Representar Situações" (15 minutos) Cada par ou trio representa uma situação do quotidiano apenas com o corpo. Exemplos: • Sentir frustração numa fila longa. • Ter medo ao ouvir um barulho inesperado. • Alegria ao receber boas notícias. • Culpa ao fazer algo que não devia. • Resistir a algo difícil (ajuda a trabalhar *craving* indiretamente, sem nomeá-lo). Passos: 1. Escolha da situação (por cartões ou pelo facilitador). 2. 1 minuto de preparação. 3. Representação silenciosa (30–45 segundos). 4. Breve interpretação pelo grupo: "O que observaram?" Objetivos: • Ajudar a identificar sinais corporais de emoções intensas. • Aumentar a consciência das próprias respostas emocionais no dia-a-dia. • Fortalecer competências relacionais e de leitura do outro. 6. Partilha e Integração Final (8 minutos) Sentados em círculo: • Perguntas de reflexão: o "Qual exercício foi mais difícil? Porquê?" o "O que descobri sobre o meu corpo quando sinto emoção forte?" o "Alguma representação fez sentido para a minha vivência na desabituação?" • Facilitador valida todas as respostas e normaliza emoções negativas. 7. Encerramento e Registo Emocional (2 minutos) • Cada utente escolhe a "emoção dominante" após a sessão e coloca-a no quadro semanal. • Agradecimento e reforço positivo.	

Local: Unidade de Desabituação do Norte				
Sessão *Roleplay (Expressão Emocional Através de Situações Reais)*				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 1 hora				
Objetivos	**Metodologia (s)**	**Recursos**	**Tarefas**	**Observações**
• Permitir que os utentes representem emoções através de pequenas situações do quotidiano, de forma segura e orientada. • Melhorar a identificação de emoções em situações sociais, reforçando *insight* e autoconsciência. • Trabalhar competências de comunicação não-verbal, observação e leitura emocional do outro. • Promover estratégias de gestão emocional "em tempo real", simulando desafios comuns na	• Jogos de *role-play* estruturado e simples. •Representação curta de situações reais ou simbólicas relacionadas com emoções básicas ou contextos de desafio. • Observação ativa pelo grupo. • *Debriefing* orientado com perguntas de reflexão. •Psicoeducação sobre respostas emocionais e comportamentais.	• Cartões com pequenas situações (ver exemplos abaixo). • Sala com espaço para representação. • Cadeiras para círculo. • Quadro branco / flipchart (opcional para registos curtos). • Caixa ou saco para retirada aleatória de situações. **Exemplos de situações (para cartões):** • "Estás muito frustrado porque algo que planeaste não correu como querias." • "Ficaste ansioso ao entrar numa sala com	1. Acolhimento e Introdução (5 minutos) • Formar círculo. • Explicar: "Hoje vamos representar pequenas situações do dia a dia para reconhecer como o corpo e a expressão mostram emoções. A atividade não é teatro e não vamos avaliar desempenhos — é um espaço seguro para explorar emoções." • Regras de segurança: ○ participação livre ○ proibição de contacto físico não autorizado ○ representações breves ○ respeito e confidencialidade 2. Psicoeducação Breve: Emoções no Corpo (5 minutos) O enfermeiro explica de forma simples: • emoções têm sinais corporais associados (tensão, postura, ritmo, respiração) • cada pessoa expressa emoções de forma diferente • perceber o efeito do corpo na emoção ajuda na regulação Exemplos rápidos: • Raiva → músculos tensos, olhar fixo, respiração rápida • Medo → postura fechada, movimentos rápidos ou congelamento • Alegria → energia aumentada, sorriso, braços abertos • Tristeza → ombros caídos, movimentos lentos 3. Exercício de Pre-Aquecimento Social (5 minutos) Jogo "Expressa apenas com postura": O enfermeiro diz uma emoção (ex.: calma, irritação, ansiedade, alegria) e os utentes mudam apenas a postura corporal durante 3–5 segundos. Objetivos: • ativar consciência postural • promover foco antes do *role-play*	• Monitorizar sinais de desconforto emocional ou retraimento. • Evitar situações demasiado próximas de trauma explícito. • Atenção redobrada a utentes com impulsividade elevada. • Reforçar proteção emocional do grupo: não ridicularizar, não interpretar psicodinamicamente. • Ajustar complexidade das situações ao estado emocional do grupo. **Notas Pós-Sessão (Registo Interno)** • Representações que suscitaram maior impacto emocional. • Emoções mais trabalhadas. • Aderência dos participantes. • Dificuldades (verbalização, vergonha, impulsividade, retraimento). • Sugestões para melhorar a próxima sessão.

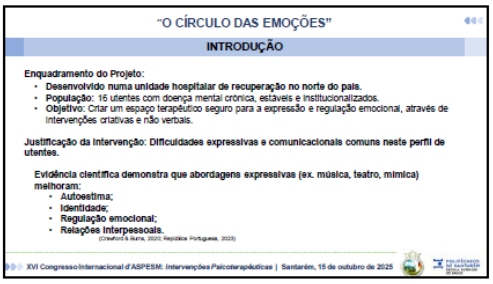
desabituação.
 	
• Reforçar a coesão grupal e a cooperação entre participantes.
 	
• Facilitar a compreensão de gatilhos emocionais que podem surgir no internamento ou no pós-alta.
		muitas pessoas."
		
		• "Sentiste esperança depois de receber uma boa notícia."
		
		• "Ficaste irritado com uma espera longa."
		
		• "Estás orgulhoso por ter conseguido ultrapassar um desafio."
		
		• "Sentes medo após ouvir um som inesperado."
		
		• "Estás desconfiado numa conversa difícil."
		
		• "Recebeste apoio inesperado e sentiste gratidão."
			4. Atividade Principal: *Role-Play* de Emoções (30 minutos)
			Passo 1 – Escolha da Situação (2 minutos)
			Os utentes retiram um cartão da caixa ou escolhem um de uma lista.
			Passo 2 – Preparação (2 minutos)
			Cada par/trio tem 1–2 minutos para pensar:
			• Que emoção central está na situação?
			• Como o corpo pode representar essa emoção?
			• O que posso fazer sem falar?
			Passo 3 – Representação (8–10 minutos)
			Cada grupo representa a situação em 30–45 segundos.
			Indicações:
			• Sem fala
			• Evitar exageros ou movimentos bruscos
			• Basear-se em emoções reais
			Passo 4 – Observação Ativa do Grupo (ao longo da atividade)
			• Os outros participantes anotam mentalmente:
			  ○ O que viram no corpo?
			  ○ O que a postura dizia?
			  ○ Que emoções conseguiram identificar?
			Passo 5 – Discussão Orientada (10–12 minutos)
			Após cada representação, discutir:
			• "Que emoção identificaram?"
			• "Que pistas corporais vos ajudaram?"
			• "Se estivessem nesta situação na vida real, o que poderiam fazer para regular esta emoção?"
			• "Alguma representação fez lembrar um momento do internamento ou da vida antes da UDN?"
			O enfermeiro facilita:
			• valida respostas
			• evita julgamentos
			• promove *insight* ("O que é que o teu corpo faz quando estás frustrado?")
			• normaliza emoções difíceis
			
			5. Integração Final: Ligação à Regulação Emocional (5 minutos)
			Mensagem do facilitador: "Hoje vimos como o corpo mostra o que estamos a sentir, mesmo sem	

			palavras. Reconhecer estes sinais é a primeira etapa para regular emoções — amanhã vamos trabalhar estratégias práticas para gerir essas emoções." Pergunta final ao grupo: • "O que aprendi hoje sobre a forma como expresso emoções?" 6. Encerramento e Registo Emocional (2 minutos) • Cada utente identifica a sua "emoção dominante do momento" e regista-a no quadro semanal. • Agradecimento e reforço positivo.	

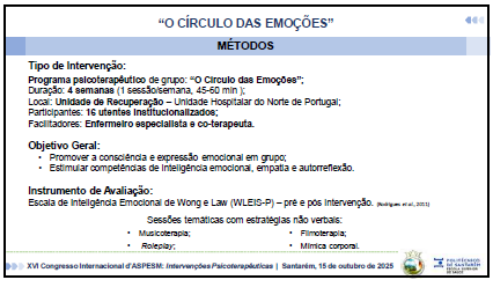
ANEXO XXII: Apresentação PowerPoint do "O Círculo das Emoções", no XVI Congresso Internacional da ASPESM


XVI CONGRESSO INTERNACIONAL D'ASPESM
Intervenções Psicoterapêuticas
"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
Maria Francisca da Costa Augusto[1]
Bernardete Raquel Ferreira Scoto [1]
Filipe Miguel Peixoto Santos Pinho[2]
[1] [2] ULSTS – UPA
[2] ULSGE
15 de outubro de 2025

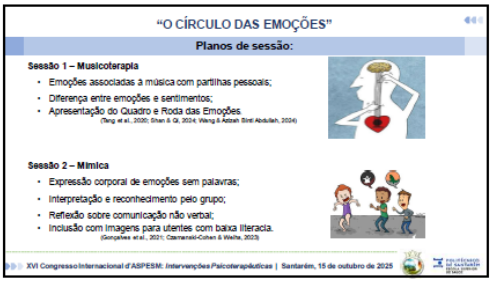
1


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
INTRODUÇÃO
Enquadramento do Projeto:
Desenvolvido numa unidade hospitalar de recuperação no norte do país.
População: 16 utentes com doença mental crónica, estáveis e institucionalizados.
Objetivo: Criar um espaço terapêutico seguro para a expressão e regulação emocional, através de intervenções criativas e não verbais.
Justificação da intervenção: Dificuldades expressivas e comunicacionais comuns neste perfil de utentes.
Evidência científica demonstra que abordagens expressivas (ex. música, teatro, mímica) melhoram:
Autoestima;
Identidade;
Regulação emocional;
Relações interpessoais.
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

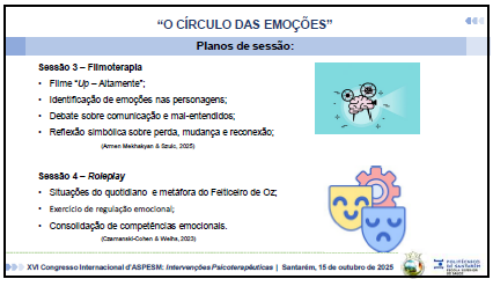
2


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
MÉTODOS
Tipo de Intervenção:
Programa psicoterapêutico de grupo: "O Círculo das Emoções";
Duração: 4 semanas (1 sessão/semana, 45-60 min);
Local: Unidade de Recuperação – Unidade Hospitalar do Norte de Portugal;
Participantes: 16 utentes institucionalizados;
Facilitadores: Enfermeiro especialista e co-terapeuta.
Objetivo Geral:
Promover a consciência e expressão emocional em grupo;
Estimular competências de inteligência emocional, empatia e autorreflexão.
Instrumento de Avaliação:
Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS-P) – pré e pós intervenção.
Sessões temáticas com estratégias não verbais:
Musicoterapia;
Roleplay;
Filmoterapia;
Mímica corporal.
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

3


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
Planos de sessão:
Sessão 1 – Musicoterapia
Emoções associadas à música com partilhas pessoais;
Diferença entre emoções e sentimentos;
Apresentação do Quadro e Roda das Emoções.
Sessão 2 – Mímica
Expressão corporal de emoções sem palavras;
Interpretação e reconhecimento pelo grupo;
Reflexão sobre comunicação não verbal;
Inclusão com imagens para utentes com baixa literacia.
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

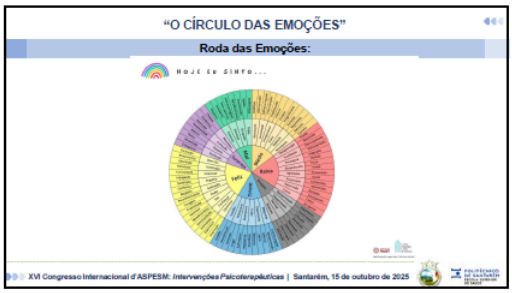
4


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
Planos de sessão:
Sessão 3 – Filmoterapia
Filme "Up – Altamente";
Identificação de emoções nas personagens;
Debate sobre comunicação e mal-entendidos;
Reflexão simbólica sobre perda, mudança e reconexão;
Sessão 4 – Roleplay
Situações do quotidiano e metáfora do Feiticeiro de Oz;
Exercício de regulação emocional;
Consolidação de competências emocionais.
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

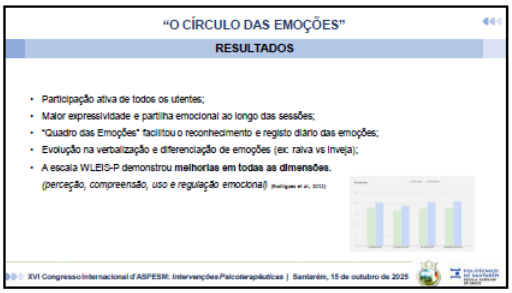
5

"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
Quadro de continuidade:
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

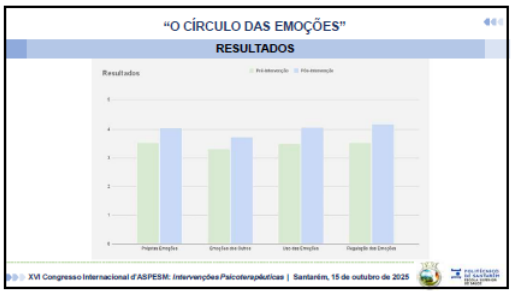
6


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
Roda das Emoções:
HOJE EU SINTO...
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

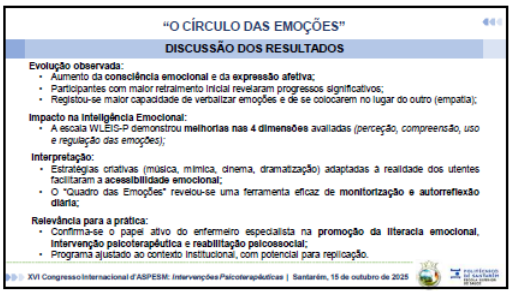
7


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
RESULTADOS
Participação ativa de todos os utentes;
Maior expressividade e partilha emocional ao longo das sessões;
"Quadro das Emoções" facilitou o reconhecimento e registo diário das emoções;
Evolução na verbalização e diferenciação de emoções (ex: raiva vs inveja);
A escala WLEIS-P demonstrou melhorias em todas as dimensões.
(perceção, compreensão, uso e regulação emocional)
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

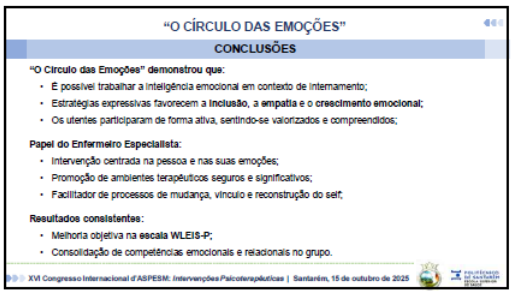
8

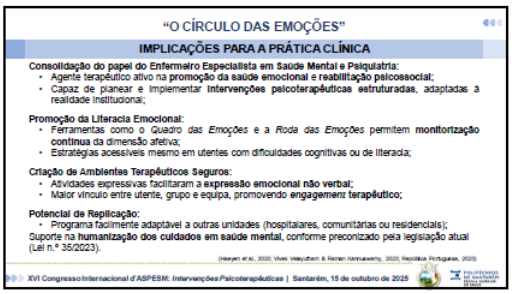

"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
RESULTADOS
Resultados
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

9


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS
Evolução observada:
Aumento da consciência emocional e da expressão afetiva;
Participantes com maior retraimento inicial revelaram progressos significativos;
Registou-se maior capacidade de verbalizar emoções e de se colocarem no lugar do outro (empatia);
Impacto na Inteligência Emocional:
A escala WLEIS-P demonstrou melhorias nas 4 dimensões avaliadas (perceção, compreensão, uso e regulação das emoções);
Interpretação:
Estratégias criativas (música, mímica, cinema, dramatização) adaptadas à realidade dos utentes facilitaram a acessibilidade emocional;
O "Quadro das Emoções" revelou-se uma ferramenta eficaz de monitorização e autorreflexão diária;
Relevância para a prática:
Confirma-se o papel ativo do enfermeiro especialista na promoção da literacia emocional, intervenção psicoterapêutica e reabilitação psicossocial;
Programa ajustado ao contexto institucional, com potencial para replicação.
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

10


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
CONCLUSÕES
"O Círculo das Emoções" demonstrou que:
É possível trabalhar a inteligência emocional em contexto de internamento;
Estratégias expressivas favorecem a inclusão, a empatia e o crescimento emocional;
Os utentes participaram de forma ativa, sentindo-se valorizados e compreendidos;
Papel do Enfermeiro Especialista:
Intervenção centrada na pessoa e nas suas emoções;
Promoção de ambientes terapêuticos seguros e significativos;
Facilitador de processos de mudança, vínculo e reconstrução do self;
Resultados consistentes:
Melhoria objetiva na escala WLEIS-P;
Consolidação de competências emocionais e relacionais no grupo.
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025


"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA
Consolidação do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria:
Agente terapêutico ativo na promoção da saúde emocional e reabilitação psicossocial;
Capaz de planear e implementar intervenções psicoterapêuticas estruturadas, adaptadas à realidade institucional;
Promoção da Literacia Emocional:
Ferramentas como o Quadro das Emoções e a Roda das Emoções permitem monitorização contínua da dimensão afetiva;
Estratégias acessíveis mesmo em utentes com dificuldades cognitivas ou de literacia;
Criação de Ambientes Terapêuticos Seguros:
Atividades expressivas facilitaram a expressão emocional não verbal;
Maior vínculo entre utente, grupo e equipa, promovendo engagement terapêutico;
Potencial de Replicação:
Programa facilmente adaptável a outras unidades (hospitalares, comunitárias ou residenciais);
Suporte na humanização dos cuidados em saúde mental, conforme preconizado pela legislação atual (Lei n.º 35/2023).
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

"O CÍRCULO DAS EMOÇÕES"
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
SCAN ME
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: Intervenções Psicoterapêuticas | Santarém, 15 de outubro de 2025

13

ANEXO XXIII: Comprovativo de Presença no XVI Congresso Internacional da ASPESM

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Maria Francisca Costa Augusto

frequentou, no dia 15 de outubro de 2025, o XVI Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema "Intervenções Psicoterapêuticas", realizado de 15 a 17 de outubro de 2025, em Santarém, Portugal, com a duração de 8 (oito) horas.

Porto, 17 de outubro de 2025

P'la Comissão Científica

O Presidente do Congresso

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

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Maria Francisca da Costa Augusto

apresentou a Comunicação Oral

O Círculo das Emoções: uma intervenção psicoterapêutica em contexto de psiquiatria de reabilitação

da autoria de

Maria Francisca da Costa Augusto; Bernardete Raquel Ferreira Souto & Filipe Miguel Peixoto Santos Pinho

no Concurso de Comunicações Orais de temática livre, inserido no XVI Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema "Intervenções Psicoterapêuticas", realizado de 15 a 17 de outubro de 2025 em Santarém, Portugal.

Porto, 17 de outubro de 2025

P'la Comissão Científica

O Presidente do Congresso

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

ANEXO XXIV: Comprovativo de Presença no II Encontro de Redução de Riscos e Minimização de Danos do CRI de Braga

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ICAD
Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.

Declaração

Despacho n.º 13019/98, de 29 de julho e n.º 1 do artigo 21.º da Portaria n.º 208/2013, de 26 de junho

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.
Parque de Saúde Pulido Valente • Alameda das Linhas de Torres, n.º 117 • Edifício ICAD • 1750-147 Lisboa – Portugal
NIPC: 517839539
Entidade Acreditada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
Entidade Formadora Acreditada pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua

Declara-se que **Maria Francisca Costa Augusto** participou no **II Encontro de Redução de Riscos e Minimização de Danos do CRI de Braga: Segurança e Inclusão em Tempos de Novos Desafios,** que decorreu no dia 19 de novembro de 2025, em Guimarães.

Organizada e promovida pelo Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. (ICAD, I.P.)

Lisboa, 19 de novembro de 2025

O Coordenador do CRI

Assinado por: **Maria João Rafael Pinto dos Santos**
Num. de Identificação: 09812329 Data: 2025.11.20 17:09:23+00'00'

CHAVE MÓVEL

ANEXO XXV: Comprovativo de Presença nas I Jornadas da CPCJ de Lousada

Certificado

I Jornadas da CPCJ de Lousada

Proteger e Intervir na Infância e Juventude - Desafios Atuais

A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Lousada em parceria com o Município de Lousada e a ULS Tâmega e Sousa certificam que

participou nas **I Jornadas da CPCJ de Lousada**, subordinadas ao tema ***"Proteger e Intervir na Infância e Juventude – Desafios Atuais"***, realizadas no dia **18 de novembro de 2025**, das **8h30** às **16h30**, no **Auditório Municipal de Lousada**, com a duração total de **8 horas**.

Lousada, 18 de novembro de 2025

Jorge Garrido Presidente da CPCJ	**Maria do Céu Rocha** Vereadora da Ação Social Município de Lousada	**Iolanda Couto** Enfermeira, Gestora na ULSTS - CSP Lousada

CPCJ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens | município de lousada | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA | UCC Lousada

ANEXO XXVI: Construir Vínculos, Criar Pontes: Práticas Colaborativas em Saúde Mental

CERTIFICADO

Certifica-se que ***Maria Francisca Costa Augusto***

participou no evento formativo "**Construir Vínculos, Criar Pontes: Práticas Colaborativas em Saúde Mental", no âmbito das Equipas Comunitárias de Saúde Mental,** que se realizou no auditório Hospital Padre Américo, no dia 11 de fevereiro de 2026, com uma **carga horária de 5h30**.

Penafiel, 11 de fevereiro de 2026

A Diretora do DFIID,
(Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento)
Prof. Doutora Teresa Cardoso

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: eventos@ulsts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

Programa Científico

09:00 Receção aos participantes

09:15 O que é a doença mental grave?
Dr.ª Daniela Santana, Dr. Pedro Martins e Dr. Pedro Peixoto e (Internos de Formação Específica de Psiquiatria ULSTS)

10:00 Reconhecimento e intervenção na descompensação clínica
Dr. Francisco Nogueira e Dr.ª Sara Velhote (Internos de Formação Específica de Psiquiatria ULSTS)

10:45 Intervalo

11:00 O olhar do terapeuta de referência
Terapeuta Ocupacional
(Dr.ª Filipa Lopes - ULS Viseu Dão-Lafões)

12:00 Intervalo para o Almoço

14:00 Comunicação empática e aliança terapêutica
Psicóloga
(Dr.ª Patrícia Tavares - ULS Matosinhos)

14:45 Comunicação com o utente e a família
Enfermeiros
Enf.ª Carla Loureiro e Enf.º José Meira – ULS Santo António – Hospital Magalhães Lemos)

15:30 Intervalo

15:45 Articulação com o poder local e rede comunitária
Assistente Social
Dr.ª Filipa Rocha – ULS Região de Aveiro

16:30 Conclusões

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

ANEXO XXVII: Comprovativo de Presença nas 2.ªs Jornadas em Enfermagem de Saúde Mental na ULSTS

2AS JORNADAS
EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE MENTAL

20 FEVEREIRO 2026 | 08:30
AUDITÓRIO DO MUSEU
MUNICIPAL DE PENAFIEL

CERTIFICADO

Certifica-se que ***Maria Francisca Costa Augusto***

participou nas **2.as Jornadas de Enfermagem de Saúde Mental**, realizadas no Auditório do Museu Municipal de Penafiel, no dia 20 de fevereiro de 2026, com a duração total de cinco horas e **trinta minutos (5h30).**

Penafiel, 20 de fevereiro de 2026

A Diretora do DFIID,
(Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento)
Prof. Doutora Teresa Cardoso

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: eventos@ulsts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TÂMEGA E SOUSA

Programa Científico

08:30 Receção aos participantes

09:00 A reestruturação dos cuidados em saúde mental

Moderadora: Enf.º Dores Gomes

A integração de um centro de responsabilidade integrada na organização da prestação de cuidados em saúde mental - Emanuel Pereira
Enfermeiro ESMP na ULS Castelo Branco
Apresentação do Projeto Piloto Centro de Responsabilidade Integrada – SM da ULSTS
Dr. Orlando Doellinger - Diretor do Serviço de Psiquiatria Diretor do CRI de SM da ULSTS
Saúde Mental Comunitária e a Setorização
Daniel Carvalho Enfermeiro ESMP na ULS Região Leiria

10:00 Sessão de Abertura

10:45 Intervalo

11:30 O papel do enfermeiro nas equipas comunitárias

Moderador: Enf.º Hugo Preto

Equipa comunitária de SM da ULSTS - Setor Lousada– Adultos – grupos terapêuticos
Enf.º ESMP Isabel Castro
Equipa comunitária de SM ULSMAVE – Do planeamento à implementação – grupos terapêuticos
Enf.º ESMP Liliana Araújo

12:30 Intervalo para o Almoço

14:00 Intervenção Psicoterapêutica do Enfermeiro Especialista: Abordagens e Desafios

Moderadora: Enf.º Elsa Almeida

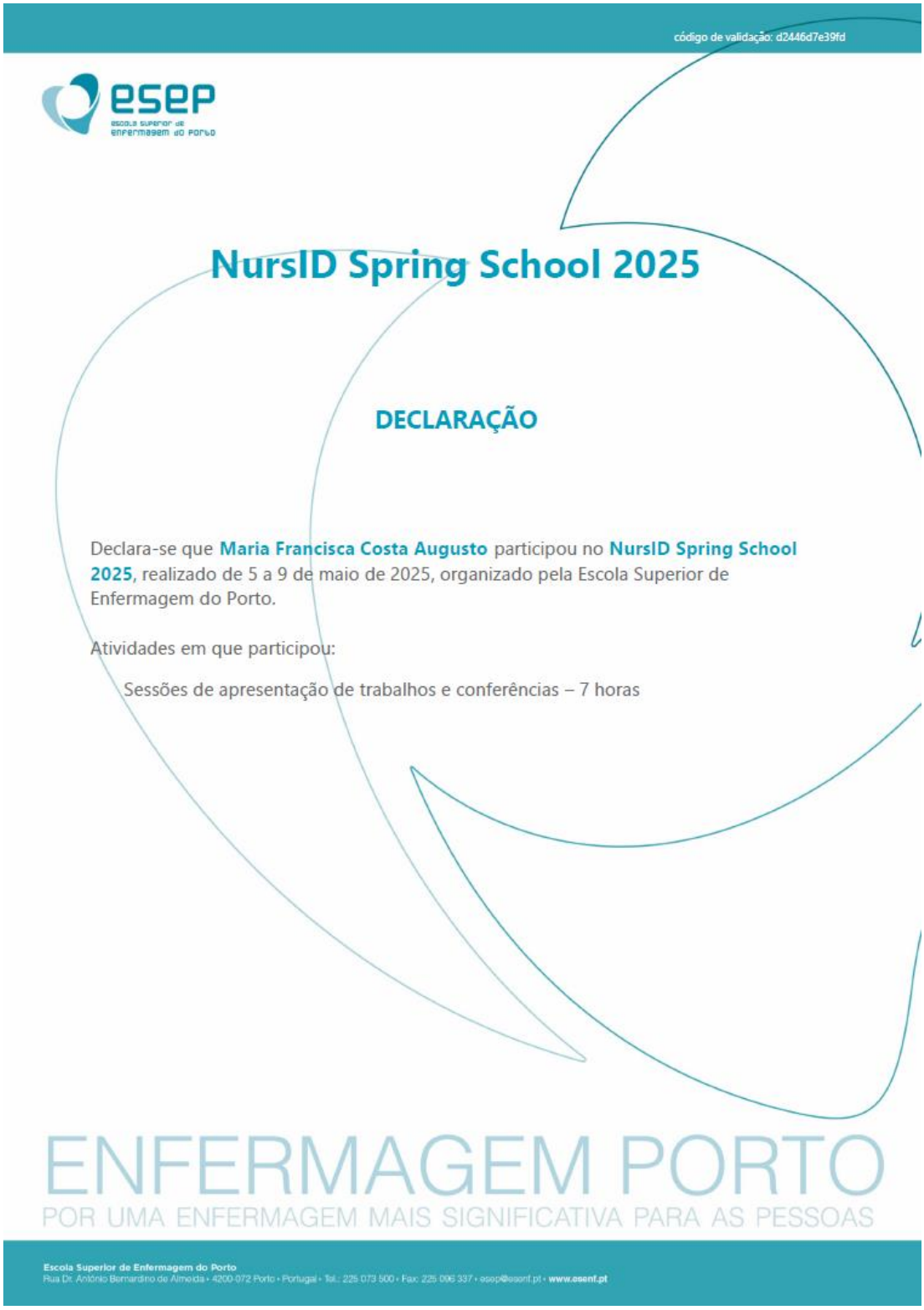
Regulamentação de enfermagem SM em Portugal Intervenção psicoterapêutica em enfermagem - *Professor Doutor Francisco Sampaio da ESEP*
Intervenção psicoterapêutica no internamento – Do planeamento à execução
Cristina Dias EESMP da ULSSA
Intervenção Psicoterapêutica na consulta Externa de Psiquiatria - Planeamento, execução e resultados - *Enf.º Elsa Barbosa EESMP da ULSTS*

15:30 Apresentação do logotipo do Núcleo de Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica - NESMP

16:00 Sessão de Encerramento

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

ANEXO XXVIII: Comprovativo de Participação na NursID Spring School 2025



código de validação: d2446d7e39fd

esep
escola superior de enfermagem do porto

NursID Spring School 2025

DECLARAÇÃO

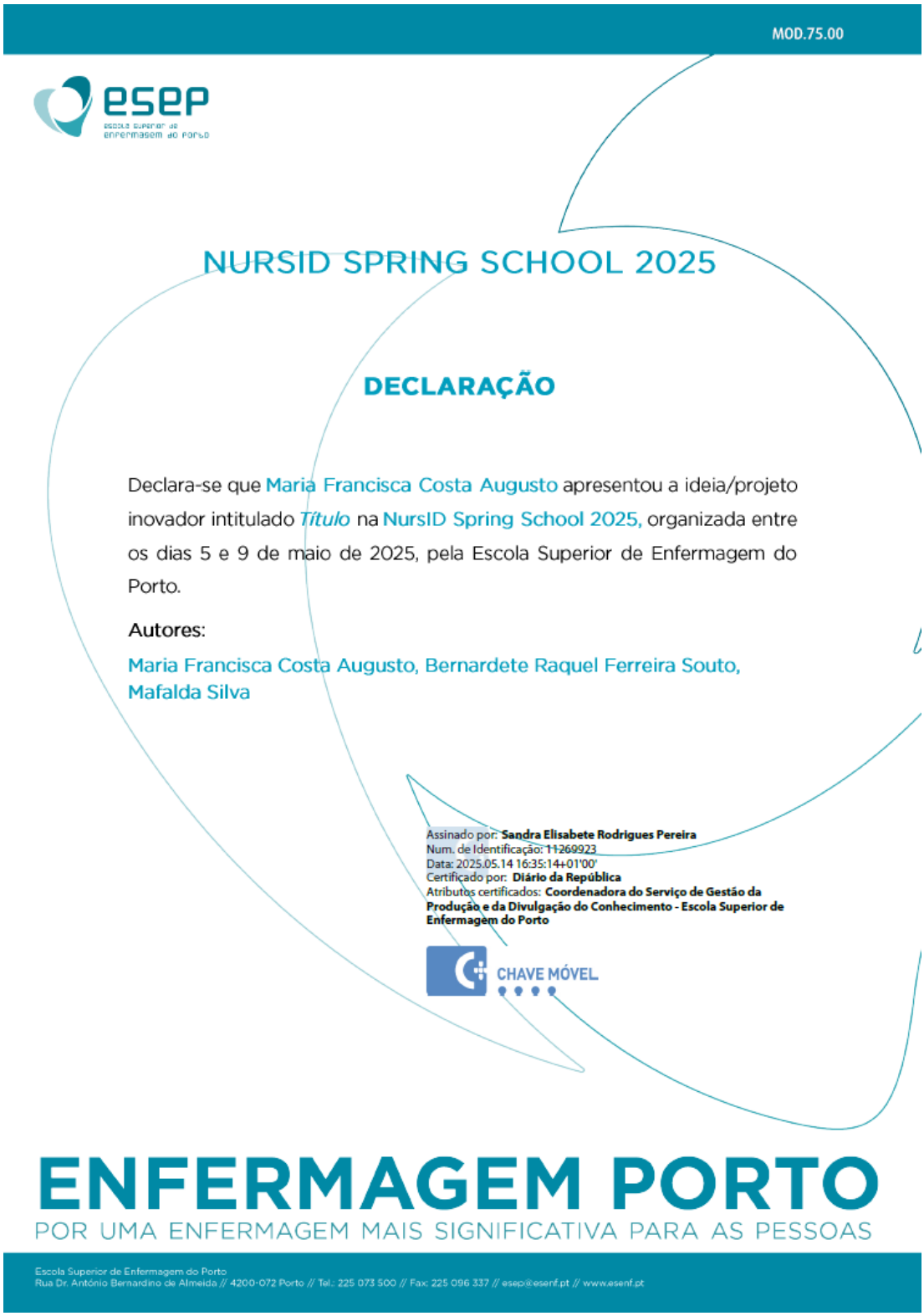
Declara-se que **Maria Francisca Costa Augusto** participou no **NursID Spring School 2025**, realizado de 5 a 9 de maio de 2025, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

Sessões de apresentação de trabalhos e conferências – 7 horas

ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida • 4200-072 Porto • Portugal • Tel.: 225 073 500 • Fax: 225 006 337 • esep@esenf.pt • www.esenf.pt



MOD.75.00

esep
escola superior de enfermagem do porto

NURSID SPRING SCHOOL 2025

DECLARAÇÃO

Declara-se que Maria Francisca Costa Augusto apresentou a ideia/projeto inovador intitulado *Título* na NursID Spring School 2025, organizada entre os dias 5 e 9 de maio de 2025, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Autores:

Maria Francisca Costa Augusto, Bernardete Raquel Ferreira Souto, Mafalda Silva

Assinado por: **Sandra Elisabete Rodrigues Pereira**
Num. de Identificação: 11269923
Data: 2025.05.14 16:35:14+01'00'
Certificado por: **Diário da República**
Atributos certificados: **Coordenadora do Serviço de Gestão da Produção e da Divulgação do Conhecimento - Escola Superior de Enfermagem do Porto**

CHAVE MÓVEL

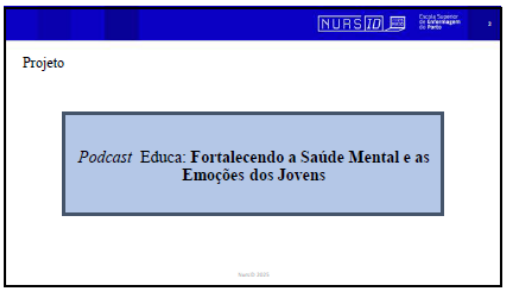
ENFERMAGEM PORTO
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. António Bernardino de Almeida // 4200-072 Porto // Tel.: 225 073 500 // Fax: 225 096 337 // esep@esenf.pt // www.esenf.pt

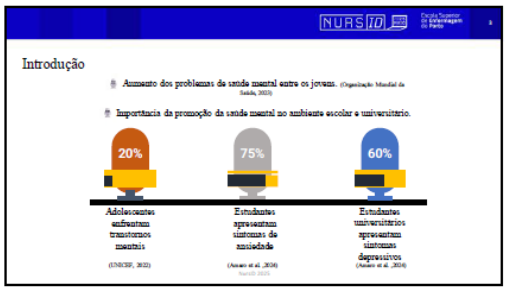
ANEXO XXIX: Apresentação PowerPoint da Proposta Inovadora do Projeto Podcast.Educa

Podcast Educa: Fortalecendo a Saúde Mental e as Emoções dos Jovens
Maria Francisca Costa Augusto
Bernardete Raquel Soulo
Mafalda Silva
5-X-9 MAIO
PORTO, PORTUGAL
CINTESIS
esep
RISE
COMPETE 2020
2020

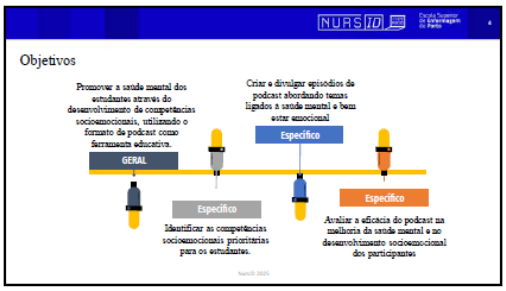
1


Projeto
Podcast Educa: Fortalecendo a Saúde Mental e as Emoções dos Jovens

2


Introdução
Aumento dos problemas de saúde mental entre os jovens.
Importância da promoção da saúde mental no ambiente escolar e universitário.
20%
75%
60%
Adolescentes enfrentam transtornos mentais
Estudantes apresentam sintomas de ansiedade
Estudantes universitários apresentam sintomas depressivos

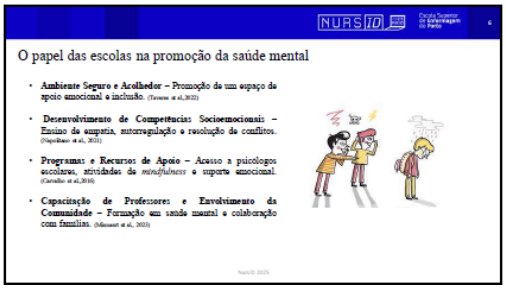
3


Objetivos
Promover a saúde mental dos estudantes através do desenvolvimento de competências socioemocionais, utilizando o formato do podcast como ferramenta educativa.
Criar e divulgar episódios de podcast abordando temas ligados à saúde mental e bem estar emocional
GERAL
Específico
Específico
Específico
Identificar as competências socioemocionais prioritárias para os estudantes.
Avaliar a eficácia do podcast na melhoria da saúde mental e no desenvolvimento socioemocional dos participantes

4

Competências Socioemocionais e a Saúde Mental
As competências socioemocionais são um conjunto de habilidades que permitem aos indivíduos reconhecer, compreender e regular suas emoções, além de interagir de forma positiva com os outros.
Autoconsciência
Empatia
Autogestão
Tomada de Decisão Responsável
Consciência Social
Gestão do stress
Habilidades de Relacionamento
(CASEL, 2020)

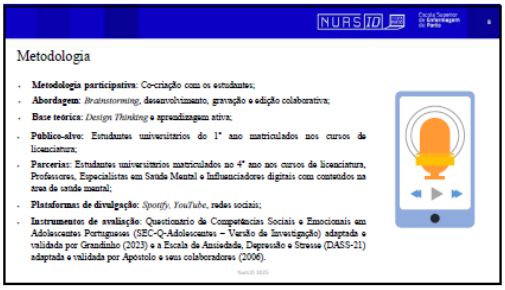
5


O papel das escolas na promoção da saúde mental
Ambiente Seguro e Acolhedor – Promoção de um espaço de apoio emocional e inclusão.
Desenvolvimento de Competências Socioemocionais – Ensino de empatia, autorregulação e resolução de conflitos.
Programas e Recursos de Apoio – Acesso a psicólogos escolares, atividades de mindfulness e suporte emocional.
Capacitação de Professores e Envolvimento da Comunidade – Formação em saúde mental e colaboração com famílias.

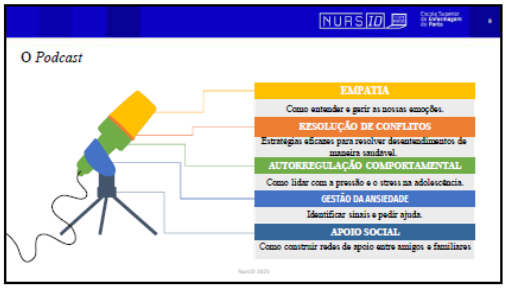
6

O Podcast como ferramenta de educação
Aprendizagem Acessível e Interativa – Formato envolvente e disponível em qualquer lugar. (Costa et al., 2023)
Promoção de Competências Socioemocionais – Desenvolvimento de empatia, autorregulação e comunicação. (Napolitano et al., 2021)
Participação Ativa dos Jovens – Co-criação de conteúdos com alunos, tornando a aprendizagem mais significativa.
Fomento da Reflexão Crítica – Discussões sobre saúde mental e bem-estar com especialistas e convidados. (Costa et al., 2023)
ON AIR

7


Metodologia
Metodologia participativa: Co-criação com os estudantes;
Abordagem: Brainstorming, desenvolvimento, gravação e edição colaborativa;
Base teórica: Design Thinking e aprendizagem ativa;
Público-alvo: Estudantes universitários do 1º ano matriculados nos cursos de licenciatura;
Parcerias: Estudantes universitários matriculados no 4º ano nos cursos de licenciatura, Professores, Especialistas em Saúde Mental e Influenciadores digitais com conteúdos na área da saúde mental;
Plataformas de divulgação: Spotify, YouTube, redes sociais;
Instrumentos de avaliação: Questionário de Competências Sociais e Emocionais em Adolescentes Portugueses (SEC-Q-Adolescentes – Versão de Investigação) adaptada e validada por Grandinho (2023) e a Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS-21) adaptada e validada por Apóstolo e seus colaboradores (2006).

8


O Podcast
EMPATIA
Como entender e gerir as novas emoções.
RESOLUÇÃO DE CONFLITOS
Estratégias eficazes para resolver desentendimentos de maneira saudável.
AUTORREGULAÇÃO COMPORTAMENTAL
Como lidar com a pressão e o stress na adolescência.
GESTÃO DA ANSIEDADE
Identificar sinais e pedir ajuda.
APOIO SOCIAL
Como construir redes de apoio entre amigos e familiares

9

PODCAST
CONCURSO
PARTICIPA E SEJA UM PODCAST
Participações até dia ...
Condições no verso

10

Referências bibliográficas
Digitalize-me!
Obrigada!!

ANEXO XXX: Ias Jornadas do Dia Mundial da Saúde Mental Materna

CERTIFICADO

Certifica-se que

Maria Francisca Costa Augusto

participou nas **I[as] Jornadas do Dia Mundial da Saúde Mental Materna,** que se realizaram no Auditório do Hospital Padre Américo, no dia 07 de maio de 2025, com uma carga horária de **6h30.**

Penafiel, 7 de maio de 2025

O PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
JOSÉ LUÍS GASPAR, Dr.

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sefi@ulsts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
TÂMEGA E SOUSA

ANEXO XXXI: II Jornadas do Dia Mundial da Saúde Mental Materna

CERTIFICADO

Certifica-se que ***Maria Francisca Costa Augusto***

participou nas **II Jornadas DIA MUNDIAL DA SAÚDE Mental Materna,** na Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, que se realizou no auditório Hospital Padre Américo - Penafiel, no dia 6 de maio de 2026.

Penafiel, 06 de maio de 2026

A Diretora do DFIID,
(Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento)
Prof. Doutora Teresa Cardoso

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFE - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: eventos@ulsts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE · SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE · UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

PROGRAMA

08:30 Abertura do secretariado das jornadas

09:00 Mesa 1 | Quero engravidar ... e agora?

Moderadora: Dra. Graça Rodrigues – GIN/OBS - ULSTS

- **09:00 Parentalidades diversas: qual a nossa realidade?**
  Dra. Ana Teles – Associação Plano I
- **09:20 E se não engravidar?**
  Dr. Cláudia da Costa Oliveira – IFE GIN/OBS - ULSTS
- **09:40 Maternidade depois do cancro**
  Dra. Ana Rita Vasconcelos – Psicóloga – Universidade Católica

10:00 Sessão de Abertura Institucional

11:00 Coffee Break

11:30 Mesa 2| Estou grávida... e agora?

Moderador: Dr. Filipe Cabral – MGF USF Marco

- **11:30 MGF como primeiro contacto: é normal ter dúvidas**
  Dra. Sónia Moreira – Diretora Clínica CSP - ULSTS
- **11:50 Sexualidade na maternidade e após parto**
  Dra. Carla Rio – Psiquiatria - ULSTS
- **12:10 Movimento e exercício: o que é seguro para mim?**
  Dra. Joana Vilas – Est. Doutoramento Ciências do Desporto

13:00 Almoço

14:30 Mesa 3| Estou grávida: riscos e proteção

Moderadora: Dra. Juliana Rocha – GIN/OBS - ULSTS

- **14:30 Gravidez e vulnerabilidade psicossocial**
  Dra. Cristina Coutinho – Serviço Social - ULSTS
- **14:50 Gravidez e trabalho: direitos e proteção**
  Dr. Pedro Macedo – Psiquiatria - ULSTS
- **15:10 Consumos de álcool, tabaco e outras substâncias: riscos e intervenção**
  Prof. Ana Conde – Professora Associada Departamento Psicologia - Universidade Portucalense

15:30 Mesa 4| Sou mãe e agora?

Moderadora: Dra. Sandra Mendes – Pedopsiquiatria - ULSTS

- **15:30 (Des)idealização da maternidade**
  Dra. Bárbara Baptista – Psiquiatria - ULSSA
- **15:50 Intervenção na parentalidade: Programa "Os anos Incriveis"**
  Dra. Mara Pinto – Pedopsiquiatria - ULSTS
- **Ligação da saúde mental materna à saúde mental paterna**
  Prof. Tiago Pinto – Professor Assistente – Universidade Lusófona

16:30 Entrega de Prémios Posters

16:45 Sessão de Encerramento

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

ANEXO XXXII: 2.º Congresso Nacional do Luto Perinatal

CERTIFICADO

Certifica-se que

Maria Francisca Costa Augusto

participou no "II Congresso Nacional do Luto Perinatal", que decorreu nos dias 20 e 21 de maio de 2026, no Auditório Municipal de Lousada, com duração de 20 horas.

Rita Cruz

Presidente da Comissão Organizadora do Congresso

ANEXO XXXIII: Poster ISNR Intervenção Breve de Regulação Emocional em Unidade de Desabituação: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

20TH ISNR INTERNATIONAL SEMINAR ON NURSING RESEARCH

Poster #2605

Brief Emotional Regulation Intervention in an Inpatient Detoxification Unit: A Continuous Quality Improvement Project

Francisca Augusto[1], Filipe Pinho[2], Eugénio Esteves[3], Carla Cardoso[3], Mafalda Silva[4]
[1]Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa; [2]Unidade Local de Saúde Gaia Espinho; [3]Unidade de Desabituação do Norte; [4]Escola Superior de Saúde, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introduction

Emotional regulation is a central factor in mental health and in the recovery process of individuals with substance use disorders. Difficulties in identifying and managing emotions are associated with a higher risk of relapse, lower treatment adherence, and greater emotional instability (Navarro-Haro *et al.*, 2025; Chrétien *et al.*, 2025). Continuous quality improvement projects in nursing, supported by the Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle, are essential tools for improving the quality and safety of care while promoting evidence-based interventions tailored to patients' needs (Endalamaw *et al.*, 2024; OE, 2001).

Methodology

Project Type: Continuous quality improvement project based on the PDCA cycle.

Target population: Patients admitted to a detoxification unit in the northern region of Portugal.

Intervention: Brief group intervention with three sequential sessions: emotional identification, emotional expression, and emotional regulation strategies.

Implemented during inpatient stay over one to two weeks, depending on length of stay.

Evaluation: WLEIS-P, satisfaction questionnaire, and qualitative feedback through the question "What did I learn about my emotions?"

Objectives

General:
Promote emotional regulation among patients in a detoxification setting.

Specific:
Facilitate emotional identification and expression;
Promote the use of adaptive emotional regulation strategies;
Evaluate the impact of the intervention on patients' emotional perception.

SWOT Analysis

Strengths
Brief, structured, replicable intervention
Evidence-based approach
Low implementation cost
Grounded in nursing competencies

Weaknesses
Limited duration
Group heterogeneity
High patient turnover
Dependence on team availability

Opportunities
Integration into the therapeutic plan
Multidisciplinary involvement
Program expansion potential
Useful data for future research

Threats
High team workload
Resistance to change
Physical space limitations
Possible dropouts

Bibliography

Intervention Structure

Session 1
Emotional identification

Session 2
Emotional expression

Session 3
Regulation strategies

Expected Results

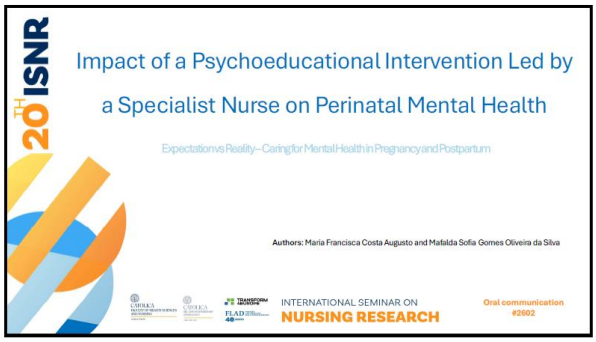
The intervention is expected to increase emotional awareness and clarity, improve emotional expression and communication within the group, and reduce difficulties in regulating negative emotions. Improvements in treatment adherence and in the relational climate between patients and the healthcare team are also anticipated. Overall, the project is expected to support the feasibility, acceptability, and usefulness of a brief, structured, and low-cost intervention.

Conclusions

This intervention is presented as a brief, structured, and potentially effective strategy for promoting emotional regulation skills among patients undergoing detoxification treatment. Its implementation may contribute to emotional empowerment, improved treatment adherence, and strengthening of the therapeutic relationship.

The project highlights the role of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist as a key agent in continuous quality improvement through innovative, evidence-based, and low-cost interventions.

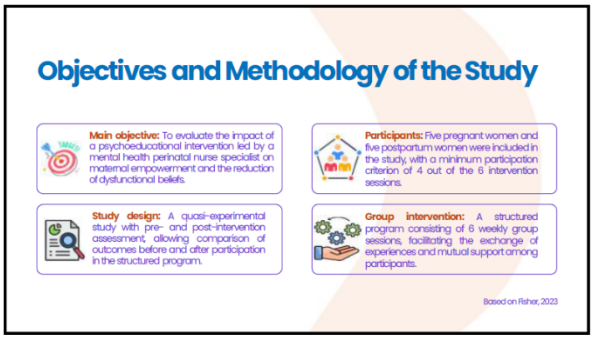
ANEXO XXXIV: Comunicação Oral ISNR Impacto de uma intervenção psicoeducacional conduzida por enfermeiro especialista na saúde mental perinatal


20TH ISNR
Impact of a Psychoeducational Intervention Led by a Specialist Nurse on Perinatal Mental Health
Expectations vs Reality – Caring for Mental Health in Pregnancy and Postpartum
Authors: Maria Francisca Costa Augusto and Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva
INTERNATIONAL SEMINAR ON
NURSING RESEARCH
Oral communication
#2602

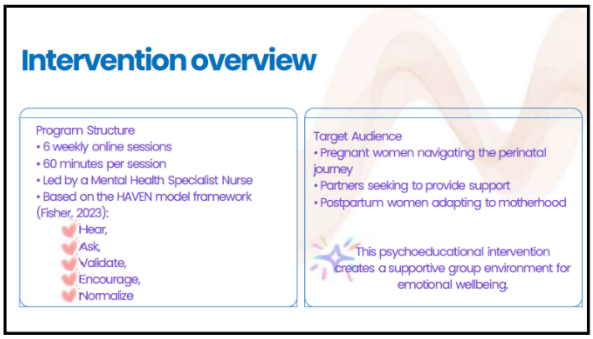
1

Perinatal Mental Health: A Critical Challenge
Up to 20% of women experience perinatal mental health issues during pregnancy and the postpartum period. This significant prevalence highlights the urgent need for targeted interventions and support systems. (Howard & Khalifeh, 2020)
Maternal mental health has far-reaching consequences that extend beyond the individual. Poor perinatal mental health affects not only the mother's wellbeing but also impacts child development, family dynamics, partner relationships, and overall household functioning. Early identification and intervention are essential for positive outcomes. (Bluett Duncan et al., 2021; O'Dea et al., 2023).

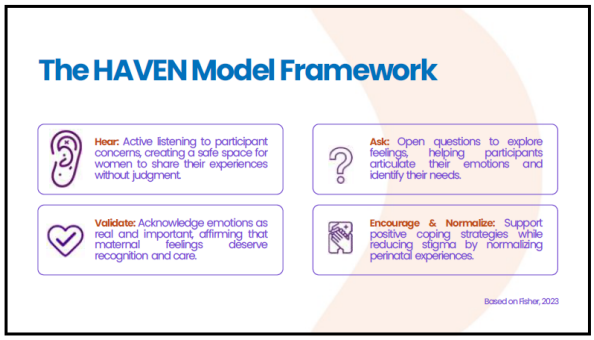
2


Objectives and Methodology of the Study
Main objective: To evaluate the impact of a psychoeducational intervention led by a mental health perinatal nurse specialist on maternal empowerment and the reduction of dysfunctional beliefs.
Participants: Five pregnant women and five postpartum women were included in the study, with a minimum participation criterion of 4 out of the 6 intervention sessions.
Study design: A quasi-experimental study with pre- and post-intervention assessment, allowing comparison of outcomes before and after participation in the structured program.
Group intervention: A structured program consisting of 6 weekly group sessions, facilitating the exchange of experiences and mutual support among participants.
Based on Fisher, 2023

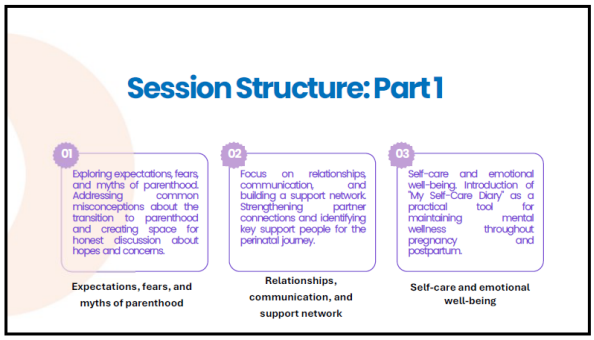
3


Intervention overview
Program Structure
• 6 weekly online sessions
• 60 minutes per session
• Led by a Mental Health Specialist Nurse
• Based on the HAVEN model framework (Fisher, 2023):
Hear,
Ask,
Validate,
Encourage,
Normalize
Target Audience
• Pregnant women navigating the perinatal journey
• Partners seeking to provide support
• Postpartum women adapting to motherhood
This psychoeducational intervention creates a supportive group environment for emotional wellbeing.

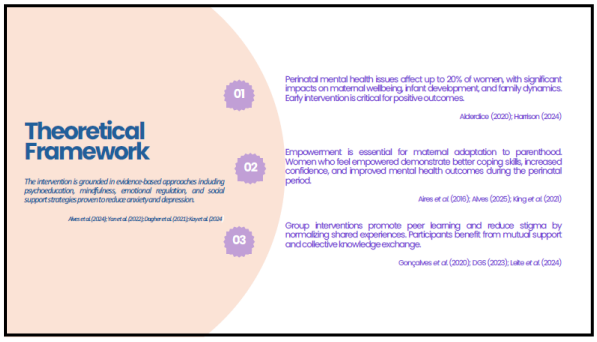
4


The HAVEN Model Framework
Hear: Active listening to participant concerns, creating a safe space for women to share their experiences without judgment.
Ask: Open questions to explore feelings, helping participants articulate their emotions and identify their needs.
Validate: Acknowledge emotions as real and important, affirming that maternal feelings deserve recognition and care.
Encourage & Normalize: Support positive coping strategies while reducing stigma by normalizing perinatal experiences.
Based on Fisher, 2023

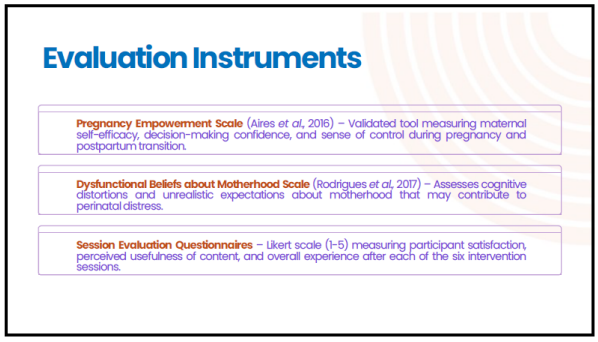
5


Session Structure: Part 1
01
Exploring expectations, fears, and myths of parenthood. Addressing common misconceptions about the transition to parenthood and creating space for honest discussion about hopes and concerns.
Expectations, fears, and myths of parenthood
02
Focus on relationships, communication, and building a support network. Strengthening partner connections and identifying key support people for the perinatal journey.
Relationships, communication, and support network
03
Self-care and emotional well-being. Introduction of "My Self-Care Diary" as a practical tool for maintaining mental wellness throughout pregnancy and postpartum.
Self-care and emotional well-being

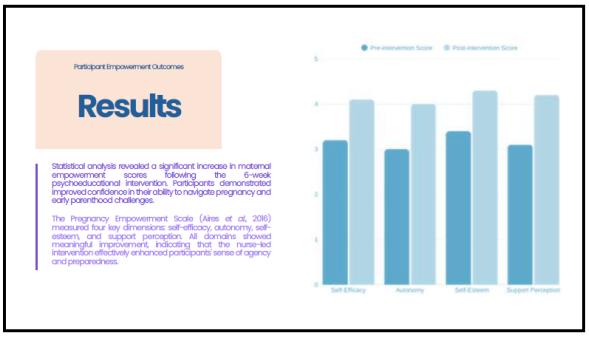
6


Theoretical Framework
The intervention is grounded in evidence-based approaches including psychoeducation, mindfulness, emotional regulation, and social support strategies proven to reduce anxiety and depression.
Alves et al. (2024); Yanet al. (2022); Dagher et al. (2021); Hayet al. (2024
01
Perinatal mental health issues affect up to 20% of women, with significant impacts on maternal wellbeing, infant development, and family dynamics. Early intervention is critical for positive outcomes.
Aldardica (2020); Harrison (2024)
02
Empowerment is essential for maternal adaptation to parenthood. Women who feel empowered demonstrate better coping skills, increased confidence, and improved mental health outcomes during the perinatal period.
Aires et al. (2016); Alves (2025); King et al. (2021)
03
Group interventions promote peer learning and reduce stigma by normalizing shared experiences. Participants benefit from mutual support and collective knowledge exchange.
Gonçalves et al. (2020); DGS (2023); Leite et al. (2024)

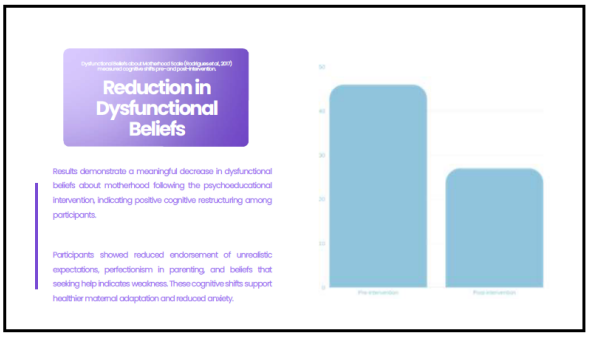
9


Evaluation Instruments
Pregnancy Empowerment Scale (Aires et al., 2016) – Validated tool measuring maternal self-efficacy, decision-making confidence, and sense of control during pregnancy and postpartum transition.
Dysfunctional Beliefs about Motherhood Scale (Rodrigues et al., 2017) – Assesses cognitive distortions and unrealistic expectations about motherhood that may contribute to perinatal distress.
Session Evaluation Questionnaires – Likert scale (1-5) measuring participant satisfaction, perceived usefulness of content, and overall experience after each of the six intervention sessions.

10

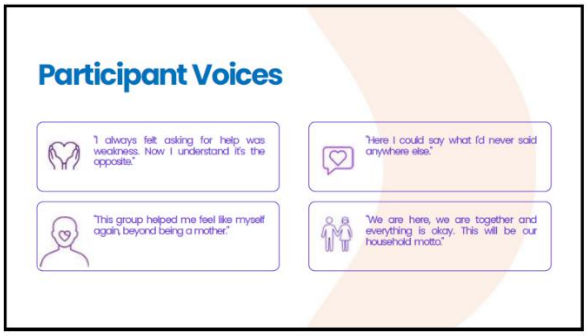


11

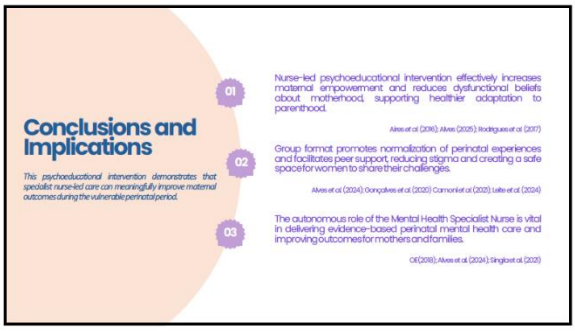


12

13

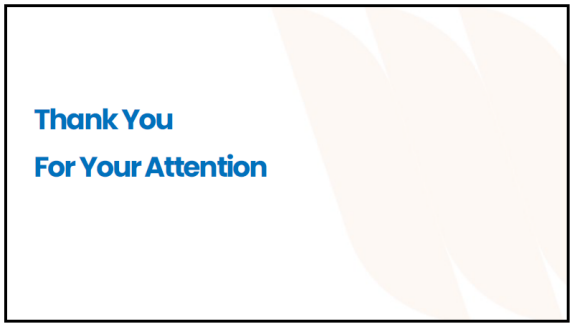


14



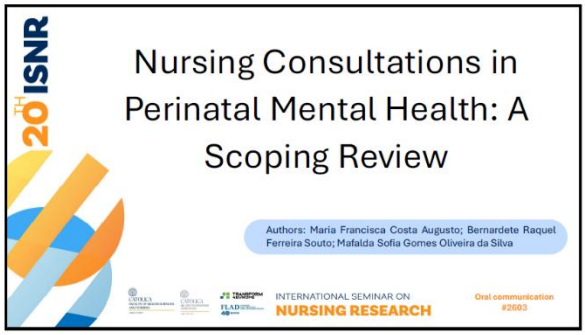
15

16

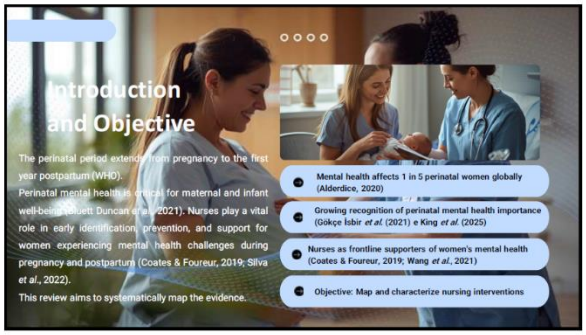


17

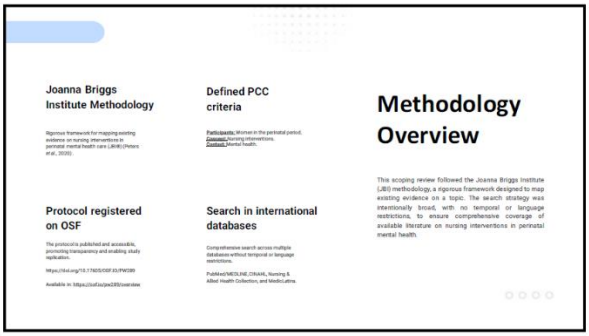
ANEXO XXXV: Comunicação Oral ISNR Consultas de enfermagem em saúde mental perinatal: s*coping* review


20TH ISNR
Nursing Consultations in Perinatal Mental Health: A Scoping Review
Authors: Maria Francisca Costa Augusto; Bernardete Raquel Ferreira Souto; Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva
INTERNATIONAL SEMINAR ON NURSING RESEARCH
Oral communication #2603

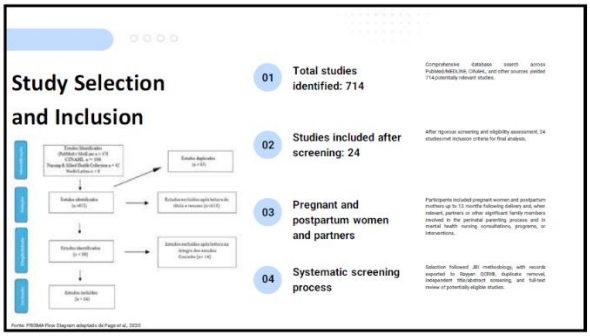
1


Introduction and Objective
The perinatal period extends from pregnancy to the first year postpartum (WHO).
Perinatal mental health is crucial for maternal and infant well-being (Abbott Duncan et al., 2021). Nurses play a vital role in early identification, prevention, and support for women experiencing mental health challenges during pregnancy and postpartum (Coates & Foureur, 2019; Silva et al., 2022).
This review aims to systematically map the evidence.
Mental health affects 1 in 5 perinatal women globally (Alderdice, 2020)
Growing recognition of perinatal mental health importance (Gökçe Isbir et al. (2021) e King et al. (2025)
Nurses as frontline supporters of women's mental health (Coates & Foureur, 2019; Wang et al., 2021)
Objective: Map and characterize nursing interventions

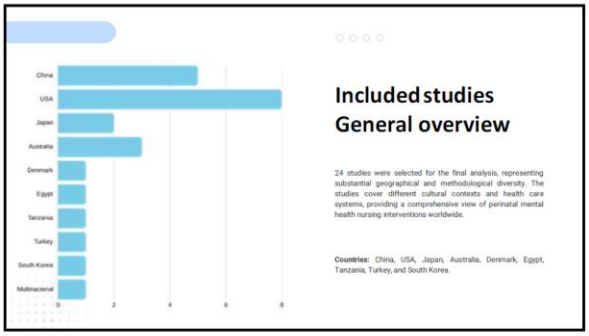
2


Joanna Briggs Institute Methodology
Defined PCC criteria
Methodology Overview
Protocol registered on OSF
Search in international databases

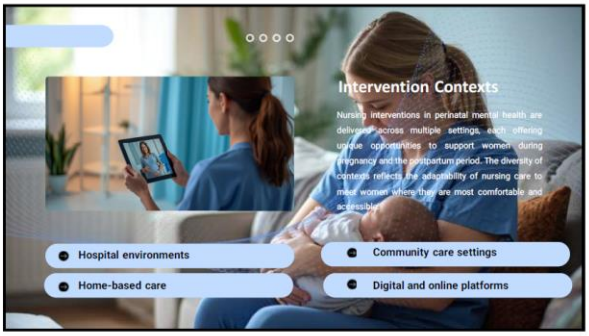
3


Study Selection and Inclusion
01 Total studies identified: 714
02 Studies included after screening: 24
03 Pregnant and postpartum women and partners
04 Systematic screening process

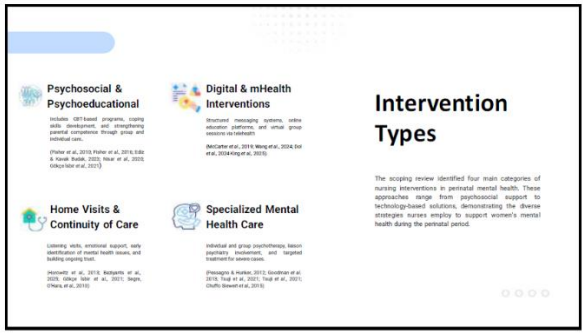
4


China
USA
Japan
Australia
Denmark
Egypt
Tanzania
Turkey
South Korea
Multinacional
Included studies General overview
24 studies were selected for the final analysis, representing substantial geographical and methodological diversity. The studies cover different cultural contexts and health care systems, providing a comprehensive view of perinatal mental health nursing interventions worldwide.
Countries: China, USA, Japan, Australia, Denmark, Egypt, Tanzania, Turkey, and South Korea.

5


Intervention Contexts
Hospital environments
Community care settings
Home-based care
Digital and online platforms

6


Psychosocial & Psychoeducational
Digital & mHealth Interventions
Intervention Types
Home Visits & Continuity of Care
Specialized Mental Health Care

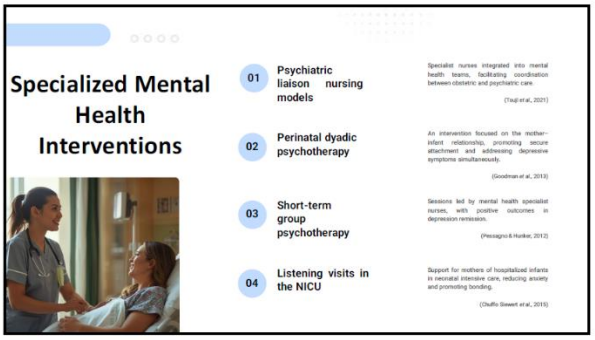
7

Psychosocial & Psychoeducational
CBT-based programs for mood management: COPE-P (Gennaro et al., 2024)
Coping skills development and training (Ediz & Kavak Budak, 2023)
Strengthening parental competence (Fisher et al., 2010; 2016)
Group and individual structured care (Gu et al., 2025; Rønder et al., 2022; Gennaro et al., 2024; Ediz & Kavak Budak (2023)

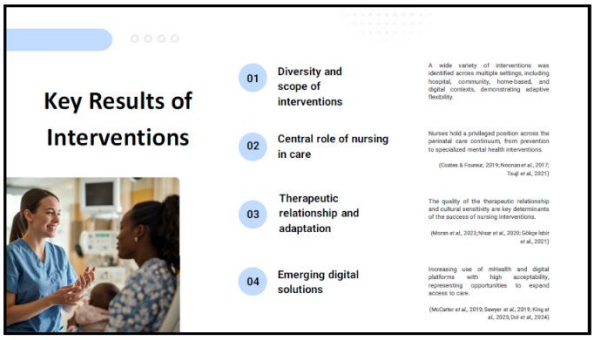
8

9

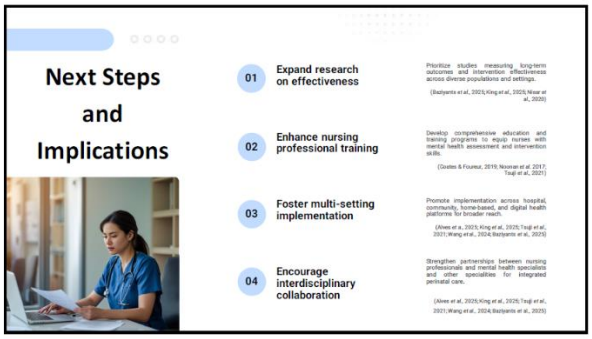
10



11



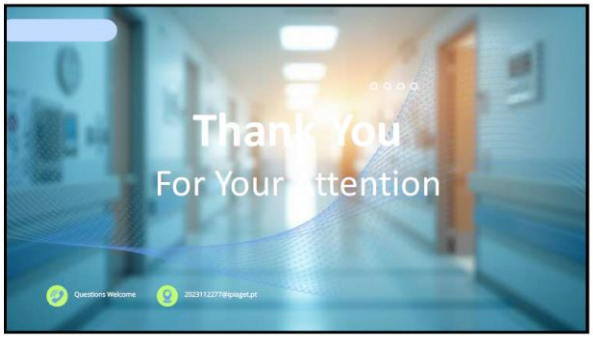
12



13

14

15



16

ANEXO XXXVI: Consultas de Enfermagem em Saúde Mental Perinatal: Protocolo *Scoping Review*

Nursing consultations in perinatal mental health: scoping review protocol

Maria Augusto [1] 0009-0005-9434-0683
Bernardete Souto [1] 0009-0009-5179-0165
Mafalda Silva [2] 0000-0002-2509-5566

[1] Padre Américo Hospital - Tâmega e Sousa Local Health Unit, Penafiel, Portugal
[2] Vila Nova de Gaia Jean Piaget School of Health, Portugal

ARTICLE INFO

Received 30 January 2026
Accepted 13 February 2026

Keywords:
pregnant people
postpartum period
health promotion
mental health
nursing care

Corresponding Author:
Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva; Vila Nova de Gaia Jean Piaget School of Health, Portugal; mafaldassilva@hotmail.com

DOI: 10.62741/ahrj.v3iSuppl.139

This article is licensed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

ABSTRACT

Introduction: Perinatal mental health is a public health priority, given the high prevalence of emotional disorders during pregnancy and the postpartum period, and their impacts on maternal well-being, child development, and family dynamics. Nursing plays a central role in the promotion, prevention and intervention in this area, justifying the systematic mapping of existing consultations and interventions.
Objectives: To map and characterize mental health nursing consultations and interventions aimed at women in the perinatal period, describing implementation modalities, interventions and structured programs in care contexts.
Methodology: Scoping review protocol to be carried out according to the Joanna Briggs Institute methodology and to be reported according to the PRISMA-ScR guidelines. The search was carried out in international nursing and health databases, without time or linguistic restrictions. Studies describing nursing consultations and perinatal mental health interventions were included.
Conclusions: This review aims to systematize and comprehensively map the available evidence on nursing interventions in perinatal mental health. The findings are expected to support evidence-based practice, clinical decision-making, and the identification of priority gaps for future research and service development.

Contributions: Conceptualization: MA and MS; Data curation: MA, RS and MS; Formal Analysis: MA, RS and MS; Funding acquisition: not applicable; Investigation: MA, RS and MS; Methodology: MA, RS and MS; Project administration: MA and MS; Resources: MA, RS and MS; Software: MA, RS and MS; Supervision: MS; Validation: MS; Visualization: MA, RS and MS; Writing – original draft: MA and MS; Writing – review & editing: MA, RS and MS.

Please cite this article as: Augusto MFC, Souto BRF, Silva MSGO. Nursing consultations in perinatal mental health: scoping review protocol. *Athena Health & Research Journal*. 2026; 3(Suppl.). doi: 10.62741/ahrj.v3iSuppl.139

INFORMAÇÃO DO ARTIGO

Recebido 30 janeiro 2026
Aceite 13 fevereiro 2026

Palavras-chave:
Gestantes
período pós-parto
promoção da saúde
saúde mental
cuidados de enfermagem

Autor correspondente:
Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva; Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, Portugal; mafaldassilva@hotmail.com

DOI: 10.62741/ahrj.v3iSuppl.139

Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Internacional Creative Commons Não Comercial 4.0.

RESUMO

Introdução: A saúde mental perinatal constitui uma prioridade de saúde pública, dada a elevada prevalência de perturbações emocionais durante a gravidez e o período pós-parto e os seus impactos no bem-estar materno, no desenvolvimento infantil e na dinâmica familiar. A enfermagem desempenha um papel central na promoção, prevenção e intervenção nesta área, justificando o mapeamento sistemático das consultas e intervenções existentes.
Objetivos: Mapear e caracterizar as consultas e intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, descrevendo modalidades de implementação, intervenções e programas estruturados nos contextos de cuidados.
Metodologia: Protocolo de *scoping review* a conduzir de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute e a reportar segundo as diretrizes PRISMA-ScR. A pesquisa foi realizada em bases de dados internacionais de enfermagem e saúde, sem restrições temporais ou linguísticas. Foram incluídos estudos que descrevam consultas e intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal.
Conclusões: Esta revisão pretende sistematizar e mapear de forma abrangente a evidência disponível sobre intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal. Espera-se que os seus resultados apoiem a prática baseada na evidência, a tomada de decisão clínica e a identificação de lacunas prioritárias para investigação futura e desenvolvimento de serviços.

Introduction

The perinatal period represents a critical transitional phase, marked by profound physiological and psychological changes in a woman's identity. It is estimated that perinatal depression and anxiety affect a substantial proportion of women worldwide, impacting at least one in five individuals during pregnancy or within the first year postpartum.[1,2] Despite the growing visibility of the issue, these conditions remain frequently underdiagnosed and undertreated, partly due to the social normalization of emotional distress and to structural barriers, such as the shortage of mental health specialists and the fragmentation of care between hospital and community settings.[3,4]

Perinatal mental health disorders have repercussions that extend beyond the individual woman, affecting child development, mother-infant bonding, and overall family dynamics. The literature indicates that depression and anxiety are associated with difficulties in early interaction, alterations in children's emotional and cognitive development, and an increased risk of long-term mental health problems.[5,6] In highly complex contexts, such as neonatal hospitalization, physical separation and maternal separation anxiety can severely compromise the establishment of secure attachment, requiring the need for interventions that mitigate the emotional impact of this acute stress.[7,8]

Within this context, nursing emerges as a central component of perinatal mental health promotion, and nurses are often identified by women as trusted healthcare professionals.[6,9] Structured intervention, including empowerment-focused counselling or programs grounded in adaptation models, have demonstrated effectiveness in reducing psychological symptoms and strengthening coping mechanisms for both women and their partners.[10,11] Additionally, the use of digital health technologies and telehealth have also emerged as innovative approaches to ensure continuity of care after hospital discharge, increasing access to professional and peer support, particularly in geographically isolated or resource-limited areas.[12,13]

Although numerous studies have examined perinatal mental health interventions, no scoping review to date has specifically synthesized nurse-led interventions. This gap underscores the lack of a structured and comprehensive synthesis of nursing practices within this field.

Given the diversity of interventions and the growing need for personalized and context-sensitive care, it is imperative to map the existing knowledge in order to inform health policies and nursing clinical practice in the field of perinatal mental health.

Methodology

Study design

The scoping review protocol will be conducted following the Joanna Briggs Institute (JBI) methodology for

scoping reviews[14] and reported according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) checklist.[15] The protocol has been registered on the Open Science Framework (OSF) platform, under the DOI 10.17605/OSF.IO/PW289, and can be accessed via the following link: https://osf.io/pw289/overview. Any deviations from the protocol during the scoping review will be duly justified by the investigators in the final report.[14,15]

Review question

To formulate the research question, the PCC (Population, Concept, and Context) framework was applied, in accordance with the Joanna Briggs Institute recommendations.[14] Accordingly, the key elements were defined as follows: Population – pregnant women and women up to 12 months postpartum, as well as partners involved in the parenting process.; Concept – nursing consultations, programs and interventions in perinatal mental health; and Context – all healthcare settings, including hospital care, primary healthcare, community-based services, and digital/online settings. Based on this framework, the research question was established as:

This scoping review will address the following research question: *How are mental health nursing consultations delivered to women during the perinatal period, including the interventions implemented and the use of structured programs, across different healthcare settings?*

Inclusion criteria

Inclusion criteria for participants, concept, and context were defined based on the PCC framework.

Participants

Pregnant and/or postpartum women up to 12 months after birth. Studies involving partners or significant others will also be considered, provided they are part of the parenting process and are included in the described perinatal mental health nursing consultations, programs, or interventions.

Concept

Nursing consultations, programmes, protocols, and interventions in perinatal mental health. For the purposes of this review, *nursing consultations* are defined as structured or semi-structured encounters led by nurses, delivered individually or in group settings, with the aim of assessing, promoting, preventing, or managing perinatal mental health needs. These consultations may include screening and brief counselling sessions, psychoeducational encounters, follow-up appointments, home visits, or digitally mediated contacts conducted within the scope of nursing practice.

For analytical clarity, a *programme* refers to a structured intervention delivered over multiple sessions, with predefined content, duration, and objectives. In contrast, an *intervention* denotes a specific therapeutic or preventive action that may be implemented either within a consultation framework or independently and does not necessarily require a multi-session structure.

Context

All healthcare settings, including hospital, primary care, community, home-based, and digital/online contexts (including teleconsultations and digital platforms), provided they are framed within nursing practice.

This scoping review will include quantitative (experimental and/or observational), qualitative, and mixed-methods studies. Systematic reviews that meet the inclusion criteria and are relevant to the research question will also be considered. To prevent duplication of data, the reference lists of included systematic reviews will be cross-checked against the primary studies identified through the search. If both a systematic review and its primary studies are eligible, data will be extracted only from the primary studies. Systematic reviews will be retained for contextualization purposes and to identify additional sources, but their aggregated findings will be extracted only when they provide unique data not available in the original studies. The search strategy will also encompass grey literature, including theses, dissertations, and relevant opinion papers.

Studies published in any language will be included in order to minimize the risk of omitting relevant evidence. Studies written in languages other than English, Portuguese, or Spanish will be translated with the support of fluent colleagues or qualified speakers; when this is not possible, digital translation tools such as DeepL will be used. No temporal restrictions will be applied to the search. Any adjustments to the defined criteria will be duly described and justified in the final analysis of the scoping review's limitations.

Search strategy

The search strategy will be developed in three stages, in accordance with the JBI methodology for scoping reviews. In the first stage, an initial exploratory search will be conducted in the National Library of Medicine (PubMed) to identify relevant studies on the phenomenon under analysis. The analysis of titles, abstracts, and index terms of the identified articles will allow for the recognition of relevant keywords and Medical Subject Headings (MeSH). In the second stage, based on the terms identified in the initial search, a comprehensive search strategy will be developed using Health Sciences Descriptors (DeCS) and MeSH terms. Descriptors related to perinatal mental health, pregnancy, postpartum period, nursing, nursing care and

interventions, postpartum depression, anxiety, and maternal mental health, as well as their respective English terms, will be included. Boolean operators AND and OR will be used to combine concepts and synonyms, adapting the strategy to the specificities of each database. The descriptors and combinations used are presented in Table 1. In the third stage, the search strategy will be applied to the selected databases. Additionally, the reference lists of the included studies will be screened to identify further relevant sources for the scoping review.

Table 1. Search strategies used in each database.

Databases	Boolean phrase
PubMed e Medline®	("nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing care"[Title/Abstract] OR "nursing assessment"[MeSH Terms] OR "nursing assessment"[Title/Abstract] OR "psychiatric nursing"[MeSH Terms] OR "psychiatric nursing"[Title/Abstract] OR "mental health nursing"[Title/Abstract] OR "maternal child nursing"[MeSH Terms] OR "maternal child nursing"[Title/Abstract] OR "consult*"[Title/Abstract] OR "nursing consultation"[Title/Abstract] OR "nurs*"[Title/Abstract]) AND ("mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental disorders"[MeSH Terms] OR "mental disorders"[Title/Abstract] OR "mood disorders"[MeSH Terms] OR "mood disorders"[Title/Abstract] OR "affective disorders"[Title/Abstract] OR "depression, postpartum"[MeSH Terms] OR "depression postpartum"[Title/Abstract] OR "anxiety disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorders"[Title/Abstract] OR "stress, psychological"[MeSH Terms] OR "stress psychological"[Title/Abstract] OR "perinatal mental health "[Title/Abstract] OR "maternal mental health"[Title/Abstract]) AND ("perinatal care"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[MeSH Terms] OR "postpartum period"[MeSH Terms] OR "postnatal care"[MeSH Terms] OR "prenatal care"[MeSH Terms] OR "perinatal"[Title/Abstract] OR "antenatal"[Title/Abstract] OR "postpartum"[Title/Abstract] OR "postnatal"[Title/Abstract] OR "prenatal"[Title/Abstract] OR " puerperium"[Title/Abstract]) Identified Studies: 478
CINAHL® Complete	(MH (nursing care) OR XB (nursing care) OR MH (nursing assessment) OR XB (nursing assessment) OR MH (psychiatric nursing) OR XB (psychiatric nursing) OR XB (mental health nursing) OR MH (maternal child nursing) OR XB (maternal child nursing) OR XB (consult*) OR XB (nursing consultation) OR XB (nurs*)) AND ((MH (mental health) OR XB (mental health) OR MH (mental disorders) OR XB (mental disorders) OR MH (mood disorders) OR XB (mood disorders) OR XB (affective disorders) OR MH (depression, postpartum) OR XB (depression, postpartum) OR MH (anxiety disorders) OR XB (anxiety disorders) OR (MH (stress, psychological) OR XB (stress, psychological) OR XB (perinatal mental health) OR XB (maternal mental health))) AND (MH (perinatal care) OR MH (pregnancy) OR MH (postpartum period) OR MH (postnatal care) OR MH (prenatal care) OR XB (perinatal) OR XB (antenatal) OR XB (postpartum) OR XB (postnatal) OR XB (prenatal) OR XB (puerperium)) Identified Studies: 186
Nursing & Allied Health Collection®	((TI (nursing care) OR AB (nursing care) OR TI (nursing assessment) OR AB (nursing assessment) OR TI (psychiatric nursing) OR AB (psychiatric nursing) OR TI (mental health nursing) OR AB (mental health nursing) OR TI (maternal-child nursing) OR AB (maternal-child nursing) OR (TI (consult*) OR AB (consult*) OR TI (nursing consultation) OR AB (nursing consultation) OR TI (nurs*) OR AB (nurs*)) AND ((TI (mental health) OR AB (mental health) OR TI (mental disorders) OR AB (mental disorders) OR TI (mood disorders) OR AB (mood disorders) OR TI (affective disorder) OR AB (affective disorder) OR TI (depression, postpartum) OR AB (depression, postpartum) OR TI (anxiety disorders) OR AB (anxiety disorders) OR (TI (stress, psychological) OR AB (stress, psychological) OR TI (perinatal mental health) OR AB (perinatal mental health) OR TI (maternal mental health) OR AB (maternal mental health)) AND ((TI (perinatal care) OR AB (perinatal care) OR TI (pregnancy) OR AB (pregnancy) OR TI (postpartum period) OR AB (postpartum period) OR TI (postnatal care) OR AB (postnatal care) OR TI (prenatal care) OR AB (prenatal care) OR TI (perinatal) OR AB (perinatal) OR (TI (antenatal) OR AB (antenatal) OR TI (postpartum) OR AB (postpartum) OR TI (postnatal) OR AB (postnatal) OR TI (prenatal) OR AB (prenatal) OR TI (puerperium) OR AB (puerperium)) Identified Studies: 42
MedicLatina®	((TI (nursing care) OR AB (nursing care) OR TI (nursing assessment) OR AB (nursing assessment) OR TI (psychiatric nursing) OR AB (psychiatric nursing) OR TI (mental health nursing) OR AB (mental health nursing) OR TI (maternal-child nursing) OR AB (maternal-child nursing) OR (TI (consult*) OR AB (consult*) OR TI (nursing consultation) OR AB (nursing consultation) OR TI (nurs*) OR AB (nurs*)) AND ((TI (mental health) OR AB (mental health) OR TI (mental disorders) OR AB (mental disorders) OR TI (mood disorders) OR AB (mood disorders) OR TI (affective disorder) OR AB (affective disorder) OR TI (depression, postpartum) OR AB (depression, postpartum) OR TI (anxiety disorders) OR AB (anxiety disorders) OR (TI (stress, psychological) OR AB (stress, psychological) OR TI (perinatal mental health) OR AB (perinatal mental health) OR TI (maternal mental health) OR AB (maternal mental health)) AND ((TI (perinatal care) OR AB (perinatal care) OR TI (pregnancy) OR AB (pregnancy) OR TI (postpartum period) OR AB (postpartum period) OR TI (postnatal care) OR AB (postnatal care) OR TI (prenatal care) OR AB (prenatal care) OR TI (perinatal) OR AB (perinatal) OR (TI (antenatal) OR AB (antenatal) OR TI (postpartum) OR AB (postpartum) OR TI (postnatal) OR AB (postnatal) OR TI (prenatal) OR AB (prenatal) OR TI (puerperium) OR AB (puerperium)) Identified Studies:8

Study selection

Following the search, all identified studies will be exported to the Rayyan Intelligent Systematic Review platform (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar), where duplicate records will be removed. Subsequently, two independent reviewers will screen titles and abstracts according to the previously defined eligibility criteria. Studies meeting the inclusion criteria at this stage will be selected for full-text reading and assessment. The full text of potentially relevant articles will be analysed independently by two reviewers. At all stages of the selection process, any disagreements between reviewers will be resolved by consensus and, whenever necessary, with recourse to a third reviewer. The process of identification, selection, eligibility and inclusion of the study will be documented and presented through a flow diagram, according to the recommendations of PRISMA-ScR. [15] Reasons for excluding studies during the full-text screening phase will be duly recorded and reported.

Data extraction

Data extraction will enable a descriptive and structured synthesis of relevant information to answer the scoping review's objective and research question. This process will be conducted independently by two reviewers using a data extraction instrument developed by the reviewers specifically for this review. Extracted data will include information regarding general study characteristics, namely author(s), year of publication, and country of origin. Data regarding the population and sample, intervention context (hospital, primary care, community, home-based, or digital), and the objectives of the described nursing consultations, programs, or interventions will also be collected. Additionally, information will be extracted on the assessment instruments used, the types of nursing interventions implemented (such as counselling, psychoeducation, home visits, group interventions, teleconsultation, or other described approaches), as well as the main reported results, including clinical, emotional, and psychosocial outcomes, user satisfaction, and other dimensions relevant to perinatal mental health. The data extraction instrument will be presented in table format, as indicated in Table 2 and Table 3.

Table 2. Data extraction tool.

Study (ID)	Assign a unique identifier/code to each included study
Authors/Year	Record the surname of the first author and year of publication
Country	Specify the country where the study was conducted or where the first author's institution is based
Context	Describe the setting in which the intervention or care was delivered (e.g., hospital, primary care, community, home-based, digital/online)
Population	Identify the target population and sample characteristics (e.g., pregnant women, postpartum women, partners)
Perinatal period	Specify the time frame addressed (pregnancy, antenatal, postpartum, up to 12 months postpartum, or combined)

Table 3. Perinatal mental health nursing consultations and interventions.

Study (ID)	Code to each included study
Type of intervention	Classify the intervention category (e.g., psychoeducational, psychosocial, home visiting, specialized nursing care, digital/mHealth)
Description of the intervention	Summarize the core components, structure, content and procedures of the intervention; Specify how and where the intervention was delivered (individual/group; face-to-face/remote; hospital/community/home/digital); Record length, frequency and number of sessions, when reported
Main outcomes	Identify the outcomes measured (e.g., depression, anxiety, well-being, maternal adjustment)

To test and refine the data extraction instrument, a pilot test will be conducted with the first five included studies. The instrument may be revised and adjusted throughout the extraction process, with all changes duly documented in the scoping review. Disagreements between reviewers will be resolved through consensus or, when necessary, with the involvement of a third reviewer. Whenever missing data or additional relevant information is identified, study authors will be contacted via the corresponding author.

In accordance with the JBI methodology for scoping reviews, a methodological quality assessment of the included studies will not be performed.

Data analysis and presentation

The inclusion criteria, defined based on participants, concept, context, and types of evidence sources, will guide the data mapping. This process aims to identify, describe, and synthesize the available evidence related to the topic under study.

Results will be presented in mapping tables, accompanied by a narrative synthesis, in line with the objective and research questions of the scoping review. Depending on the nature of the extracted data, additional presentation formats may be adopted whenever appropriate.

Conclusion

This scoping review aims to map and characterize nursing consultations, programmes, and interventions in perinatal mental health directed at women during the perinatal period across different care contexts. By systematically examining the available evidence, the review seeks to provide a comprehensive overview of existing nursing practices in this field, clarifying their scope, content, and modes of implementation.

It is anticipated that the findings will offer a structured description of the current evidence base, which may inform future research, clinical reflection, and service planning in perinatal mental health nursing. Mapping these interventions may also help to identify knowledge gaps and areas requiring further investigation.

As a protocol, this study outlines the planned methodological approach for mapping nursing consultations and interventions in perinatal mental health. The results of the forthcoming review may contribute to a better understanding of the existing evidence and support future developments in practice, research, and policy.

Conflict of interest

No conflicts of interest were declared by the authors.

References

1. Gökçe İsbir G, Yılmaz M, Thomson G. Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. Perspect Psychiatr Care. 2022 Jul;58(3):1170-1176. doi: 10.1111/ppc.12867. Epub 2021 May 28. PMID: 34047362.
2. King C, Hayes M, Maldonado L, Monter E, Aujla R, Phlegar E, Smith C, Parker L, Blome K, Sandford A, Douglas E, Guille C. A perinatal psychiatry access program to address rural and medically underserved populations using telemedicine. BMC Womens Health. 2025 Jan 22;25(1):30. doi: 10.1186/s12905-025-03561-1. PMID: 39838366; PMCID: PMC11752719.
3. Gennaro S, Melnyk BM, Szalacha LA, Gibeau AM, Hoying J, O'Connor CM, Cooper AR, Aviles MM. Effects of Two Group Prenatal Care Interventions on Mental Health: An RCT. Am J Prev Med. 2024 May;66(5):797-808. doi: 10.1016/j.amepre.2024.01.005. Epub 2024 Feb 5. PMID: 38323949; PMCID: PMC11197933.
4. Moran E, Noonan M, Mohamad MM, O'Reilly P. Women's experiences of specialist perinatal mental health services: a qualitative evidence synthesis. Arch Womens Ment Health. 2023 Aug;26(4):453-471. doi: 10.1007/s00737-023-01338-9. PMID: 37351664; PMCID: PMC10333416.
5. Pessagno RA, Hunker D. Using short-term group psychotherapy as an evidence-based intervention for first-time mothers at risk for postpartum depression. Perspect Psychiatr Care. 2013 Jul;49(3):202-9. doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00350.x. Epub 2012 Aug 17. PMID: 23819670.
6. Segre LS, O'Hara MW, Arndt S, Beck CT. Screening and counseling for postpartum depression by nurses: the women's views. MCN Am J Matern Child Nurs. 2010 Sep-Oct;35(5):280-5. doi: 10.1097/NMC.0b013e3181e62679. PMID: 20706098; PMCID: PMC3106984.
7. Chen X, Yao L, Pi X. Exploration of intervention strategies for alleviating maternal separation anxiety from the perspective of obstetrics and neonatology collaboration. Medicine (Baltimore). 2025 Jun 13;104(24):e42688. doi: 10.1097/MD.0000000000042688. PMID: 40527831; PMCID: PMC12173308.
8. Chuffo Siewert R, Cline M, Segre LS. Implementation of an innovative nurse-delivered depression intervention for mothers of NICU infants. Adv Neonatal Care. 2015 Apr;15(2):104-11. doi: 10.1097/ANC.0000000000000146. PMID: 25607637; PMCID: PMC4380769.
9. Gu P, Chen Y, Wu M. Impact of Humanistic and Psychological Nursing on Postpartum Women: A Comparative Study. Altern Ther Health Med. 2025 Jul;31(4):193-199. PMID: 40071887.
10. Alves SP, Costa T, Ribeiro I, Néné M, Sequeira C. Perinatal mental health counselling programme: A scoping review. Patient Educ Couns. 2023 Jan;106:170-179. doi: 10.1016/j.pec.2022.10.347. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36376136.
11. Mohamed AH, Abobaker RM, Ibrahim MIT, AlHseinat MM, Ali HM, Razek RAA, Albougami A, Berdida DJE, Elrefaey SRI. Effect of nursing intervention based on Ratu's model for preventing postpartum blues and depression among primiparous women: A treatment-control design. Womens Health (Lond). 2025 Jan-Dec;21:17455057251323155. doi: 10.1177/17455057251323155. Epub 2025 Mar 18. PMID: 40100954; PMCID: PMC11920989.
12. Sawyer A, Kaim A, Le HN, McDonald D, Mittinty M, Lynch J, Sawyer M. The Effectiveness of an App-Based Nurse-Moderated Program for New Mothers with Depression and Parenting Problems (eMums Plus): Pragmatic Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2019 Jun 4;21(6):e13689. doi: 10.2196/13689. PMID: 31165715; PMCID: PMC6682297.
13. Wang H, Wu H, Zhang Y, Ding Q, Zhang Y. WeChat Continuity Nursing on Postpartum Depression and Quality of Life in Primipara Undergoing Cesarean Delivery. Altern Ther Health Med. 2024 Dec;30(12):262-268. PMID: 38518146.
14. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews (2020). In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2024. https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71

ANEXO XXXVII: Intervenções de Enfermagem em Saúde Mental Perinatal: Scoping Review

CIÊNCIAS DA VIDA E DA SAÚDE
LIFE AND HEALTH SCIENCES
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD

millenium

Millenium, *2*(Edição Especial Nº23)

pt

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PERINATAL: SCOPING REVIEW
PERINATAL MENTAL HEALTH NURSING CONSULTATIONS: SCOPING REVIEW
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL PERINATAL: SCOPING REVIEW

Maria Francisca Augusto[1] *https://orcid.org/0009-0005-9434-0683*
Bernardete Souto[1] *https://orcid.org/0009-0009-5179-0165*
Mafalda da Silva[2] *https://orcid.org/0000-0002-2509-5566*

[1] Unidade Local de Saúde Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal
[2] Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, Vila Nova de Gaia, Portugal

Maria Francisca Augusto - 2023112277@ipiaget.pt | Bernardete Souto - 2023133396@ipiaget.pt | Mafalda da Silva - mafaldassilva@hotmail.com

CC BY

Autor Correspondente:
Mafalda da Silva
Rua Alameda Jean Piaget
4405- 678- Vila Nova de Gaia - Portugal
mafaldassilva@hotmail.com

RECEBIDO: 29 de janeiro de 2026
REVISTO: 11 de abril de 2026
ACEITE: 30 de abril de 2026
PUBLICADO: 11 de junho de 2026

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

RESUMO

Introdução: A saúde mental perinatal constitui uma prioridade de saúde pública, dada a elevada prevalência de perturbações emocionais durante a gravidez e o pós-parto e os seus impactos no bem-estar materno, no desenvolvimento infantil e na dinâmica familiar. A enfermagem assume uma missão central na promoção, prevenção e intervenção neste domínio, justificando o mapeamento sistemático das intervenções e práticas existentes.
Objetivo: Mapear e caracterizar as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, descrevendo modalidades de implementação, tipos de intervenções em diferentes contextos de cuidados.
Métodos: *Scoping review* conduzida segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi realizada em bases de dados internacionais de enfermagem e saúde, sem restrições temporais ou linguísticas. Foram incluídos estudos que descrevessem intervenções, programas ou práticas de enfermagem em saúde mental perinatal.
Resultados: Foram incluídos 24 estudos, identificando intervenções em contextos hospitalares, comunitários, domiciliários e digitais. Observou-se predominância de intervenções no período pós-parto, maior frequência de abordagens psicossociais, psicoeducativas e baseadas na comunidade. As intervenções incluíram cuidados individuais estruturados, programas grupais, visitas domiciliárias e intervenções especializadas, dirigidas à promoção do bem-estar psicológico, prevenção de perturbações mentais e apoio a situações de maior complexidade.
Conclusão: A enfermagem desempenha um papel relevante na saúde mental perinatal, evidenciando diversidade de intervenções e contextos clínicos. Esta revisão contribui para o mapeamento da evidência disponível, identificando padrões e lacunas que podem contribuir na prática, formação e investigação futura, não permitindo, contudo, a formulação de recomendações clínicas generalizáveis.

Palavras-chave: gestantes; período pós-parto; promoção da saúde; saúde mental; cuidados de enfermagem; perinatal

ABSTRACT

Introduction: Perinatal mental health is a public health priority, given the high prevalence of emotional disorders during pregnancy and the postpartum period and their impact on maternal well-being, child development, and family dynamics. Nursing plays a central role in promotion, prevention, and intervention in this area, which justifies the systematic mapping of existing interventions and practices.
Objective: To map and characterize nursing interventions in mental health for women during the perinatal period, describing implementation modalities and types of interventions across different care settings.
Methods: Scoping review conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology. The search was carried out in international nursing and health databases, without time or language restrictions. Studies describing nursing interventions, programmes, or practices in perinatal mental health were included.
Results: Twenty-four studies were included, identifying interventions in hospital, community, home-based, and digital settings. There was a predominance of interventions in the postpartum period and a greater frequency of psychosocial, psychoeducational, and community-based approaches. The interventions included structured individual care, group programmes, home visits, and specialized interventions aimed at promoting psychological well-being, preventing mental disorders, and supporting more complex situations.
Conclusion: Nursing plays a relevant role in perinatal mental health, with a diversity of interventions and clinical contexts. This review contributes to mapping the available evidence, identifying patterns and gaps that may contribute to practice, education, and future research, while not allowing for generalizable clinical recommendations.

Keywords: pregnant people; postpartum period; health promotion; mental health; nursing care; perinatal

RESUMEN

Introducción: La salud mental perinatal constituye una prioridad de salud pública, dada la elevada prevalencia de trastornos emocionales durante el embarazo y el posparto, así como sus repercusiones en el bienestar materno, el desarrollo infantil y la dinámica familiar. La enfermería asume un papel fundamental en la promoción, la prevención y la intervención en este ámbito, lo que justifica la realización de un mapeo sistemático de las intervenciones y prácticas existentes.
Objetivo: Mapear y caracterizar las intervenciones de enfermería en salud mental dirigidas a mujeres en el período perinatal, describiendo las modalidades de implementación y los tipos de intervenciones en diferentes contextos asistenciales.
Métodos: Revisión de alcance realizada según la metodología del Joanna Briggs Institute. La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos internacionales de enfermería y salud, sin restricciones temporales ni lingüísticas. Se incluyeron estudios que describieran intervenciones, programas o prácticas de enfermería en salud mental perinatal.
Resultados: Se incluyeron 24 estudios, identificándose intervenciones en contextos hospitalarios, comunitarios, domiciliarios y digitales. Se observó un predominio de intervenciones en el período posparto y una mayor frecuencia de enfoques psicosociales, psicoeducativos y basados en la comunidad. Las intervenciones incluyeron cuidados individuales estructurados, programas grupales, visitas domiciliarias e intervenciones especializadas dirigidas a promover el bienestar psicológico, prevenir trastornos mentales y apoyar situaciones de mayor complejidad.
Conclusión: La enfermería desempeña un papel relevante en la salud mental perinatal, evidenciando una diversidad de intervenciones y contextos clínicos. Esta revisión contribuye al mapeo de la evidencia disponible, identificando patrones y lagunas que pueden contribuir a la práctica, la formación y la investigación futura, sin permitir, no obstante, la formulación de recomendaciones clínicas generalizables.

Palabras clave: personas embarazadas; periodo posparto; promoción de la salud; salud mental; atención de enfermería; perinatal

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

2

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

INTRODUÇÃO

A saúde mental no período perinatal, entendido neste estudo de acordo com a definição da *World Health Organization* (WHO) como o período que abrange a gravidez e o primeiro ano após o parto, tem vindo a ser reconhecida como uma área prioritária de intervenção em saúde pública, atendendo à elevada prevalência de perturbações mentais e ao seu impacto multidimensional. Estima-se que a depressão e a ansiedade perinatais afetem uma proporção significativa de mulheres em todo o mundo, com variações associadas a fatores socioeconómicos, culturais e ao acesso aos cuidados de saúde (Gökçe İsbir *et al.*, 2021; King *et al.*, 2025). Apesar da crescente visibilidade do tema, estas condições permanecem frequentemente subdiagnosticadas e subtratadas, sendo este fenómeno amplamente descrito na literatura e associado a fatores como o estigma em torno da doença mental, a normalização social do sofrimento emocional no período perinatal e barreiras estruturais no acesso a cuidados especializados (Spadaro *et al.*, 2022; Scroggins *et al.*, 2024).

As perturbações de saúde mental no período perinatal apresentam repercussões que ultrapassam a esfera individual da mulher, afetando o desenvolvimento infantil, a vinculação mãe-bebé, a dinâmica familiar e o bem-estar dos parceiros e cuidadores. A literatura evidencia que a depressão e a ansiedade perinatais se associam a dificuldades na interação precoce, a alterações no desenvolvimento emocional e cognitivo da criança e a um aumento do risco de problemas de saúde mental a longo prazo (Bluett Duncan *et al.*, 2021; O'Dea *et al.*, 2023). Para além disso, experiências emocionais adversas durante a gravidez e o pós-parto, incluindo vivências de trauma psicológico, sentimentos de inadequação ou isolamento, podem comprometer o processo de transição para a maternidade e a construção da identidade materna (Gökçe İsbir *et al.*, 2021). Estes efeitos reforçam a relevância da implementação de intervenções precoces, acessíveis e centradas na pessoa, orientadas para a promoção da adaptação psicológica à maternidade e para a prevenção do sofrimento emocional. Estudos qualitativos têm demonstrado que a experiência das mulheres com os serviços de saúde mental perinatal é fortemente influenciada pela qualidade da relação terapêutica, pela continuidade de cuidados e pela perceção de sensibilidade e ausência de julgamento por parte dos profissionais, fatores determinantes para o envolvimento e adesão às intervenções (Moran *et al.*, 2023).

Neste contexto, a enfermagem assume um papel central na promoção da saúde mental perinatal. Pela sua proximidade às mulheres e famílias, continuidade de cuidados e presença transversal nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico, a implementação de intervenções não farmacológicas e o encaminhamento oportuno para cuidados especializados quando necessário. Revisões da literatura têm evidenciado o contributo de enfermeiros e parteiras na identificação e gestão de problemas de saúde mental no período perinatal, bem como na implementação de intervenções psicossociais e educativas (Coates & Foureur, 2019; Noonan *et al.*, 2017).

Estudos nacionais e internacionais têm vindo a sublinhar a relevância da atuação da enfermagem na prevenção, deteção e acompanhamento da depressão pós-parto, destacando intervenções baseadas na escuta terapêutica, no apoio emocional, na psicoeducação e no fortalecimento das competências parentais (Silva *et al.*, 2022; Porcel & Silva, 2023; Oliveira *et al.*, 2025). A elevada aceitabilidade destas intervenções por parte das mulheres, associada à sua adaptabilidade a diferentes contextos, reforça o potencial da enfermagem em saúde mental perinatal como eixo estruturante dos cuidados.

Em Portugal, embora a evidência científica nesta área ainda seja emergente, começam a surgir estudos que demonstram a efetividade de intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, nomeadamente programas de aconselhamento orientados para o *empowerment*, a redução do stress e a promoção da adaptação psicológica à maternidade (Alves *et al.*, 2024). Paralelamente, a literatura recente tem vindo a evidenciar a necessidade de diversificar os modelos de intervenção em saúde mental perinatal, de forma a responder às desigualdades no acesso aos cuidados e às necessidades específicas de diferentes populações. Intervenções domiciliárias, programas comunitários e abordagens digitais ou mediadas por tecnologia têm emergido como estratégias promissoras para complementar os cuidados presenciais tradicionais, sobretudo em contextos de escassez de recursos ou de maior vulnerabilidade social (King *et al.*, 2025; Baziyants *et al.*, 2025; Wang *et al.*, 2024; Nisar *et al.*, 2020). Revisões recentes têm analisado especificamente intervenções baseadas em *mHealth*, apoio por pares e programas comunitários, demonstrando o seu potencial na melhoria dos resultados em saúde mental perinatal, embora com variabilidade nos modelos de implementação (Liblub *et al.*, 2024; Spadaro *et al.*, 2022; Scroggins *et al.*, 2024).

Revisões recentes indicam que intervenções não farmacológicas no período perinatal, incluindo abordagens educativas, psicossociais e relacionais, apresentam efeitos positivos na redução do stress, ansiedade e depressão durante a gravidez e o pós-parto, apesar da heterogeneidade metodológicas e da variabilidade da participação da enfermagem nos diferentes modelos de cuidado (Filiz Değirmenci *et al.*, 2025). Para além destas abordagens, intervenções sensoriais simples integradas nos cuidados de enfermagem, como a utilização terapêutica da música, têm igualmente demonstrado efeitos preventivos significativos na ansiedade e depressão pós-parto, particularmente em mulheres primíparas (Cai & Wang, 2025). Apesar do aumento do número de estudos e revisões sobre intervenções em saúde mental perinatal, a literatura evidencia uma considerável heterogeneidade relativamente aos tipos de intervenções, aos contextos de implementação e aos profissionais envolvidos. Importa salientar que as revisões existentes tendem a focar-se em modalidades específicas de intervenção (e.g., intervenções digitais, comunitárias ou psicológicas) ou em grupos profissionais particulares, não proporcionando uma visão integrada sobre a estrutura, organização e conteúdo das consultas de enfermagem em saúde mental perinatal enquanto unidade de cuidado.

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Adicionalmente, permanece limitada a sistematização das características das consultas de enfermagem, incluindo os seus componentes, modelos de implementação e enquadramento nos diferentes níveis de cuidados de saúde. Esta lacuna dificulta a compreensão do papel específico da enfermagem neste domínio e a identificação de elementos-chave que possam sustentar o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência. Neste sentido, torna-se pertinente mapear a evidência existente, de modo a clarificar que consultas de enfermagem em saúde mental perinatal têm sido descritas, como são estruturadas e em que contextos são implementadas.

Assim, o presente estudo tem como objetivo mapear e caracterizar as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, descrevendo modalidades de implementação, intervenções e programas estruturados em diferentes contextos de cuidados.

Ao sintetizar a evidência disponível, pretende-se contribuir para uma compreensão aprofundada do papel da enfermagem nesta área, apoiar o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência e identificar lacunas que possam orientar futuras investigações e intervenções em saúde mental perinatal.

2. MÉTODOS

A presente *scoping review* foi conduzida segundo o referencial metodológico do *Joanna Briggs Institute* (JBI®) (Peters *et al.*, 2020) e reportada segundo as orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping reviews* (PRISMA-ScR®) (Tricco *et al.*, 2018). A extração e síntese dos dados foram orientadas pelo referencial metodológico do JBI, sendo o PRISMA-ScR utilizado como guia para a apresentação e descrição transparente e completo dos resultados, assegurando a coerência entre os procedimentos metodológicos e a sua apresentação. O protocolo do estudo foi registado na plataforma *Open Science Framework* (OSF) (https://doi.org/10.17605/OSF.IO/PW289) após o início da pesquisa bibliográfica, encontrando-se disponível em https://osf.io/pw289/overview.

Critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade foram definidos de acordo com o acrónimo PCC (Participantes, Conceito e Contexto), conforme recomendado pelo JBI para *scoping reviews*. Relativamente aos participantes foram consideradas as mulheres grávidas e/ou puérperas até 12 meses após o parto. Foram igualmente considerados estudos que integrassem companheiros, parceiros ou outras pessoas significativas no contexto familiar, desde que estes participassem no processo de parentalidade e estivessem envolvidos em consultas, programas ou intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal. A inclusão destes participantes foi realizada de forma inclusiva, não sendo restringida por configuração familiar ou orientação sexual, contemplando diferentes formas de organização familiar descritas na literatura. Quanto ao conceito foram elegíveis estudos que descrevessem consultas de enfermagem em saúde mental perinatal, bem como programas, protocolos ou intervenções conduzidas por enfermeiros no âmbito destas consultas ou diretamente associadas à sua prática clínica, dirigidas à promoção do bem-estar psicológico, à prevenção de perturbações mentais e/ou à intervenção em situações de sofrimento psicológico ou perturbação mental no período perinatal. Esta opção metodológica visou garantir a inclusão de diferentes formas de operacionalização das consultas de enfermagem descritas na literatura, frequentemente designadas como programas ou intervenções estruturadas. Durante o processo de seleção, alguns estudos potencialmente relevantes foram excluídos por não apresentarem descrição suficientemente detalhada das intervenções de enfermagem ou por não permitirem o seu enquadramento claro enquanto prática estruturada no âmbito da saúde mental perinatal, de acordo com os critérios definidos. Foram excluídos estudos que reportassem exclusivamente intervenções médicas ou psicológicas sem envolvimento explícito da enfermagem. Sempre que reportado, foi considerada a caracterização do grau de diferenciação dos enfermeiros (por exemplo, formação especializada em saúde mental e psiquiatria ou saúde materna), sendo esta variável incluída na extração de dados. Quando esta informação não se encontrava disponível, tal foi registado e considerado na interpretação dos resultados como limitação da evidência. Consideraram-se todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, incluindo ambientes hospitalares, cuidados de saúde primários, comunitários, domiciliários e digitais/online (nomeadamente, teleconsultas e plataformas digitais), desde que enquadrados na prática de enfermagem. Foram incluídos estudos quantitativos (experimentais e observacionais), qualitativos e de métodos mistos, bem como revisões sistemáticas pertinentes para a questão de investigação. Adicionalmente, foi realizada pesquisa de literatura cinzenta na plataforma OpenAIRE e em repositórios institucionais, incluindo teses e dissertações, com o objetivo de reduzir o risco de viés de publicação. Não foram aplicadas restrições temporais ou linguísticas. Estudos publicados em línguas diferentes do inglês, português ou espanhol foram traduzidos com o apoio de falantes fluentes ou, quando necessário, com recurso a ferramentas de tradução digital, como o DeepL®.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi delineada de acordo com as recomendações metodológicas do JBI para *scoping reviews* e desenvolvida em três etapas sequenciais.

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa exploratória na *National Library of Medicine* (PubMed®), com o objetivo de identificar estudos relevantes e refinar os principais conceitos do fenómeno em estudo.

A análise de títulos, resumos e termos de indexação permitiu identificar palavras-chave, sinónimos e descritores controlados, incluindo Medical Subject Headings (MeSH). Com base nesta etapa, foi construída a estratégia de pesquisa completa, integrando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e termos MeSH, bem como termos livres relacionados com saúde mental perinatal, gravidez, período pós-parto, enfermagem, cuidados e intervenções de enfermagem, depressão pós-parto, ansiedade e saúde mental materna, em português e inglês. Os termos foram combinados com operadores booleanos (AND/OR) e adaptados às especificidades sintáticas e de indexação de cada base de dados, de modo a maximizar a sensibilidade e abrangência da pesquisa. As estratégias detalhadas encontram-se descritas na Tabela 1. Numa terceira fase, a estratégia foi aplicada às bases de dados Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL®), Nursing & Allied Health Collection®, MedicLatina® (via EBSCOhost), PubMed e MEDLINE (via PubMed®). Foi ainda realizada pesquisa suplementar através da análise das listas de referências dos estudos incluídos, com o intuito de identificar fontes adicionais relevantes. A pesquisa decorreu entre outubro e novembro de 2025. O protocolo da revisão foi posteriormente registado na plataforma OSF a 5 de janeiro de 2026, após o início da pesquisa. Embora o registo não tenha sido prospetivo, os objetivos, critérios de elegibilidade e estratégia metodológica foram definidos previamente, não tendo ocorrido alterações significativas após o registo.

Tabela 1 - Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados consultadas.

Base de Dados	Frase Booleana
PubMed® e Medline	("nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing care"[Title/Abstract] OR "nursing assessment"[MeSH Terms] OR "nursing assessment"[Title/Abstract] OR "psychiatric nursing"[MeSH Terms] OR "psychiatric nursing"[Title/Abstract] OR "mental health nursing"[Title/Abstract] OR "maternal child nursing"[MeSH Terms] OR "maternal child nursing"[Title/Abstract] OR "consult*"[Title/Abstract] OR "nursing consultation"[Title/Abstract] OR "nurs*"[Title/Abstract]) AND ("mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[Title/Abstract] OR "mental disorders"[MeSH Terms] OR "mental disorders"[Title/Abstract] OR "mood disorders"[MeSH Terms] OR "mood disorders"[Title/Abstract] OR "affective disorders"[Title/Abstract] OR "depression, postpartum"[MeSH Terms] OR "depression postpartum"[Title/Abstract] OR "anxiety disorders"[MeSH Terms] OR "anxiety disorders"[Title/Abstract] OR "stress, psychological"[MeSH Terms] OR "stress psychological"[Title/Abstract] OR "perinatal mental health "[Title/Abstract] OR "maternal mental health"[Title/Abstract]) AND ("perinatal care"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[MeSH Terms] OR "postpartum period"[MeSH Terms] OR "postnatal care"[MeSH Terms] OR "prenatal care"[MeSH Terms] OR "perinatal"[Title/Abstract] OR "antenatal"[Title/Abstract] OR "postpartum"[Title/Abstract] OR "postnatal"[Title/Abstract] OR "prenatal"[Title/Abstract] OR " puerperium"[Title/Abstract]) **Estudos identificados: 478**
CINAHL® Plus with Full Text	(MH (nursing care) OR XB (nursing care) OR MH (nursing assessment) OR XB (nursing assessment) OR MH (psychiatric nursing) OR XB (psychiatric nursing) OR XB (mental health nursing) OR MH (maternal child nursing) OR XB (maternal child nursing) OR XB (consult*) OR XB (nursing consultation) OR XB (nurs*)) AND ((MH (mental health) OR XB (mental health) OR MH (mental disorders) OR XB (mental disorders) OR MH (mood disorders) OR XB (mood disorders) OR XB (affective disorders) OR MH (depression, postpartum) OR XB (depression, postpartum) OR MH (anxiety disorders) OR XB (anxiety disorders) OR (MH (stress, psychological) OR XB (stress, psychological) OR XB (perinatal mental health) OR XB (maternal mental health))) AND (MH (perinatal care) OR MH (pregnancy) OR MH (postpartum period) OR MH (postnatal care) OR MH (prenatal care) OR XB (perinatal) OR XB (antenatal) OR XB (postpartum) OR XB (postnatal) OR XB (prenatal) OR XB (puerperium)) **Estudos identificados: 186**
Nursing & Allied Health Collection®	((TI (nursing care) OR AB (nursing care) OR TI (nursing assessment) OR AB (nursing assessment) OR TI (psychiatric nursing) OR AB (psychiatric nursing) OR TI (mental health nursing) OR AB (mental health nursing) OR TI (maternal-child nursing) OR AB (maternal-child nursing) OR (TI (consult*) OR AB (consult*) OR TI (nursing consultation) OR AB (nursing consultation) OR TI (nurs*) OR AB (nurs*)) AND ((TI (mental health) OR AB (mental health) OR TI (mental disorders) OR AB (mental disorders) OR TI (mood disorders) OR AB (mood disorders) OR TI (affective disorder) OR AB (affective disorder) OR TI (depression, postpartum) OR AB (depression, postpartum) OR TI (anxiety disorders) OR AB (anxiety disorders) OR (TI (stress, psychological) OR AB (stress, psychological) OR TI (perinatal mental health) OR AB (perinatal mental health) OR TI (maternal mental health) OR AB (maternal mental health)) AND ((TI (perinatal care) OR AB (perinatal care) OR TI (pregnancy) OR AB (pregnancy) OR TI (postpartum period) OR AB (postpartum period) OR TI (postnatal care) OR AB (postnatal care) OR TI (prenatal care) OR AB (prenatal care) OR TI (perinatal) OR AB (perinatal) OR (TI (antenatal) OR AB (antenatal) OR TI (postpartum) OR AB (postpartum) OR TI (postnatal) OR AB (postnatal) OR TI (prenatal) OR AB (prenatal) OR TI (puerperium) OR AB (puerperium)) **Estudos identificados: 42**
MedicLatina®	((TI (nursing care) OR AB (nursing care) OR TI (nursing assessment) OR AB (nursing assessment) OR TI (psychiatric nursing) OR AB (psychiatric nursing) OR TI (mental health nursing) OR AB (mental health nursing) OR TI (maternal-child nursing) OR AB (maternal-child nursing) OR (TI (consult*) OR AB (consult*) OR TI (nursing consultation) OR AB (nursing consultation) OR TI (nurs*) OR AB (nurs*)) AND ((TI (mental health) OR AB (mental health) OR TI (mental disorders) OR AB (mental disorders) OR TI (mood disorders) OR AB (mood disorders) OR TI (affective disorder) OR AB (affective disorder) OR TI (depression, postpartum) OR AB (depression, postpartum) OR TI (anxiety disorders) OR AB (anxiety disorders) OR (TI (stress, psychological) OR AB (stress, psychological) OR TI (perinatal mental health) OR AB (perinatal mental health) OR TI (maternal mental health) OR AB (maternal mental health)) AND ((TI (perinatal care) OR AB (perinatal care) OR TI (pregnancy) OR AB (pregnancy) OR TI (postpartum period) OR AB (postpartum period) OR TI (postnatal care) OR AB (postnatal care) OR TI (prenatal care) OR AB (prenatal care) OR TI (perinatal) OR AB (perinatal) OR (TI (antenatal) OR AB (antenatal) OR TI (postpartum) OR AB (postpartum) OR TI (postnatal) OR AB (postnatal) OR TI (prenatal) OR AB (prenatal) OR TI (puerperium) OR AB (puerperium)) **Estudos identificados: 8**

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Seleção das fontes de evidência

Os resultados das pesquisas foram exportados para o *software Qatar Computing Research Institute* (*Rayyan QCRI®*), onde os estudos duplicados foram removidos. A triagem foi conduzida por dois revisores independentes, inicialmente por meio da análise de títulos e resumos, seguida da leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. A seleção foi realizada com base nos critérios de elegibilidade previamente definidos, aplicados de forma consistente em todas as fases do processo. Antes do início da triagem, foi realizada uma fase piloto com um subconjunto de estudos, com o objetivo de garantir a consistência na aplicação dos critérios de inclusão e exclusão entre os revisores. As razões para exclusão dos estudos na fase de leitura integral foram registadas e documentadas, sendo apresentadas no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 1). O processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos é apresentado no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 1).

Extração de dados

A extração de dados foi realizada utilizando um formulário padronizado, desenvolvido pelos autores com base nos objetivos da revisão e nas recomendações metodológicas do Joanna Briggs Institute. O PRISMA-ScR foi utilizado como orientação para a descrição dos resultados, não constituindo o referencial metodológico da extração de dados. A extração e análise dos dados foram realizadas de forma independente por dois investigadores. Em situações de divergência relativamente à interpretação ou categorização dos dados, recorreu-se à discussão por consenso e, quando necessário, ao recurso de um terceiro revisor para a tomada de decisão final. O instrumento foi previamente testado em três estudos-piloto, permitindo refinar os campos de registo e clarificar as definições operacionais. Foram extraídos, sempre que disponíveis, dados relativos às características dos profissionais de enfermagem envolvidos, incluindo o nível de formação e especialização, de modo a permitir uma análise mais aprofundada do papel da diferenciação profissional nas intervenções descritas.

Análise e síntese da evidência

Os dados foram analisados através de uma síntese descritiva, complementada por análise temática. Inicialmente, procedeu-se à sistematização das características dos estudos incluídos, nomeadamente, população, contexto de implementação, período perinatal, tipo e descrição da intervenção e principais resultados. Realizou-se uma análise temática indutiva com o objetivo de identificar padrões, semelhanças e divergências entre as intervenções descritas. O processo analítico foi conduzido de forma interativa, envolvendo a leitura aprofundada dos dados extraídos, a codificação inicial e o desenvolvimento progressivo de categorias temáticas, com revisão contínua entre os investigadores.

A análise foi realizada por dois investigadores de forma independente, sendo as categorias e interpretações discutidas até a obtenção de consenso, de modo a garantir a consistência e fiabilidade do processo analítico.

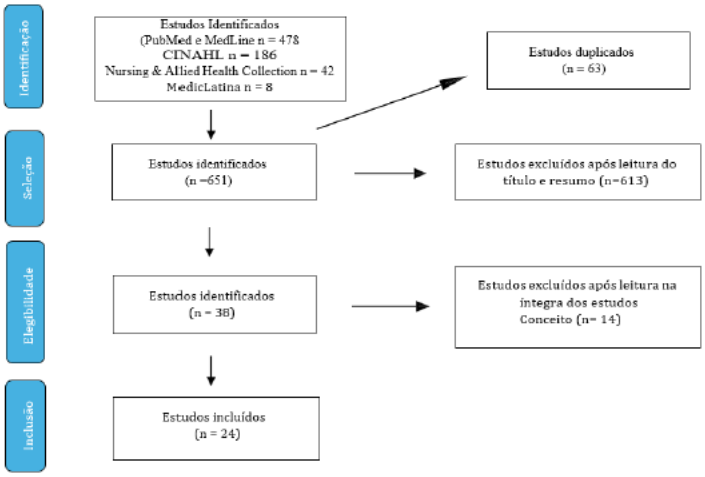
As evidências foram organizadas e categorizadas em função da natureza e finalidade das intervenções, permitindo agrupar as práticas em tipologias conceptualmente consistentes, designadamente intervenções psicossociais e psicoeducativas, estratégias de continuidade de cuidados e visitas domiciliárias, intervenções especializadas em contextos de maior complexidade clínica e abordagens digitais/*mHealth*. Sempre que disponível, a análise considerou também características dos profissionais de enfermagem envolvidos, incluindo o nível de diferenciação, bem como os contextos de implementação das intervenções, permitindo uma interpretação mais aprofundada das variações identificadas. Esta abordagem possibilitou harmonizar a heterogeneidade terminológica presente na literatura, clarificar o âmbito das práticas de enfermagem em saúde mental perinatal e facilitar a comparação entre estudos, bem como a identificação de tendências emergentes e lacunas de conhecimento.

3. RESULTADOS

Foram identificados 714 estudos nas bases de dados incluídas na pesquisa, nomeadamente, na PubMed Central e MEDLINE (n=478), CINAHL (n=186), Nursing & Allied Health Collection (n=42) e MedicLatina (n=8). O processo de seleção dos estudos decorreu em várias fases, incluindo a identificação dos estudos, a triagem dos títulos e resumos, a avaliação da elegibilidade através da leitura do texto integral e a inclusão final dos estudos, de acordo com os critérios previamente definidos. Este processo é apresentado de forma sistematizada no fluxograma PRISMA-ScR (Figura 1), que ilustra de forma transparente as diferentes etapas da seleção dos estudos incluídos nesta *scoping review*.

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247



Fonte: *PRISMA Flow Diagram* adaptado de *Page et al.*, 2020

Figura 1 -Fluxograma do processo de seleção dos estudos

Para a organização e síntese da informação, foram elaboradas tabelas de mapeamento dos dados, permitindo a sistematização das principais características dos estudos incluídos. Na Tabela 2 apresentam-se as seguintes variáveis relativas à caracterização geral dos estudos, nomeadamente autor(es), ano, país, tipo de estudo, contexto, população e período perinatal.

Tabela 2 - Características dos estudos incluídos na *scoping review*

Estudo	Autor(es)/Ano	País	Tipo de estudo	Contexto	População	Período perinatal
E1	Gu *et al.* (2025)	China	Ensaio clínico randomizado e comparativo	Hospitalar	Mulheres no pós-parto	Pós-parto
E2	Gennaro *et al.* (2024)	EUA	Ensaio controlado randomizado	Hospitalar / ambulatório	Mulheres grávidas com ansiedade, depressão ou stress elevados	Gravidez
E3	McCarter *et al.* (2019)	EUA	Ensaio controlado randomizado	Comunitário / Digital	Mulheres no pós-parto	Pós-parto
E4	Wang *et al.* (2024)	China	Ensaio controlado randomizado	Hospitalar/Domiciliário (WeChat)	Mulheres primíparas submetidas a cesariana.	Pós-parto
E5	Filiz Değirmenci *et al.* (2025)	Multinacional	Revisão sistemática com meta análise	Hospitalar/ Comunitário/ Ambulatório	Mulheres grávidas	Gravidez
E6	Mohamed *et al.* (2025)	Egito	Ensaio clínico controlado e randomizado	Hospitalar / Ambulatório	Mulheres primíparas	Pós-parto
E7	Tsuji *et al.* (2021)	Japão	Estudo retrospetivo	Hospitalar/ Comunitário	Grávidas com perturbações mentais	Gravidez
E8	Horowitz *et al.* (2013)	EUA	Ensaio clínico randomizado	Domiciliário / Comunitário	Mulheres no pós-parto com sintomas depressivos	Pós-parto
E9	Tachibana *et al.* (2019)	Japão	Estudo controlado	Comunitário	Mulheres seguidas da gravidez ao pós-parto	Gravidez e pós-parto
E10	Røhder *et al.* (2022)	Dinamarca	Ensaio controlado randomizado	Comunitário	Mulheres com vulnerabilidade psicossocial	Gravidez e Pós-parto

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Estudo	Autor(es)/Ano	País	Tipo de estudo	Contexto	População	Período perinatal
E11	Cai & Wang, (2025)	China	Estudo retrospetivo	Hospitalar, com continuidade domiciliária	Mulheres primíparas	Pós-parto
E12	Nisar *et al.* (2020)	China	Estudo de tradução, adaptação cultural e teste de campo	Comunitário	Grávidas e puérperas	Gravidez e pós-parto
E13	Fisher *et al.* (2016)	Austrália	Ensaio controlado randomizado por *clusters*	Comunitário	Mulheres primíparas e parceiros	Pós-parto
E14	Dol *et al.* (2024)	Tanzânia	Protocolo para um ensaio controlado randomizado	Comunitário / Digital	Mulheres no pós-parto	Pós-parto
E15	Baziyants *et al.* (2025)	EUA	Ensaio controlado randomizado	Domiciliário / Comunitário	Pais e cuidadores (maioritariamente mães).	Pós-parto
E16	Goodman *et al.* (2013)	EUA	Estudo piloto não randomizado	Comunitário / Domiciliário	Díade mãe–bebé.	Pós-parto precoce
E17	Chen *et al.* (2025)	China	Ensaio controlado randomizado	Hospitalar	Mulheres no pós-parto	Pós-parto
E18	Segre *et al.* (2010)*	EUA	Ensaio aberto	Domiciliário / Comunitário	Mulheres com sintomas depressivos	Pós-parto
E19	Chuffo Siewert *et al.* (2015)	EUA	Ensaio aberto	Hospitalar (NICU)	Mães de RN em NICU	Pós-parto
E20	Fisher *et al.* (2010)	Austrália	Estudo controlado de antes e depois	Cuidados de saúde primários / Comunitário	Mulheres primíparas e parceiros	Pós-parto
E21	Sawyer *et al.* (2019)	Austrália	Ensaio controlado randomizado pragmático	Digital / Comunitário	Mulheres com sintomas depressivos ligeiros a moderados	Pós-parto
E22	Pessagno & Hunker, (2012)*	EUA	Projeto de prática baseada na evidência	Comunitário	Mulheres primíparas em risco	Pós-parto
E23	Ediz & Kavak Budak (2023)	Turquia	Ensaio controlado randomizado	Hospitalar / Comunitário	Grávidas adolescentes	Gravidez
E24	Kim & Seo, (2018)	Coreia do Sul	Estudo quase-experimental	Hospitalar	Mulheres primíparas	Pós-parto

*Estudos que emergiram da análise das referências bibliográficas

As intervenções de enfermagem identificadas foram agrupadas em diferentes tipologias, de acordo com a sua natureza, objetivos e contexto de implementação.

As intervenções psicossociais estruturadas constituíram a categoria mais frequente, incluindo programas baseados em abordagens cognitivo-comportamentais, psicoeducativas e de promoção de competências parentais. Estas intervenções foram implementadas em formatos individuais e grupais, demonstrando efeitos consistentes na redução de sintomas de ansiedade, depressão e *stress*, bem como na melhoria do bem-estar psicológico e da adaptação à parentalidade, como evidenciado nos estudos E2, E12 e E23.

As visitas domiciliárias e intervenções de continuidade de cuidados incluíram programas estruturados e abordagens baseadas na escuta ativa, como os *Listening Visits*. Estas intervenções centraram-se no apoio emocional, na promoção da interação mãe–bebé e na identificação precoce de dificuldades, tendo demonstrado melhorias na vinculação e redução da depressão pós-parto, conforme observado nos estudos E8, E18 e E19.

As intervenções digitais e baseadas em *mHealth* incluíram programas de mensagens estruturadas, plataformas online e grupos virtuais, combinando psicoeducação, monitorização e apoio emocional. Embora apresentem elevada aceitabilidade e potencial de escalabilidade, os resultados ao nível da redução sintomática foram mais heterogéneos, como ilustrado nos estudos E3, E14 e E21.

As intervenções especializadas em saúde mental, incluindo psicoterapia individual ou de grupo conduzida por enfermeiros e intervenções em contexto hospitalar ou de psiquiatria de ligação, demonstraram efeitos positivos na redução da depressão e ansiedade, particularmente em populações de maior risco ou em contextos de maior complexidade clínica, como evidenciado nos estudos E7, E16 e E22.

De forma transversal, observou-se uma considerável variabilidade na estrutura das intervenções, nomeadamente número de sessões, duração e intensidade, sendo esta informação nem sempre reportada de forma consistente nos estudos incluídos, o que limita a comparabilidade entre estudos.

Na Tabela 3 encontram-se descritos os aspetos específicos das intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, incluindo o tipo de intervenção, estrutura, componentes principais e os principais resultados reportados.

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Tabela 3 - Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal

Estudo	Tipo de intervenção	Estrutura (nº sessões / duração / formato/ profissional)	Componentes principais	Principais resultados
E1	Psicossocial	Cuidados de enfermagem individualizados e presenciais durante o internamento pós-parto, sem nº fixo de sessões/duração; enfermeiros, sem especialização em saúde mental	Relação terapêutica; apoio emocional; aconselhamento psicológico; educação em saúde	Redução ansiedade/ depressão; melhoria da qualidade de vida e do bem-estar psicológico
E2	Psicossocial (CBT grupal)	6 sessões em grupo, a cada 3 semanas (19–34 semanas de gestação), conduzidas por *Advanced Practice Nurses* no contexto de cuidados pré-natais.	COPE-P; *coping*, reestruturação cognitiva; gestão *stress* e educação	Redução ansiedade/depressão/*stress*
E3	Digital	Formato digital (mensagens eletrónicas); 4 mensagens/semana durante 26 semanas pós-parto; um grupo com opção de contacto telefónico com enfermeira; enfermeiras da equipa de investigação/hospital, sem especialização em saúde mental	Mensagens estruturadas; apoio; triagem	Elevada aceitabilidade; sem efeito significativo
E4	Digital /continuidade	Formato digital via WeChat; apoio educativo diário + orientação às terças e sextas; seguimento semanal após 1 mês até 6 meses pós-alta; equipa de enfermagem de continuidade (incluindo *nurse practitioners* e enfermeiros de obstetrícia), sem especialização em saúde mental	WeChat; educação; monitorização	Redução depressão/ansiedade; melhoria qualidade de vida
E5	Psicossocial (revisão)	Revisão sistemática de 38 ensaios; intervenções variadas, com duração mínima de 3 semanas ou 3 sessões; conduzidas por enfermeiros com diferentes especializações	Intervenções corpo–mente; educativas	Redução *stress*/ansiedade/ depressão
E 6	Psicossocial (modelo teórico)	3 sessões presenciais, de 50–60 min cada, a cada 9 dias (27 dias no total); programa educativo baseado no modelo de Ratu; enfermeiros com diferentes especialidades (psiquiátrica/saúde mental, comunitária e materna-obstétrica)	Modelo de adaptação; coping; suporte social	Redução significativa de *blues* e depressão pós-parto
E 7	Especializada (psiquiatria de ligação)	Modelo de *liaison* contínuo, sem nº fixo de sessões; enfermeiro especialista em enfermagem psiquiátrica	Avaliação clínica; triagem; referenciação	Melhoria articulação de cuidados
E 8	Visitas domiciliárias	Visitas domiciliárias presenciais no pós-parto; 6 visitas principais + 2 suplementares, com 1 h nas visitas com medições e 30–40 min nas de *coaching*; conduzida por enfermeiros especialistas em saúde mental/psiquiatria e pediatria, com entrevistas iniciais por enfermeiros de prática avançada	Programa CARE; interação mãe–bebé	Melhoria interação mãe–bebé; redução depressão
E 9	Comunitária integrada	Apoio contínuo integrado, de base comunitária; entrevista inicial na notificação da gravidez, reuniões mensais da equipa e seguimento flexível no pré e pós-parto; gestor de caso: *public health nurse*	Rastreio; plano individual; visitas	Redução depressão; melhoria acesso e utilização de serviços de apoio
E 10	Psicossocial (vinculação)	9 sessões individuais e domiciliárias: 2 pré-natais e 7 pós-parto (8, 11, 13, 22, 24, 26 e 36 semanas); *health nurses* treinadas no programa *Circle of Security–Parenting* COS-P	COS-P; vídeo-*feedback*; *parentalidade*	Redução *stress* parental
E 11	Sensorial (musicoterapia)	Musicoterapia presencial no internamento, iniciada nas primeiras 24 horas pós-parto; 2 sessões diárias de 30 min; após alta, continuidade com dispositivo áudio emprestado e faixas pré-carregadas, sincronizadas com o esquema de enfermagem e seguimento telefónico semanal de 15–20 min; enfermeiros, sem especialização	Música + respiração	Redução ansiedade/depressão
E 12	Psicossocial (manualizado)	Programa psicossocial manualizado *Thinking Healthy Programme* (THP), com 7 sessões presenciais; focado em reestruturação cognitiva/ativação comportamental e *coping*; desenhado para ser aplicado por não especialistas em saúde mental	*Thinking Healthy*; ativação comportamental; estratégias de *coping*	Elevada aceitabilidade
E 13	Psicossocial (casais)	*What Were We Thinking Program* (WWWT): 1 seminário presencial face-a-face (6–8 semanas pós-parto), com materiais impressos e integração nos cuidados primários; enfermeiros de Saúde Materno-Infantil treinados especificamente, com cerca de 1 hora adicional de contacto por casal	Psicoeducação; regulação emocional	Redução ansiedade; melhoria da saúde
E14	Digital (*mHealth*)	Intervenção digital automatizada por SMS, diária (1 mensagem/dia, de manhã), do 3.º dia pós-parto até às 6 semanas; 44 mensagens educativas/de lembrete; desenvolvida e validada com mães e enfermeiros obstetras da Tanzânia	Mensagens educativas	*Outcomes* em avaliação

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Estudo	Tipo de intervenção	Estrutura (nº sessões / duração / formato/ profissional)	Componentes principais	Principais resultados
E 15	Visitas domiciliárias	Programa *Family Connects*: visitas domiciliárias universais, de curta duração (1–3 visitas) entre as 3 e as 12 semanas de idade do bebé; conduzidas por enfermeiros, em modelo comunitário.	Avaliação familiar, apoio; educação	Redução depressão; melhoria bem-estar social (longo prazo)
E 16	Psicoterapia (díade)	Intervenção Psicoterapia Diádica Perinatal (PDP): 8 visitas domiciliárias individuais/diádicas; enfermeiros de bacharelato/licenciatura sem especialização prévia em saúde mental, treinados e supervisionados para implementar o protocolo	Psicoterapia mãe-bebé; suporte	Remissão da depressão; melhoria autoestima materna
E 17	Hospitalar	Intervenção hospitalar presencial, integrada no internamento, com colaboração obstetrícia–neonatologia; apoio à amamentação/extração de leite nas primeiras 48 h e educação sobre ansiedade/*coping* nos primeiros 3 dias; conduzida por enfermeiros obstetras	Educação; *coping*; apoio emocional	Redução ansiedade
E 18	Visitas domiciliárias *(Listening Visits)*	Listening Visits (LV): até 6 sessões domiciliárias, cerca de 1 h cada; conduzidas por *home visitors*/enfermeiros com formação de base em enfermagem ou ciências sociais, sem especialização prévia em saúde mental, treinados no protocolo de escuta ativa e resolução colaborativa de problemas.	Escuta ativa; resolução problemas	Redução depressão; melhoria da satisfação e aceitabilidade
E 19	*Listening Visits* (NICU)	*Listening Visits* na NICU: 6 sessões presenciais e individuais, à cabeceira do leito, com frequência de 1 sessão a cada 2–3 dias; conduzida por enfermeiros da unidade treinados no protocolo, em contexto de relação de confiança com as mães.	Escuta ativa; suporte emocional	Redução ansiedade/depressão; elevada aceitabilidade e viabilidade
E 20	Psicossocial (universal)	Programa *What Were We Thinking*: intervenção presencial de grupo, com até cinco casais e os seus primeiros bebés, em sessão única de meio dia, realizada por volta das 4 semanas de vida, facilitada por enfermeiros treinados e supervisionados no contexto dos cuidados de saúde primários.	Parentalidade; regulação emocional	Redução perturbações mentais
E 21	Digital (grupo)	Aplicação móvel *eMums Plus*: intervenção digital em grupo, moderada por enfermeiros, com duração de 4 meses (16 semanas), aplicada quando os bebés tinham 2–6 meses; baseada em acesso contínuo via *app*, conteúdos educativos, apoio entre pares e *chat* com enfermeiros integrados nos serviços de saúde comunitária.	Grupo online; apoio + pares	Elevada aceitabilidade, adesão e perceção de utilidade do programa
E 22	Psicoterapia de grupo	Psicoterapia de grupo de curta duração, em 8 sessões semanais de 90 minutos, conduzida por Enfermeiro de Prática Avançada em Psiquiatria.	Modelo interpessoal; *coping*	Redução depressão
E 23	Psicossocial (adolescentes)	8 sessões; 45 min/sessão; 2x/semana/4 semanas; grupal + individual; aplicada por enfermeira especialista em saúde mental/psiquiatria.	Psicoeducação; *coping*; suporte	Redução ansiedade/depressão; aumento suporte social percebido
E 24	Psicossocial (transição)	2 sessões; 50 min/sessão; individual; educação + *workbook*; aplicada pela investigadora (enfermagem materna/saúde da mulher).	Identidade materna; apego; cuidados ao recém-nascido; adaptação psicológica	Melhoria adaptação

NR- não reportado nos estudos incluídos.

4. DISCUSSÃO

Os resultados desta *scoping review* evidenciam uma diversidade alargada de intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, refletindo a complexidade das necessidades emocionais das mulheres ao longo da gravidez e do período pós-parto e a capacidade da enfermagem para responder de forma flexível em múltiplos níveis de cuidados. As intervenções identificadas abrangem cuidados individuais estruturados, programas psicossociais, modelos especializados e abordagens digitais (n=24 estudos, distribuídos por diferentes tipologias de intervenção), tendo sido implementadas em contextos hospitalares, comunitários, domiciliários e digitais, evidenciando a transversalidade da saúde mental perinatal na prática de enfermagem. Estes resultados são consistentes com a literatura que reconhece a saúde mental perinatal como uma área prioritária de intervenção em saúde pública, marcada por necessidades heterogéneas e por múltiplos fatores de risco e proteção (Gökçe İsbir *et al.*, 2021; King *et al.*, 2025). A adaptação das intervenções a diferentes contextos e populações sugere uma resposta progressiva da enfermagem às lacunas no acesso a cuidados especializados, particularmente em momentos críticos do *continuum* perinatal.

De forma consistente, os estudos incluídos demonstram que a enfermagem intervém ao longo de um *continuum* de cuidados que integra ações de promoção do bem-estar psicológico, prevenção de perturbações mentais e intervenção terapêutica em situações

Augusto, M. F., Souto, B., & da Silva, M. (2026). Intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(23e), e45247

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

de maior complexidade. As intervenções individuais estruturadas no período pós-parto demonstraram impacto na redução do sofrimento emocional e na adaptação psicológica à maternidade (Gu *et al.*, 2025; Mohamed *et al.*, 2025; Kim & Seo, 2018). Estes resultados são corroborados por estudos que recorrem a modelos teóricos ou programas estruturados, demonstrando maior intencionalidade clínica, sistematização e a fundamentação conceptual das intervenções (Fisher *et al.*, 2010; Nisar *et al.*, 2020; Goodman *et al.*, 2013). No entanto, observa-se variabilidade na estrutura e intensidade destas intervenções, o que limita a comparabilidade entre estudos e a generalização dos resultados.

A inclusão de modelos integrados de cuidados evidencia que a enfermagem desempenha um papel relevante mesmo em contextos multidisciplinares, quer através da condução direta de intervenções, quer através da continuidade e coordenação dos cuidados (Gennaro *et al.*, 2024; Tachibana *et al.*, 2019; Røhder *et al.*, 2022). Neste âmbito, o papel do enfermeiro especialista como elemento de ligação entre níveis de cuidados reforça a especialização e a autonomia da prática de enfermagem em saúde mental perinatal (Tsuji *et al.*, 2021). Embora uma parte substancial das intervenções se concentre no período pós-parto, identificam-se igualmente intervenções iniciadas no período pré-natal, nomeadamente programas psicoeducativos e de aconselhamento associados a reduções significativas de ansiedade e depressão em populações vulneráveis (Ediz & Kavak Budak, 2023; Alves *et al.*, 2024). Estes resultados sugerem a relevância de uma abordagem precoce e integrada ao longo do *continuum* perinatal.

Intervenções psicossociais e psicoeducativas

Os programas psicossociais e psicoeducativos distinguem-se por uma orientação preventiva explícita, centrada no fortalecimento de recursos emocionais, desenvolvimento de estratégias de *coping* e preparação para as exigências psicológicas da parentalidade. Esta foi a tipologia mais frequente entre os estudos incluídos, evidenciando benefícios consistentes, particularmente em populações vulneráveis, como mulheres primíparas, casais em transição para a parentalidade e adolescentes grávidas (Fisher *et al.*, 2010; Fisher *et al.*, 2016; Ediz & Kavak Budak, 2023). Nestes contextos, o enfermeiro assume um papel ativo na facilitação do processo educativo e no apoio emocional continuado, promovendo capacitação e autonomia. A adaptação cultural surge como um fator crítico para a aceitabilidade e adesão às intervenções, sendo determinante para a sua eficácia (Nisar *et al.*, 2020; Gökçe İsbir *et al.*, 2021). Comparativamente com outras tipologias, estas intervenções apresentam maior consistência nos resultados ao nível da redução de ansiedade e depressão.

Continuidade de cuidados e visitas domiciliárias

A continuidade de cuidados emerge como um elemento estruturante das intervenções de enfermagem em saúde mental perinatal, particularmente no período pós-parto. Um número relevante de estudos incluiu intervenções baseadas em visitas domiciliárias, favorecendo a construção de uma relação terapêutica sustentada e a identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico (Horowitz *et al.*, 2013; Baziyants *et al.*, 2025). As *Listening Visits* constituem uma intervenção amplamente utilizada, centrada na escuta ativa e validação emocional (Segre *et al.*, 2010). A qualidade da relação terapêutica é apontada como um dos principais mecanismos de mudança, contribuindo para reduzir o isolamento e o estigma associado à procura de apoio (Gökçe İsbir *et al.*, 2021; Segre, O'Hara, *et al.*, 2010). Estas intervenções destacam-se pela sua proximidade e adaptabilidade, embora apresentem menor padronização estrutural comparativamente aos programas psicossociais.

Intervenções especializadas de enfermagem e digitais

Em situações de maior complexidade clínica, a enfermagem assume funções diferenciadas de avaliação, acompanhamento terapêutico e articulação de cuidados, frequentemente lideradas por enfermeiros especialistas. Os estudos demonstram o papel destes profissionais na integração de cuidados e na continuidade assistencial (Tsuji *et al.*, 2021). A implementação de intervenções psicoterapêuticas conduzidas por enfermeiros evidencia competências clínicas avançadas e autonomia profissional, particularmente em intervenções mãe-bebé e psicoterapia de grupo (Goodman *et al.*, 2013; Pessagno & Hunker, 2012).

As intervenções digitais e *mHealth*, identificadas em vários estudos, emergem como uma área em expansão, permitindo acompanhamento remoto e apoio estruturado (McCarter *et al.*, 2019; Wang *et al.*, 2024). Contudo, os seus efeitos clínicos permanecem heterogéneos, sugerindo que o seu contributo poderá ser mais consistente ao nível do acesso, envolvimento e suporte emocional do que na redução direta de sintomatologia. Comparativamente com intervenções presenciais, apresentam maior variabilidade nos *outcomes* reportados.

Em contextos hospitalares de elevada complexidade, como unidades de cuidados intensivos neonatais e serviços de obstetrícia-neonatologia, intervenções estruturadas de enfermagem associam-se à redução da ansiedade e depressão relacionadas com a hospitalização neonatal e a separação mãe-bebé (Chuffo Siewert *et al.*, 2015; Chen *et al.*, 2025), em consonância com estudos que sublinham a necessidade de integrar a dimensão emocional nos cuidados clínicos (Silva *et al.*, 2022; Moran *et al.*, 2023). A inclusão de protocolos digitais em avaliação, como o *Essential Coaching for Every Mother* – Tanzania (ECEM-TZ) (Dol *et al.*, 2024), permitem identificar tendências emergentes e áreas de inovação, sendo estes resultados coerentes com a literatura que destaca o potencial das tecnologias digitais para reduzir desigualdades no acesso, condicionado pela adequação cultural, literacia digital e qualidade da relação terapêutica (King *et al.*, 2025; Dol *et al.*, 2024; Nisar *et al.*, 2020).

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Globalmente, os resultados sugerem que a enfermagem desempenha um papel relevante na saúde mental perinatal, evidenciando a necessidade de consolidar modelos integrados de cuidados, investir na formação avançada dos profissionais e promover investigação metodologicamente robusta que avalie a efetividade das intervenções a médio e longo prazo. Entre as principais limitações destacam-se o potencial viés de seleção associado às bases de dados consultadas, a possível exclusão de estudos não indexados e a variabilidade na descrição das intervenções e dos profissionais envolvidos. Importa, contudo, salientar que nem todos os estudos disponíveis apresentam uma descrição suficientemente detalhada das intervenções enquanto práticas estruturadas de enfermagem, conforme os critérios definidos para a presente revisão.

CONCLUSÃO

A presente *scoping review* mapeou e caracterizou as intervenções de enfermagem em saúde mental dirigidas a mulheres no período perinatal, evidenciando a amplitude, diversidade e adaptabilidade das práticas implementadas em contextos hospitalares, comunitários, domiciliários e digitais.

Os resultados evidenciam a predominância de intervenções no período pós-parto e a maior frequência de intervenções psicossociais, psicoeducativas e baseadas na comunidade. A evidência sugere que a enfermagem desempenha um papel relevante na promoção do bem-estar psicológico, na prevenção de perturbações mentais e na resposta a situações de maior complexidade clínica. Contudo, a informação relativa ao grau de diferenciação profissional não foi consistentemente reportada, limitando a análise do contributo específico de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria.

Assim, os resultados devem ser interpretados como um mapeamento da evidência disponível, permitindo identificar tendências e lacunas, mas não suportando recomendações clínicas generalizáveis.

Esta revisão contribuiu para o desenvolvimento de modelos de cuidados integrados, articulando a prática clínica, a formação especializada e a definição de prioridades para investigação futura em saúde mental perinatal.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Conceptualização, F.A. e M.S.; tratamento de dados, F.A., B.S. e M.S.; análise formal, F.A., B.S. e M.S.; investigação, F.A., B.S. e M.S.; metodologia, F.A., B.S. e M.S.; administração de projeto, F.A. e M.S.; recursos, F.A., B.S. e M.S.; programas, F.A., B.S. e M.S.; supervisão, M.S.; validação, M.S; visualização, F.A., B.S. e M.S.; redação – preparação do rascunho original, F.A. e M.S.; redação – revisão e edição, F.A., B.S e M.S.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, S. P., Ribeiro, I., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). Perinatal mental health nurse counselling programme: A pilot study. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, *2*(15e), e35142. https://doi.org/10.29352/mill0215e.35142

Alves, S. P., Costa, T., Ribeiro, I., Néné, M., & Sequeira, C. (2023). Perinatal mental health counselling programme: A scoping review. *Patient education and counseling*, *106*, 170–179. https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.10.347

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). *Scoping studies: Towards a methodological framework*. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19–32. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

Baziyants, G. A., Dodge, K. A., Goodman, W. B., Bai, Y., Murphy, R. A., & O'Donnell, K. (2025). Promoting long-term parent and caregiver mental health through universal postnatal nurse home visiting: Intervention effects and mechanisms of action. *Prevention Science*, *26*(6), 921–931. https://doi.org/10.1007/s11121-025-01827-6

Cai, W., & Wang, J. (2025). Preventive effects of light music on postpartum anxiety and depression in primiparous Women. *Noise and Health*, *27*(127), 358–366. https://doi.org/10.4103/nah.nah_56_25

Chen, X., Yao, L., & Pi, X. (2025). Exploration of intervention strategies for alleviating maternal separation anxiety from the perspective of obstetrics and neonatology collaboration. *Medicine*, *104*(24), e42688. https://doi.org/10.1097/md.0000000000042688

Chuffo Siewert, R., Cline, M., & Segre, L. S. (2015). Implementation of an Innovative Nurse-Delivered Depression Intervention for Mothers of NICU Infants. *Advances in Neonatal Care*, *15*(2), 104–111. https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000146

Coates, D., & Foureur, M. (2019). The Role and Competence of Midwives in Supporting Women with Mental Health Concerns during the Perinatal period: a Scoping Review. *Health & Social Care in the Community*, *27*(4), 389–405. https://doi.org/10.1111/hsc.12740

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Dol, J., Mselle, L. T., Campbell-Yeo, M., Columba Mbekenga, Thecla Kohi, McMillan, D., Dennis, C.L., Murphy, G. T., & Aston, M. (2024). Essential Coaching for Every Mother Tanzania (ECEM-TZ): Protocol for a type 1 hybrid effectiveness implementation randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, *13*, e63454. https://doi.org/10.2196/63454

Ediz, Ç., & Kavak Budak, F. (2023). Effects of psychosocial support-based psychoeducation for Turkish pregnant adolescents on anxiety, depression and perceived social support: a randomized controlled study. *Rural and Remote Health*, *23*(3), 7553. https://doi.org/10.22605/RRH7553

Filiz Değirmenci, K. P. A. Kisaçam, & Yilmaz, D. V. (2025). Effects of Non-pharmacological Interventions on Stress, Anxiety, and Depression of Pregnant Women: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *22*(3). https://doi.org/10.1111/wvn.70034

Fisher, J. R., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2010). Innovative psychoeducational program to prevent common postpartum mental disorders in primiparous women: A before and after controlled study. *BMC Public Health*, *10*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-432

Fisher, J., Rowe, H., Wynter, K., Tran, T., Lorgelly, P., Amir, L. H., Proimos, J., Ranasinha, S., Hiscock, H., Bayer, J., & Cann, W. (2016). Gender-informed, psychoeducational programme for couples to prevent postnatal common mental disorders among primiparous women: cluster randomized controlled trial. *BMJ Open*, *6*(3), e009396. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009396

Gennaro, S., B. M. Melnyk, Szalacha, L. A., Gibeau, A. M., Hoying, J., O'Connor, C. M., Cooper, A. R., & Aviles, M. M. (2024). Effects of Two Group Prenatal Care Interventions on Mental Health: An RCT. *American Journal of Preventive Medicine*, *66*(5), 797–808. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2024.01.005

Gökçe İsbir, G., Yılmaz, M., & Thomson, G. (2021). Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(3). https://doi.org/10.1111/ppc.12867

Goodman, J. H., Guarino, A. J., & Prager, J. E. (2013). Perinatal Dyadic Psychotherapy. *Journal of Family Nursing*, *19*(3), 295–323. https://doi.org/10.1177/1074840713484822

Gu, P., Chen, Y., & Wu, M. (2025). Impact of Humanistic and Psychological Nursing on Postpartum Women: A Comparative Study. *Alternative therapies in health and medicine*, *31*(4),193–199.

Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., & Solon, L. (2013). Nurse Home Visits Improve Maternal/Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *42*(3), 287–300. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038

Katrine Røhder, A. K. Aarestrup, M. S. Væver, R. K. Jacobsen, & Schiøtz, M. (2022). Efficacy of a randomized controlled trial of a perinatal adaptation of COS-P in promoting maternal sensitivity and mental wellbeing among women with psychosocial vulnerabilities. *PLOS ONE*, *17*(12), e0277345–e0277345. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277345

Kim, S. J., & Seo, J. M. (2018). Effects of a maternal role adjustment program on first-time mothers. *Korean Journal of Women Health Nursing*, *24*(3), 322. https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.3.322

King, C., Hayes, M., Maldonado, L., Monter, E., Aujla, R., Phlegar, E., Smith, C., Parker, L., Blome, K., Sandford, A., Douglas, E., & Guille, C. (2025). A perinatal psychiatry access program to address rural and medically underserved populations using telemedicine. *BMC Women S Health*, *25*(1). https://doi.org/10.1186/s12905-025-03561-1

Liblub, Pringle, K., McLaughlin, K., & Cummins, A. (2024). Peer support and mobile health for perinatal mental health: A scoping review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *51*(3). https://doi.org/10.1111/birt.12814

McCarter, D. E., Demidenko, E., Sisco, T. S., & Hegel, M. T. (2019). Technology-assisted nursing for postpartum support: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, *75*(10), 2223–2235. https://doi.org/10.1111/jan.14114

Mohamed, A. H., Abobaker, R. M., Ibrahim, M. I. T., AlHseinat, M. M., Ali, H. M., Razek, R. A. A., Albougami, A., Berdida, D. J. E., & Elrefaey, S. R. I. (2025). Effect of nursing intervention based on Ratu's model for preventing postpartum blues and depression among primiparous women: A treatment-control design. *Women's Health*, *21*. https://doi.org/10.1177/17455057251323155

Moran, E., Noonan, M., M. M. Mohamad, & O'Reilly, P. (2023). Women's experiences of specialist perinatal mental health services: a qualitative evidence synthesis. *Archives of Women's Mental Health*, *26*(4). https://doi.org/10.1007/s00737-023-01338-9

Nisar, A., Yin, J., Yiping, N., Lanting, H., Zhang, J., Wang, D., Rahman, A., & Li, X. (2020). Making therapies culturally relevant: translation, cultural adaptation and field-testing of the Thinking Healthy Programme for perinatal depression in China. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-020-03044-1

Noonan, M., Galvin, R., Doody, O., & Jomeen, J. (2016). A qualitative meta-synthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(3), 545–557. https://doi.org/10.1111/jan.13155

DOI: https://doi.org/10.29352/mill0223e.45247

Oliveira, L.C. C. de, Batagliotti, G. G. e Queija, C. C. S. (2025). Atuação da enfermagem frente à depressão pós-parto: impactos no vínculo mãe-bebê e no cuidado neonatal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, *7*(7), 1560–1572. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n7p1560-1572

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Sham-seer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., & McGuinness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, *372*(71). https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Pessagno, R. A., & Hunker, D. (2012). Using Short-Term Group Psychotherapy as an Evidence-Based Intervention for First-Time Mothers at Risk for Postpartum Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, *49*(3), 202–209. https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00350.x

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12

Porcel, G. da S., & Silva, M. M. de J. (2023). O cuidado de enfermagem à gestante com depressão: revisão integrativa da literatura. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas*, *19*(2), 120-30. https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.190898

Sawyer, A., Kaim, A., Le, H.-N., McDonald, D., Mittinty, M., Lynch, J., & Sawyer, M. (2019). The effectiveness of an app-based nurse-moderated program for new mothers with depression and parenting problems (eMums Plus): Pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *21*(6), e13689. https://doi.org/10.2196/13689

Scroggins, Harkins, S. E., Brown, S., Victoria St Clair, LeBron, G. K., & Barcelona, V. (2024). A systematic review of community-based interventions to address perinatal mental health. *Seminars in Perinatology*, 151945–151945. https://doi.org/10.1016/j.semperi.2024.151945

Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Beck, C. T. (2010). Screening and counseling for postpartum depression by nurses. *MCN, the American Journal of Maternal/Child Nursing*, *35*(5), 280–285. https://doi.org/10.1097/nmc.0b013e3181e62679

Segre, L. S., Stasik, S. M., O'Hara, M. W., & Arndt, S. (2010). Listening visits: An evaluation of the effectiveness and acceptability of a home-based depression treatment. Psychotherapy Research: *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, *20*(6), 712–721. https://doi.org/10.1080/10503307.2010.518636

Silva, M. R. da, Krebs, V. A., Bellotto, P. C. B., Bravo, A. F., Campos, P. M., & Abrão, R. (2022). A atuação da enfermagem frente ao risco de depressão pós-parto. Research, Society and Development, *11*(8), e54611831227. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31227

Spadaro, B., Martin-Key, N. A., Funnell, E., & Bahn, S. (2021). m-Health solutions for perinatal mental health: A scoping review and appraisal following the MIND framework (Preprint). *JMIR MHealth and UHealth*. https://doi.org/10.2196/30724

Tachibana, Y., Koizumi, N., Akanuma, C., Tarui, H., Ishii, E., Hoshina, T., Suzuki, A., Asano, A., Sekino, S., & Ito, H. (2019). Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: The findings from the Suzaka trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-019-2179-9

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., & Lewin, S. (2018). PRISMA Extension for *Scoping reviews* (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467–473. https://doi.org/10.7326/M18-0850

Tsuji, S., Fujii, K., Ando, M., Katsura, D., Yutaka Yoneoka, Amano, T., Yamada, Y., Noda, M., Nao Kamagahara, Nakai, A., Ozeki, Y., Kimura, F., & Murakami, T. (2021). Impact of a psychiatric nurse specialist as a liaison for pregnant women with mental disorders. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, *253*(2), 95–99. https://doi.org/10.1620/tjem.253.95

Vignato, J., Beck, C. T., Conley, V., Inman, M., Patsais, M., & Segre, L. S. (2021). The lived experience of pain and depression symptoms during pregnancy. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *46*(4), 198–204. https://doi.org/10.1097/nmc.0000000000000724

Wang, H., Wu, H., Zhang, Y., & Ding, Q. (2024). WeChat continuity nursing on postpartum depression and quality of life in primipara undergoing cesarean delivery. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 30(12), 262-268. https://shre.ink/7ofZ

Wang, T., Pai, L., Tzeng, Y., Yeh, T., & Teng, Y. (2021). Effectiveness of nurses and midwives-led psychological interventions on reducing depression symptoms in the perinatal period: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Open*, *8*(5), 2117–2130. https://doi.org/10.1002/nop2.764

World Health Organization (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142

ANEXO XXXVIII: Ambientes de Prática Clínica Positivos: Comunicação, Gestão de *Stress* e Prevenção da Violência

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ICAD
Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I.P.

Declaração

Despacho n.º 13019/98, de 29 de julho e n.º 1 do artigo 21.º da Portaria n.º 208/2013, de 26 de junho

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.
Parque de Saúde Pulido Valente • Alameda das Linhas de Torres, n.º 117 • Edifício ICAD • 1750-147 Lisboa – Portugal
NIPC: 517839539
Entidade Acreditada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
Entidade Formadora Acreditada pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua

Declara-se que **Maria Francisca Costa Augusto** portadora do documento de identificação n.º 13943353 8ZY8, válido até 11/01/2028, foi formadora no dia 26 de Março de 2026, com a duração total de **3H**, na Ação de Sensibilização em Serviço, presencial:

Ambientes de Práticas Clínicas Positivas

Organizada e promovida pela Unidade de Desabituação do Norte (UDN) do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P. (ICAD, I.P.)

Matosinhos, 16 de Abril de 2026

Presidente da Direção de Enfermagem
Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico
Assinado por: **CARLOS MANUEL PIRES BARATA GIL**
Num. de Identificação: 05201928
Data: 2026.04.16 17:04:40+01'00'

(Enfermeiro Gestor)

CARTÃO DE CIDADÃO

ANEXO XXXIX: Comprovativo Sessão Ambientes de Prática Clínica Positivos

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

DECLARAÇÃO

Declara-se, para os devidos efeitos, que **Maria Francisca da Costa Augusto** foi formadora na formação em serviço intitulada "Ambientes de Prática Clínica Positivos", realizada no dia 31 de outubro de 2025, com a carga horária de **3 horas**.

Mais se declara que a emissão do respetivo certificado será efetuada posteriormente.

Unidade Local de Saúde do Tâmega e Sousa, 13 de maio 2026

Departamento de Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento,

Eliana Pereira

(Eliana Pereira, Dra.)

ANEXO XL: Plano de Sessão Ambientes de Prática Clínica Positivos

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE — SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE — UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

TEMA DA SESSÃO: Ambientes de práticas clínicas positivas

CURSO/ACÇÃO:		**MÓDULO:**		**SERVIÇO:** UF4/UAVC	
N.º:	**Carga horária:** 3h	**N.º:**	**Carga horária:**	**N.º:**	**Carga horária:**
OBJECTIVO GERAL: Aprofundar competências de gestão de conflitos em contexto institucional, através da participação numa sessão dirigida a enfermeiros e assistentes operacionais, promovendo práticas colaborativas e comunicação eficaz na equipa.					**ÁREA DE FORMAÇÃO:**
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros e Auxiliares do serviço de Medicina		**N.º**		**PERFIL:**	
INSTITUIÇÃO: ULSTS, EPE				**PRÉ-REQUISITOS:**	
LOCAL: CHTS		**ESPAÇO:**		**DATA:** 31/10/2025	**HORA:** 8:30-11:30
MONITOR/FORMADOR: Francisca Augusto e Rosário soares		**T:**		**E:**	**CAP:**
Presencial ☐ **On Line** ☐					

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	• Abertura e Quebra-gelo "Palavra que me representa hoje"	• Criar proximidade, empatia e perceção do estado emocional do grupo no início da sessão; • Promover a autorreflexão, reforçar pontos fortes e abrir espaço para melhorias de forma anónima • Aumentar a consciência coletiva sobre os	• Realização de uma dinâmica inicial de identificação do estado emocional dos participantes, recorrendo ao check-in emocional. • Elaboração de um registo visual das palavras partilhadas, com o objetivo de analisar o clima da equipa e promover a consciencialização emocional no grupo	15min	• Conversa aberta; dinâmica de grupo brainstorming	Quadro, marcadores, computador, projetor, sacos, papéis, canetas, corda	• Observação participativa; análise das palavras mais frequentes

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE — SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE — UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Desenvolvimento	• Dinâmica "Espelho da Equipa" • Dinâmica "Linha do stress" • Dinâmica "Telefone sem fio clínico" • Dinâmica "Palavras que constroem, palavras que destroem" • Atividade "Tempestade no serviço" • Atividade "Mapa do ambiente seguro" • Dinâmica "Compromisso pessoal"	níveis de stress da equipa e refletir sobre estratégias para gerir; • Mostrar de forma lúdica como falhas na comunicação podem alterar informações importantes; • Promover a reflexão sobre o impacto do vocabulário no ambiente de trabalho, incentivando o uso de linguagem positiva, respeitosa e empática; • Refletir sobre formas diferentes de reagir em situações de stress e conflito; • Construir em conjunto boas práticas que promovem segurança, respeito e ambiente positivo no serviço; • Transformar reflexão em ação prática e individual.	• Dois sacos com "forças da nossa equipa" e "o que podemos melhorar": Cada pessoa escreve 1 caraterística positiva sua no trabalho, e um ponto que gostaria de melhorar. • Uma corda uma ponta da corda é "baixo stress" e outra "alto stress", cada elemento deve posicionar-se conforme sente o seu nível de stress no trabalho; • Criar 2 frases curtas com informação clínica, cada um repete e o último diz a frase em voz alta; • Dividir o grupo em 3 equipas e pedir que escrevam exemplos de palavras/frases que ouvem no serviço: construtivas e destrutivas; • Criar 2 cenários típicos que possam acontecer no serviço e pedir que representem, a resposta automática, stressada, e a resposta calma e profissional	2h30min	• Escrita reflexiva; debate orientado • Dinâmica corporal; diálogo • Jogo colaborativo; • Trabalho em equipas; dinâmica colaborativa • Role-play; análise de situações • Escrita e partilha; • Compromisso individual		• Participação e qualidade da reflexão; • Feedback de cada profissional

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE TÂMEGA E SOUSA

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

		• Consolidar aprendizagens-, reforçar a ideia de equipa em crescimento	• Cada elemento deve colocar num papel uma atitude que ajude a tornar o serviço mais seguro e positivo • Cada profissional deve escrever um compromisso que vai adotar no próximo mês e colocar numa caixa.				
Conclusão	Síntese dos pontos-chave Enfatizar a ideia "equipa em crescimento"		• Recapitulação conjunta e espaço para perguntas/partilhas	10min			

O /A Responsável pela Formação em Serviço: _____

O / A Diretor(a) / Gestor (a) do serviço: _____

O / A Diretor do(a) SEFI: _____

O/ A Formador/a: _____