



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**CONCEÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO
DOMÍNIO DO AUTOCONCEITO**

NURSING CARE IN THE SELF-CONCEPT DOMAIN

RELATÓRIO FINAL

**PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
E PSIQUIÁTRICA**

Rita Pinheiro Pinto

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CONCEÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM NO DOMÍNIO DO
AUTOCONCEITO

Relatório de estágio orientado pelo Professor
Doutor Francisco Sampaio e coorientado pela
Professora Doutora Patrícia Gonçalves.

Porto, 2025

*“A vida é simples. Tudo acontece para ti, não a ti.
Tudo acontece exatamente no momento certo,
nem demasiado cedo nem demasiado tarde.”*

Byron Katie

AGRADECIMENTO

A realização deste percurso não teria sido possível sem o apoio inestimável de pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para esta conquista.

Aos meus pais, pelo exemplo de dedicação e pelos valores transmitidos, que foram a base para que este caminho se tornasse possível. A vossa confiança em mim foi, e será sempre, um dos meus maiores alicerces.

À minha irmã, pelo incentivo constante, pela partilha de desafios e conquistas e por estar sempre presente, a celebrar cada passo desta caminhada. A tua confiança em mim foi uma fonte de motivação constante.

Ao Professor Francisco, pela orientação, disponibilidade, paciência e partilha de conhecimento que tanto contribuíram para o meu crescimento académico e profissional. À Professora Patrícia, por toda a dedicação, disponibilidade e palavras de motivação que incentivaram a melhoria ao longo de todo percurso. O estímulo à excelência fomentado por ambos foi essencial para a concretização deste trabalho.

Às enfermeiras tutoras nos contextos de estágio, pela partilha de conhecimento e pela confiança depositada em mim ao longo desta caminhada. A vossa orientação permitiu o meu crescimento de forma segura e consciente.

Às amigas Glória e Catarina, pelo apoio, pelas conversas que trouxeram leveza e motivação e por tornarem esta jornada mais significativa. Às companheiras de vida Vânia, Renata, Carolina, Francisca e Inês, que estiveram ao meu lado nos momentos mais desafiantes, sempre com uma palavra certa e um gesto de carinho. Às colegas Paula, Arminda e Lucinda, que com a sua compreensão, incentivo e amizade, tornaram os dias mais leves e mantiveram a minha positividade.

A todos vocês, o meu mais sincero obrigado. Sem o vosso apoio, compreensão e presença, esta etapa não teria o mesmo significado. Guardarei sempre comigo cada gesto, cada palavra e cada momento partilhado.

Eternamente grata por todos vocês.

RESUMO

Este relatório documenta o percurso formativo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, refletindo a aquisição das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. As atividades realizadas tiveram como foco mais específico a avaliação e intervenção no autoconceito das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, com ênfase no fortalecimento da autoestima, imagem corporal, e identidade pessoal.

O estágio clínico decorreu em três contextos distintos: internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, cuidados na comunidade e respostas diferenciadas. Em cada um destes contextos, procurou-se realizar uma avaliação abrangente da pessoa e das suas necessidades, planeando e implementando intervenções de Enfermagem ajustadas. Para fundamentar a prática foram integradas abordagens teóricas como o Modelo de Adaptação de Callista Roy e a Teoria das Transições de Meleis. Para suporte ao planeamento e implementação das intervenções, foi realizada uma *scoping review* para mapear as intervenções de Enfermagem direcionadas ao autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental.

Os resultados evidenciaram melhorias significativas no autoconceito dos utentes, promovendo uma maior autoaceitação, valorização das capacidades individuais e reforço da autoestima. O impacto positivo das intervenções reforça a relevância do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na promoção da recuperação e no combate ao estigma associado à doença mental.

Este relatório sublinha a importância da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na implementação de cuidados diferenciados, adaptados às necessidades das pessoas e baseados na evidência científica. O percurso formativo permitiu consolidar competências essenciais para a prática clínica, promovendo uma abordagem centrada na pessoa, sustentada pelo conhecimento teórico e pela reflexão crítica sobre a prática profissional.

Palavras-chave: enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, autoconceito, intervenções de Enfermagem, pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental

ABSTRACT

This report documents the educational and clinical journey undertaken within the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, reflecting the acquisition of specialist competencies in this field. The clinical practice focused on the assessment and intervention in self-concept among individuals with mental health care needs, particularly addressing self-esteem, body image, and personal identity.

The clinical placement was carried out in three distinct settings: inpatient care for individuals in acute psychiatric decompensation, community-based mental health care, and specialized care responses. In each of these contexts, a comprehensive assessment of the individual and their needs was undertaken, followed by the planning and implementation of tailored nursing interventions. Theoretical frameworks such as Callista Roy's Adaptation Model and Meleis' Transitions Theory were integrated to support clinical reasoning. Additionally, a scoping review was conducted to map nursing interventions aimed at enhancing the self-concept of individuals with mental health care needs.

The results evidenced significant improvements in individual's self-concept, promoting greater self-acceptance, recognition of individual strengths, and enhancement of self-esteem. The positive impact of these interventions reinforces the essential role of the Mental Health and Psychiatric Nurse specialist in promoting recovery and addressing the stigma associated with mental illness.

This report highlights the importance of Mental Health and Psychiatric Nursing in delivering differentiated, evidence-based care tailored to individual needs. This process enabled the consolidation of key competencies for clinical practice, fostering a person-centred approach grounded in theoretical knowledge and critical reflection on professional practice.

Keywords: Mental Health and Psychiatric Nurse specialist, self-concept, nursing interventions, individual with mental health disorder

ABREVIATURAS

APA – *American Psychiatric Association*

BAS-2 – *Body Appreciation Scale-2*

BCQ – *Body Checking Questionnaire*

BIAQ – *Body Image Avoidance Questionnaire*

CRI-SM – Centro de Respostas Integradas de Saúde Mental

DSM-5-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

EDE-Q – *Eating Disorders Examination Questionnaire*

EDI-2 – *Eating Disorders Inventory-2*

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IC – Imagem Corporal

ICN – *International Council of Nurses*

JBİ – *Joanna Briggs Institute*

MAR – Modelo de Adaptação de Roy

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

MoCA – Avaliação Cognitiva de Montreal

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBP – Perturbação *Borderline* da Personalidade

PCA – Perturbação do Comportamento Alimentar

PNM – Perturbação Neurocognitiva *Minor*

RSCQ – *Robson Self-Concept Questionnaire*

RSES – Escala de Autoestima de Rosenberg

RT – Relação Terapêutica

SATAQ-3 – *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3*

SERS-SF – *Self-Esteem Rating Scale – Short Form*

SPPC – *Harter Self-Perception Profile*

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

TRAS-Nurse – *Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse*

TRAS-Patient – *Therapeutic Relationship Assessment Scale-Patient*

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ABORDAGEM CONCEPTUAL / TEÓRICA.....	14
1.1. Abordagem conceptual	14
1.2. Abordagem teórica	18
1.2.1. Modelo de Adaptação de Roy	19
1.2.2. Teoria das Transições de Meleis	20
1.3. Pertinência do tema	23
2. SCOPING REVIEW: “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCONCEITO DA PESSOA COM NECESSIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL”	25
2.1. Introdução	25
2.2. Questões de investigação.....	28
2.3. Critérios de inclusão	28
2.4. Métodos.....	31
2.5. Resultados.....	33
2.6. Discussão dos resultados.....	36
2.7. Conclusão	43
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	44
3.1. Objetivos de estágio	44
3.2. Desenvolvimento de competências no domínio do autoconceito em contexto de estágio	45
3.2.1. Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda ...	46
3.2.1.1. Identificação das necessidades	47

3.2.1.2. Enquadramento da intervenção	48
3.2.1.3. Implementação da intervenção.....	50
3.2.1.4. Resultados da intervenção	52
3.2.2. Contexto de cuidados na comunidade	55
3.2.2.1. Identificação das necessidades	56
3.2.2.2. Enquadramento da intervenção	58
3.2.2.3. Implementação da intervenção.....	59
3.2.2.4. Resultados da intervenção	62
3.2.3. Contexto de respostas diferenciadas	63
3.2.3.1. Identificação das necessidades	64
3.2.3.2. Enquadramento da intervenção	65
3.2.3.3. Implementação da intervenção.....	66
3.2.3.4. Resultados da intervenção	68
3.3. Competências comuns do enfermeiro especialista	72
3.4. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	74
3.4.1. Competência F1.....	78
3.4.2. Competência F2.....	81
3.4.3. Competência F3.....	84
3.4.4. Competência F4.....	86
4. CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	89
CONCLUSÃO	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	113

Anexo II – Quadro de extração de dados

Anexo III – Consentimento de participação

Anexo IV – Questionário de satisfação

Anexo V – Avaliação Cognitiva de Montreal

Anexo VI – Escala de Autoestima de Rosenberg

Anexo VII – Escala de apreciação corporal-2

Anexo VIII – Planos de sessão do contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda e outras atividades realizadas

Anexo IX – Planos de sessão do contexto de cuidados na comunidade e outras atividades realizadas

Anexo X – Estudo de caso

Anexo XI – Planos de sessão do contexto de respostas diferenciadas e outras atividades realizadas

Anexo XII – Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse

Anexo XIII – Certificado de participação "I ENCONTRO DE UCC DO ACES MAIA VALONGO - UCC Intervenção ao Longo do Ciclo Vital"

Anexo XIV – Certificado de participação "IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - Enfermagem de Saúde Mental a Par com o Futuro”

Anexo XV – Certificado de participação em ação de formação “Introdução à Entrevista Motivacional”

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo dos resultados obtidos no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda	54
Quadro 2 – Dados definidores do diagnóstico “autoconceito comprometido” ..	58
Quadro 3 – Resumo dos resultados obtidos no contexto de respostas diferenciadas.....	71
Quadro 4 – Objetivos de estágio, unidades de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e atividades realizadas.....	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos (adaptado de Page et al., 2021)	32
---	----

INTRODUÇÃO

A representação mental que a pessoa faz de si própria é ampla e complexa, desempenhando um papel cada vez mais crucial no âmbito da saúde mental. Esta abrange vários aspetos, entre os quais a avaliação da própria valia, a perceção da identidade pessoal, a capacidade de assumir diferentes papéis na vida, e a satisfação com a aparência física. Nas pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental pode ocorrer uma alteração num ou mais destes elementos, o que pode afetar o seu autoconceito (Oliveira et al., 2022).

Zhu et al. (2016) identificaram o autoconceito como um dos fatores diretamente relacionados com a saúde mental, nomeadamente através da sua influência indireta na adaptação social. Assim, o autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental apresenta uma elevada importância enquanto domínio de Enfermagem no contexto da Saúde Mental e Psiquiatria.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a decorrer no primeiro semestre do ano letivo 2024/2025, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob a orientação do Professor Doutor Francisco Sampaio e da Professora Doutora Patrícia Gonçalves, foi proposta a elaboração de um relatório de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

O estágio realizado no âmbito da UC “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, decorreu em três unidades distintas – contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, contexto de cuidados na comunidade e contexto de respostas diferenciadas – no período compreendido entre 16 de setembro de 2024 e 10 de janeiro de 2025, perfazendo um total de 340 horas. Em cada um destes contextos, a orientação tutorial esteve a cargo de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

As intervenções de Enfermagem desempenham um papel crucial no domínio do autoconceito, nomeadamente através de modelos como o Modelo de Adaptação de Callista Roy, que destaca a adaptação aos estímulos ambientais através de estratégias de *coping* positivas. A Teoria das Transições de Meleis orienta a prática do EEESMP para identificar e intervir nas necessidades específicas da pessoa durante as transições. Após uma pesquisa preliminar nas bases de dados MEDLINE, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e PROSPERO verificou-se que, apesar da existência de estudos relevantes, a informação que advém da investigação específica sobre intervenções de Enfermagem que visem a melhoria do autoconceito em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental carece de sistematização. Neste sentido, e no âmbito da ESMP, surge a oportunidade de realizar uma *scoping review* sobre esta temática com o objetivo de mapear as intervenções de Enfermagem que abordam o autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental.

Com base no conhecimento adquirido durante o Mestrado e as experiências em contextos clínicos, bem como os interesses e reflexões pessoais, este relatório tem como objetivo apresentar o desenvolvimento profissional na área de ESMP, no que concerne às intervenções e atividades implementadas, as competências adquiridas e aos objetivos alcançados. Este está estruturado em quatro capítulos centrais. O primeiro capítulo descreve a temática transversal em análise, incluindo a abordagem concetual e teórica do domínio do autoconceito e a pertinência do mesmo. O capítulo dois é dedicado à *scoping review*, sendo realizada a introdução da mesma, apresentados os métodos, os resultados obtidos, a discussão dos mesmos e as respetivas conclusões. No capítulo três são caracterizados os contextos de estágio e é realizado o enquadramento teórico do projeto de intervenção planeado, bem como a descrição e a justificação das atividades desenvolvidas em cada um dos contextos e os resultados obtidos. Ainda neste capítulo, é apresentada a reflexão sobre as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESMP adquiridas. Por último, no quarto capítulo são abordados os contributos para a ESMP.

1. ABORDAGEM CONCETUAL / TEÓRICA

A saúde mental é um domínio em constante evolução, caracterizado pela emergência regular de novos conceitos e teorias que refletem as mudanças nas necessidades da sociedade e nos avanços científicos. A abordagem conceptual, neste contexto, é fundamental para a formação do EEESMP, assegurando a implementação de cuidados fundamentados em evidências e em práticas emergentes (Crawford et al., 2018)

A prática dos EEESMP deve também ser orientada por princípios que reconheçam a pessoa em toda a sua complexidade, abordando não apenas os sintomas da doença, mas também o impacto psicológico, social e familiar das condições mentais. O autoconceito é um dos domínios essenciais na área de ESMP, uma vez que está diretamente relacionado com a maneira como a pessoa se percebe e se posiciona no mundo. Este conceito é composto pela autoestima, pela Imagem Corporal (IC) e pela identidade pessoal (Carpenito, 2019).

Assim, a abordagem concetual que orienta a prática dos EEESMP não só é relevante para a compreensão da doença, mas também para as suas implicações diretas sobre a pessoa e os seus contextos. Compreender as dimensões do autoconceito e as suas implicações na Enfermagem é essencial para o desenvolvimento de estratégias de intervenção que promovam a recuperação e a reabilitação da pessoa (Carpenito, 2019; Jorm et al., 2005).

1.1. Abordagem concetual

A literatura iniciou por definir o autoconceito como uma construção complexa e multidimensional, moldada pela integração contínua de experiências individuais e sociais ao longo da vida. De acordo com esta literatura, o desenvolvimento do autoconceito abrange vários domínios – cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais – todos eles influenciados pela biografia de cada pessoa,

integrando-se numa narrativa social que orienta a construção do "eu" (Serra, 1986).

A definição de autoconceito pode ser entendida como a percepção que a pessoa tem de si própria, não apenas num sentido estritamente pessoal, mas também em contextos sociais, morais e espirituais (Serra, 1986). Shavelson e Bolus, citados por Serra (1986), apontam para três pilares na formação destas percepções: as interpretações do ambiente, as avaliações das figuras significativas, e as atribuições pessoais do próprio comportamento. Esta estrutura organizacional do autoconceito, tal como descrita por Shavelson et al. (1976), é hierárquica e multifacetada, o que permite à pessoa formar uma autoimagem através da categorização e da organização das informações que recolhe do seu meio (Hattie, 1992).

O autoconceito, é um constructo estruturado e, embora estável, evolutivo, permitindo a adaptação a novas realidades e a novos contextos. A organização hierárquica do autoconceito possibilita que percepções sobre comportamentos e atitudes perante situações específicas contribuam para uma compreensão mais ampla do "eu". Este processo de inferência vai desde o autoconceito específico – como os domínios social, físico e académico – até ao autoconceito global ou geral (Serra, 1986). Esta estrutura hierárquica permite que as diferentes dimensões do autoconceito se organizem num sistema coerente, em que as experiências de cada domínio específico contribuem para a formação da autoestima global, conceito introduzido por James (1999) sobre a análise multifacetada do "eu". Este modelo foi posteriormente expandido e validado por investigações recentes, que sugerem uma maior complexidade na interação entre os diferentes domínios do autoconceito, incluindo aspetos emocionais e de autorregulação (Marsh & Craven, 2006).

Para Cooley (1902), a pessoa forma a sua autoimagem, em grande parte, a partir do reflexo das percepções e avaliações das pessoas significativas, como familiares e amigos próximos. Mead (1934) complementa esta perspetiva, sugerindo que a percepção do "eu" é também mediada por uma visão generalizada das normas e dos valores sociais. Uma revisão da literatura

realizada por Wilson e Ross (2001) reforça esta perspetiva, indicando que o autoconceito é continuamente moldado pela comparação social e pelas mudanças nas normas culturais.

Contudo, a literatura aponta para algumas inconsistências na congruência entre as perceções externas e as autoperceções. Shrauger e Schoeneman (1979) identificaram baixos níveis de concordância entre o autoconceito percebido e o autoconceito atribuído por terceiros, enquanto estudos posteriores, como o de Marsh & Shavelson (1985), indicam que o autoconceito pode ser entendido como um "*self* em trabalho" (*working self-concept*), uma construção que adapta dinamicamente o autoconceito de acordo com as circunstâncias e necessidades de cada situação específica. Esta flexibilidade permite à pessoa responder de forma eficaz a diferentes contextos sociais e relacionais, ajustando a sua autoperceção conforme as exigências do ambiente.

A literatura clássica sobre o autoconceito, proposta pelos autores anteriormente referidos, sendo amplamente aceite e utilizada, continua a ser um pilar essencial fundamentando muitas das teorias atuais. A definição contemporânea de autoconceito, como apresentado por Carpenito (2019), alinha-se com estes conceitos clássicos ao destacar a dificuldade de mudança do autoconceito e o seu desenvolvido ao longo do ciclo vital, sendo influenciado por interações com o ambiente, com os pares e pelas perceções de como os outros veem a pessoa. Incorpora, também, um conjunto de sentimentos, atitudes e perceções que uma pessoa tem sobre si mesma (Oliveira et al., 2022). A consciência das características e dos atributos pessoais exerce uma influência substancial na interação com os pares, sendo a autoestima fundamental para esse efeito (Shpigelman & HaGani, 2019).

A autoimagem é descrita como uma crença sobre a definição ou imagem mental que se cria sobre o próprio, englobando a autoestima, a IC e a identidade pessoal (International Council of Nurses [ICN], 2019). Podemos inferir, portanto, que este conceito é equivalente ao autoconceito, podendo estes ser utilizados de forma intercambiável.

Verifica-se, igualmente, uma relação entre os conceitos de autoestima e autoconceito, sendo ambos identificados como diferentes formas de avaliação do *self*. O autoconceito refere-se a avaliações de natureza mais cognitiva, centradas em domínios específicos de realização, resultando o autoconceito global da soma de todas as dimensões específicas consideradas. Em contraste, a autoestima é vista como uma avaliação global do *self*, com uma componente mais afetiva (Chambel, 2021).

A autoestima apresenta-se como a componente emocional do autoconceito, transcendendo os aspetos cognitivos, que dizem respeito às crenças individuais sobre si mesmo. Assim, representa a opinião subjetiva e global que uma pessoa faz de si mesma, envolvendo sentimentos de autovalorização, autoaceitação e autoconfiança, aceitação de elogios, incentivos e críticas e é formada por experiências, sucessos, fracassos, relacionamentos e perceções pessoais (ICN, 2019). É, assim, uma avaliação do próprio valor, independentemente da aparência física, que é avaliada através da IC da pessoa.

Quando uma pessoa vivencia situações que envolvem o próprio corpo, atribui significados e valores a estas experiências, o que tem influência na sua perceção corporal e, conseqüentemente, na sua IC. A qualidade desta perceção afeta diretamente a sua autoestima (Humboldt & Leal, 2013; Lima, 2022). A IC assume-se, então, como a imagem mental que a pessoa define sobre o seu próprio corpo (seja, ou não, na sua totalidade) (ICN, 2019). Engloba as medidas antropométricas, a forma corporal, bem como os sentimentos relacionados com esses fatores, afetando a satisfação com o corpo ou com partes específicas dele (Silva et al., 2019). Assim, a IC é construída diariamente, sendo considerada uma imagem subjetiva de como as pessoas avaliam o próprio corpo (Duarte et al., 2021).

Simultaneamente, a identidade pessoal é uma dimensão crucial do autoconceito, abrangendo o sentido interno de individualidade, totalidade e coerência de uma pessoa ao longo do tempo e em diferentes contextos. Atualmente, é um conceito cada vez mais expressivo, sendo que esta é

tipicamente formada para satisfazer as necessidades psicológicas da pessoa. A aquisição e a manutenção da identidade da pessoa são consideradas dinâmicas e refletem a complexa interação entre as necessidades e as exigências ao longo de todo o ciclo de vida e em diferentes contextos sociais (Santos, 2021). Logo, a identidade pessoal assume-se como a capacidade que a pessoa tem para preservar uma perceção integrada da totalidade de si mesma (Herdman et al., 2021).

Relativamente à pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, esta possui, não raras vezes, um comprometimento no autoconceito (American Psychiatric Association [APA], 2023). A identificação das características definidoras do comprometimento do autoconceito apresenta-se como fulcral, visando o planeamento da intervenção (Herdman et al., 2021). Segundo Carpenito (2019), o diagnóstico “autoconceito comprometido” assume-se como um estado negativo de mudança face à maneira como uma pessoa se sente/pensa, podendo incluir uma alteração ao nível da autoestima, da IC e/ou da identidade pessoal. Apresenta-se como uma categoria diagnóstica ampla, sob a qual estão diagnósticos de Enfermagem mais específicos.

A Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2023), corrobora Carpenito (2019), definindo os dados relevantes centrados na condição para estabelecer o diagnóstico “autoconceito comprometido” como a verbalização depreciativa sobre si (incluindo aparência física e/ou sobre o seu desempenho), a imagem mental negativa que possui de si, a desvalorização de elogios referidos por outros, e sentimentos ou comportamentos de desvalorização pessoal.

1.2. Abordagem teórica

A fundamentação teórica constitui um pilar essencial na ESMP, proporcionando um enquadramento que orienta a prática clínica e a tomada de decisão. Através da aplicação de modelos e referenciais teóricos, é possível,

compreender os processos subjacentes às necessidades de cuidados de saúde mental e apoiar a prática baseada na evidência.

1.2.1. Modelo de Adaptação de Roy

No que concerne às teorias de Enfermagem, o “Modelo de Adaptação” proposto por Callista Roy poderá ser tomado como base na intervenção do EEESMP. Este modelo define claramente o processo de Enfermagem, orientando a prática clínica para a prestação de cuidados com uma visão holística da pessoa. Simultaneamente, norteia a investigação através da promoção de uma perspetiva direcionada para a procura de diferentes hipóteses perante um problema e é também tida como referência no ensino em Enfermagem, uma vez que distingue a ciência de Enfermagem de outras áreas da saúde.

Segundo esta teoria, a pessoa é concebida como um sistema, inserido num ambiente, capaz de se adaptar através de mecanismos reguladores e cognitivos (Oliveira et al., 2022). Para Callista Roy, a Enfermagem é vista como uma ciência e uma prática que promove a melhoria das capacidades de adaptação e mudanças no ambiente em que a pessoa está inserida, bem como no grupo ou sociedade de que faz parte, estabelecendo assim como objetivo principal da Enfermagem a promoção da saúde das pessoas, grupos ou comunidades, através da adaptação nos quatro modos: fisiológico-físico, autoconceito, função/desempenho e interdependência (Santos, 2020).

Neste modelo, o autoconceito é definido como a necessidade de a pessoa se reconhecer como única, com uma identidade própria, envolvendo aspetos psicológicos e espirituais do sistema humano. É composto pelo ser físico, ou seja, a sua imagem, pelo ser pessoal, que engloba a sua autoconsciência e auto ideal, e pelo ser moral, ético e espiritual (Bittencourt et al., 2018).

De acordo com o Modelo de Adaptação de Roy (MAR), a intervenção do enfermeiro ao cuidar da pessoa deve focar-se na gestão dos estímulos

provenientes do ambiente para que estes resultem num *coping* positivo, culminando na adaptação (Santos, 2020). Este modelo sublinha a importância de uma abordagem cognitivo-comportamental para o autoconceito da pessoa. Segundo o mesmo, o processo de Enfermagem passa pelas seguintes fases: avaliação do comportamento (observando os quatro modos de adaptação), avaliação de estímulos (influenciadores do comportamento ineficaz), diagnóstico de Enfermagem, estabelecimento de objetivos, intervenção e avaliação. A pessoa estabelece-se como o objeto dos cuidados de Enfermagem, estando na posse de mecanismos cognitivos e concetuais que atuam para promover a adaptação em cada um dos modos de adaptação.

A escolha do MAR em detrimento de outras teorias de Enfermagem deve-se à sua abordagem abrangente e ao reconhecimento explícito da importância do autoconceito como componente essencial para a adaptação. Este modelo permite uma compreensão mais ampla da pessoa, valorizando o autoconceito como um componente crítico do bem-estar e da adaptação global da pessoa. Este foco permite aos EEESMP não só avaliar e compreender as dificuldades de adaptação que a pessoa vivencia em termos de autoconceito, mas também desenvolver intervenções direcionadas que promovam uma autoimagem mais positiva, contribuindo para a melhoria do bem-estar emocional e da saúde mental (Andrews & Roy, 2019). Além disso, a flexibilidade do modelo permite que este seja aplicado em diferentes contextos de saúde, adaptando-se às necessidades específicas da pessoa e às condições ambientais envolventes.

1.2.2. Teoria das Transições de Meleis

A integração da Teoria das Transições de Meleis na presente abordagem teórica constitui um complemento indispensável ao MAR, permitindo uma análise mais abrangente e detalhada dos processos de mudança que impactam o autoconceito da pessoa. Para Meleis, as transições envolvem o movimento entre estados ou condições estáveis, exigindo da pessoa não apenas a aquisição de novos conhecimentos e capacidades, mas, também,

uma redefinição do *self* e uma adaptação comportamental (Meleis, 2015). Esta teoria é composta por cinco componentes fundamentais: a natureza das transições, as propriedades, os fatores que as facilitam ou dificultam, os padrões de resposta e a terapêutica de Enfermagem.

As transições podem ser classificadas como desenvolvimentais, situacionais, relacionadas com a saúde/doença ou organizacionais, podendo ser desencadeadas por mudanças nos papéis, estados de saúde, relações interpessoais ou eventos de vida. Estas transições, frequentemente complexas e multidimensionais, apresentam propriedades essenciais como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, e o espaço temporal (Meleis, 2015).

As transições são frequentemente marcadas por períodos de vulnerabilidade, tornando-se particularmente relevantes no domínio do autoconceito, uma vez que envolvem desafios relacionados com a redefinição da identidade e a aceitação de novas circunstâncias. No contexto da ESMP, o autoconceito comprometido pode ser um dos principais fatores condicionantes da transição, dado que a percepção negativa de si mesmo, resultante de uma perturbação mental ou de uma vivência de estigma social, dificulta a adaptação às novas realidades impostas pela condição de saúde da pessoa (Oliveira et al., 2022).

Segundo a OE (2018), a ESMP foca-se não apenas na promoção da saúde mental, mas também na identificação precoce de respostas humanas desajustadas, que podem surgir durante as transições. O diagnóstico de "autoconceito comprometido" é, então, um indicador chave de que a pessoa está a vivenciar uma resposta desadaptada a uma transição, com implicações diretas no seu processo de melhoria da saúde. Assim, o EEESMP desempenha um papel fundamental na facilitação dessa adaptação, implementando intervenções que ajudam a pessoa a reorganizar e a fortalecer o autoconceito, promovendo uma perceção mais positiva de si mesmo. O diagnóstico do autoconceito comprometido, portanto, serve como um ponto de partida para o desenvolvimento de planos de cuidados que integrem a avaliação e a intervenção no processo adaptativo da pessoa.

Embora a Teoria das Transições de Meleis não se centre diretamente no autoconceito como um "condicionalismo pessoal da transição", a adaptação da pessoa à transição está intimamente ligada à forma como ele percebe a sua identidade. O autoconceito, nesse sentido, pode ser visto como um fator crucial que determina a forma como a pessoa lidará com a transição de um estado de saúde estável para uma condição mentalmente desafiadora (Santos, 2020).

Os padrões de resposta ao processo de transição, divididos em indicadores de processo e de resultados, permitem avaliar a adaptação da pessoa. Os indicadores de processo incluem o sentir-se ligado, interagir com outros em situações semelhantes, estar situado no tempo e no espaço, e desenvolver confiança e *coping* (Meleis, 2015). Por outro lado, os indicadores de resultado, como a mestria e a integração fluida da identidade, assinalam a capacidade de a pessoa adquirir novas competências e reformular a sua identidade de forma positiva e dinâmica. De acordo com Meleis, o sucesso da transição é determinado pela capacidade da pessoa de reconstruir o sentido de identidade (Meleis, 2015).

Nesta perspetiva, a teoria de Meleis orienta a prática do EEESMP para identificar e intervir nas necessidades específicas da pessoa durante as transições, compreendendo os fatores que facilitam ou dificultam a sua adaptação. A promoção de um autoconceito positivo é um objetivo central, que pode ser alcançado através de intervenções que promovam a autoaceitação, a valorização das capacidades individuais, e o fortalecimento da identidade pessoal. Estas estratégias têm como objetivo capacitar as pessoas para lidar com as mudanças de forma mais eficaz e adaptativa (Meleis, 2015).

Assim, a articulação destas duas teorias de Enfermagem, é especialmente relevante no contexto da ESMP, sendo o autoconceito frequentemente influenciado por eventos de vida desestabilizadores, como o diagnóstico de uma doença mental ou o internamento hospitalar (Andrews & Roy, 2019). Enquanto o MAR orienta o processo de Enfermagem através da avaliação e da gestão dos estímulos que impactam o autoconceito, a teoria de transições destaca a importância de identificar os fatores facilitadores e as barreiras das

transições, permitindo uma intervenção mais precisa e centrada na pessoa (Meleis, 2015; Santos, 2020).

1.3. Pertinência do tema

O autoconceito é um constructo complexo e está intimamente relacionado com a saúde mental, pois a forma como uma pessoa se vê a si mesma influencia a sua capacidade de lidar com desafios emocionais e sociais, além de afetar a sua adaptação a novas situações de vida. Em pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental, frequentemente observa-se um comprometimento do autoconceito, o que pode envolver distorções na percepção de si mesmos e dificuldades na gestão de emoções e relacionamentos interpessoais. Estas alterações podem contribuir para o agravamento dos sintomas e para a resistência à adaptação ao tratamento, o que torna fundamental a abordagem do autoconceito na prática de Enfermagem (Oliveira et al., 2022).

A relação entre saúde mental e autoconceito é reconhecida como uma interdependência, na qual um autoconceito frágil pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de condições mentais. Zhu et al. (2016) evidenciam que o autoconceito, ao influenciar a capacidade da pessoa em se adaptar socialmente e lidar com os estigmas associados à perturbação mental, representa um fator chave na gestão da saúde mental.

As diretrizes do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5-TR) (APA, 2023), corroboram a informação anterior, constatando que o autoconceito é um dos domínios frequentemente afetados na pessoa com doença mental, especialmente, na presença de perturbação da personalidade grave. Nestes casos, é comum observar-se um autoconceito frágil, propensão para emoções negativas e desreguladas, bem como dificuldades no funcionamento interpessoal e um comportamento social inadequado. Por sua vez, Silverstone e Salsali (2003) evidenciaram que a doença mental e a baixa autoestima operam num círculo vicioso, em que a baixa autoestima aumenta a vulnerabilidade à doença mental, e esta, por sua vez, contribui para a

diminuição da autoestima. Neste sentido, o autoconceito não é apenas um marcador da condição de saúde mental, mas também um fator determinante para a qualidade de vida e para a resposta da pessoa às intervenções terapêuticas.

Relacionando com as competências específicas do EEESMP, descritas no regulamento n.º 515/2018 (2018), a capacidade de avaliar e diagnosticar necessidades em saúde mental permite, não só compreender a forma como a pessoa percebe o seu autoconceito, mas também realizar uma avaliação minuciosa e precisa do autoconceito, promovendo a identificação precoce de questões de saúde mental (Oliveira et al., 2022). A promoção de uma imagem positiva de si mesmo contribui para o fortalecimento das estratégias de *coping* da pessoa, facilitando a adaptação e as transições associadas à saúde mental, como a aceitação do diagnóstico e a reintegração social.

A personalização dos cuidados permite uma abordagem mais centrada na pessoa, facilitando a recuperação e a adoção de um autoconceito efetivo (Bittencourt et al., 2018). A realização de intervenções psicoterapêuticas é, então, crucial para trabalhar diretamente o autoconceito da pessoa. Esta competência envolve a aplicação de técnicas e intervenções baseadas em evidências para ajudar as pessoas a reconstruírem o seu autoconceito. Os enfermeiros atuam, então, como facilitadores da adaptação, proporcionando um suporte contínuo que visa a construção de uma identidade resiliente e funcional, capaz de lidar com os desafios impostos pela perturbação mental e pelo processo de melhoria. Assim, o autoconceito na pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental mostra-se de elevada importância como domínio na área de ESMP. No capítulo seguinte, é apresentada a *scoping review* realizada com o objetivo de mapear as intervenções de Enfermagem centradas no autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental.

2. SCOPING REVIEW: “INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCONCEITO DA PESSOA COM NECESSIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL”

2.1. Introdução

A definição de autoconceito tem vindo a modificar-se significativamente ao longo do tempo. Inicialmente, este era abordado de forma simplista, muitas vezes equiparado à autoestima. Os primeiros teóricos concentraram-se na forma como as pessoas se percebem em situações específicas, sem uma estrutura abrangente. À medida que a investigação avançou, teóricos como Gordon (1966) começaram a definir o autoconceito como um sistema mais complexo e organizado, descrevendo-o como uma organização das experiências biológicas e ambientais, tal como são interpretadas num sistema organizado, integrado e multifacetado. Esta alteração evidenciou o facto de o autoconceito se tornar mais diferenciado e estruturado com a idade e a experiência (Shavelson et al., 1976).

Atualmente, o autoconceito, entendido como a avaliação da própria valia, a percepção da identidade pessoal, a capacidade de assumir diferentes papéis na vida e a satisfação com a aparência física, é um aspeto crucial, podendo ter um impacto significativo na saúde mental da pessoa (Oliveira et al., 2022). O autoconceito é composto por várias áreas (por exemplo, académica, social, física) que podem ser organizadas hierarquicamente, abrangendo componentes descritivas e avaliativas, influenciadas por interações sociais, contextos culturais e experiências pessoais (Shavelson et al., 1976).

Estudos recentes têm destacado o papel da cultura na formação e no desenvolvimento do autoconceito, sendo este influenciado pelos valores culturais, pelas normas e práticas de socialização. Uma revisão sistemática da literatura focada em intervenções destinadas a melhorar o autoconceito em uma população de mães adolescentes destacou a necessidade de abordagens

culturalmente sensíveis que considerem os costumes locais e as expectativas da sociedade (Bang et al., 2022). As diferentes culturas apresentam crenças e atitudes variadas em relação à doença mental, o que pode moldar a forma como os diagnósticos psiquiátricos são percebidos. Em algumas culturas, as necessidades de saúde mental podem acarretar um forte estigma, levando a uma maior alienação social e maior prevalência do autoconceito negativo. Por outro lado, quando estamos perante culturas com atitudes de maior aceitação, a pessoa pode experienciar menos estigma e mais apoio (O'Conner et al., 2018).

A consciência das características e dos atributos pessoais exerce uma influência substancial nas interações entre pares, sendo a autoestima fundamental neste sentido (Shpigelman & HaGani, 2019). O diagnóstico psiquiátrico pode ser visto como um fator dificultador se levar a uma perceção mais negativa e de desvalorização da pessoa, com consequente alienação social, invalidação e estigmatização, tendo impacto na autoestima e na identidade pessoal. Por outro lado, pode ser um fator facilitador, caso proporcione a autocompreensão, promovendo a aceitação entre pares que partilham experiências semelhantes e o sentimento de pertença e de comunidade. Esta dualidade indica que os efeitos de um diagnóstico não são uniformemente negativos ou positivos, mas podem variar significativamente de acordo com as circunstâncias e com os contextos individuais (O'Conner et al., 2018).

Dado o papel significativo do autoconceito no bem-estar geral e o seu impacto na adaptação social e na saúde mental, é crucial explorar as intervenções de Enfermagem centradas no mesmo. As intervenções de Enfermagem desempenham um papel fundamental neste domínio, nomeadamente através de modelos como o Modelo de Adaptação de Callista Roy, que destaca a adaptação aos estímulos ambientais através de estratégias de *coping* positivas (Santos, 2020). No entanto, a maioria das intervenções centra-se principalmente na autoestima, deixando uma lacuna na compreensão e na abordagem de outras dimensões do autoconceito (Kunikata et al., 2021; Oliveira et al., 2022).

As intervenções de Enfermagem dirigidas ao autoconceito em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental têm sido discutidas na literatura, mas a informação está dispersa, evidenciando a necessidade de uma síntese abrangente. Estudos como os que exploram o apoio à autogestão integrada, prestado pelos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários a pessoas com doenças crónicas e doenças mentais, demonstram o papel significativo que os enfermeiros desempenham, embora estas intervenções não se concentrem explicitamente no autoconceito (Beaudin et al., 2022). Um outro estudo reviu a integração dos cuidados físicos e de saúde mental para pessoas com doença mental grave e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, indicando que, embora os modelos de cuidados integrados estejam a tornar-se mais prevalentes, o papel específico da Enfermagem na abordagem ao autoconceito continua a ser subexplorado (Richardson et al., 2020).

Apesar destes resultados, após realizada uma pesquisa preliminar na MEDLINE, na Cochrane Database of Systematic Reviews e no PROSPERO, verificou-se que a investigação acerca de intervenções de Enfermagem dirigidas diretamente à melhoria do autoconceito em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental é notavelmente escassa, especialmente, no que conta a destacar o papel distinto da Enfermagem. Não foram impostas limitações quanto à faixa etária da população ou ao ano de publicação dos estudos analisados, possibilitando uma avaliação abrangente da literatura disponível, permitindo identificar tanto a extensão quanto a natureza da evidência existente.

A presente *scoping review* tem, então, como objetivo mapear as intervenções de Enfermagem que abordam o autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental e centrar-se-á nos seguintes elementos-chave: a população (pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental), o conceito (intervenções de Enfermagem para o domínio de Enfermagem “autoconceito”) e o contexto (contextos de prestação de cuidados de Enfermagem de saúde mental). Esta ampla exploração visa mapear o leque de intervenções atualmente utilizadas e avaliar o seu foco nas várias dimensões do autoconceito.

2.2. Questões de investigação

Esta revisão considerou a seguinte questão para identificar intervenções de Enfermagem para o autoconceito em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental:

- Quais as intervenções de Enfermagem que visam o autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental?

Como subquestões, esta *scoping review* considerou as seguintes:

- Quais os diagnósticos de Enfermagem associados às intervenções para o autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental?
- Quais os principais atributos das intervenções de Enfermagem para o autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental no que diz respeito ao seu formato (e.g., presencial ou *online*), frequência, duração e conteúdo?
- Quais os instrumentos de avaliação e os resultados/*outcomes* associados às intervenções de Enfermagem para o autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental?

2.3. Critérios de inclusão

Participantes

Esta revisão considerou estudos que incluíam como população-alvo, pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental, independentemente da patologia. De acordo com a Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, a doença mental é caracterizada por perturbações significativas nas esferas cognitiva, emocional ou comportamental, sendo classificada dentro de um conjunto de condições clínicas definidas pelos critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde.

Não foram consideradas restrições de idade, sexo, etnia, educação, estatuto socioeconómico ou outras características pessoais. Foram excluídos estudos que descreviam apenas intervenções de Enfermagem a famílias, familiares, cuidadores e/ou profissionais de saúde.

Conceito

O conceito principal desta *scoping review* reportou-se às intervenções de Enfermagem centradas no autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental.

As intervenções de Enfermagem referem-se a um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas realizadas pelos enfermeiros, com o objetivo de promover, manter ou recuperar a saúde, prevenir complicações, aliviar o sofrimento, e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Estas intervenções baseiam-se em evidência científica, e envolvem a aplicação de princípios éticos e clínicos que garantem a personalização dos cuidados de acordo com as necessidades específicas de cada pessoa (Moorhead et al., 2018).

As intervenções de Enfermagem podem incluir uma série de estratégias terapêuticas, educativas e de apoio, destinadas a melhorar todos os aspetos do autoconceito. A presente revisão explorou intervenções com foco exclusivo no tratamento do autoconceito em pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental. Assim, as intervenções de Enfermagem consideradas foram apenas aquelas que tinham por finalidade a recuperação e o alívio dos sintomas associados à alteração do autoconceito, não contemplando medidas de promoção ou prevenção.

A prática da Enfermagem pode variar significativamente em função de fatores culturais, organizacionais e regulamentares de cada país. Assim, algumas intervenções que, em certos países, são responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, podem ser executadas por outros profissionais de saúde em contextos distintos (Freeman et al., 2020). Apesar destas variações, é essencial manter uma visão abrangente que permita a inclusão de todas as

intervenções relevantes, independentemente de quem as realize localmente, desde que estas sejam parte integrante dos cuidados de saúde mental.

Esta revisão também considerou estudos explicitamente identificados com conceitos relacionados com o autoconceito, como a autoperceção, a autoimagem, a autoestima, a IC e a identidade pessoal.

Contexto

O contexto desta revisão reportou-se a locais de prestação de cuidados de saúde mental, como unidades psiquiátricas (internamento e/ou ambulatório), cuidados de saúde primários, equipas comunitárias de saúde mental, e outros locais onde as pessoas recebem cuidados de saúde mental. A revisão considerou, também, diferentes níveis de cuidados, tais como cuidados agudos, subagudos e de longa duração. A compreensão do contexto é crucial para avaliar como o ambiente influencia a implementação e os resultados das intervenções de Enfermagem sobre o autoconceito, uma vez que diferentes ambientes podem apresentar desafios e oportunidades únicas para a implementação das intervenções.

Tipos de estudo

Esta revisão considerou desenhos de estudos experimentais e *quasi*-experimentais, incluindo estudos clínicos controlados randomizados, estudos controlados não randomizados, estudos antes e após, e séries temporais interrompidas. Além disso, foram considerados para inclusão estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospetivos e retrospectivos, estudos de caso-controlo, e estudos transversais analíticos. Esta revisão também considerou desenhos de estudo observacionais descritivos, incluindo estudos de caso individuais e estudos transversais descritivos.

Foram também considerados estudos qualitativos que se concentrassem em dados qualitativos, incluindo, mas não limitados, a estudos de fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, e investigação-ação. Os textos e artigos de opinião foram também considerados para inclusão nesta revisão.

2.4. Métodos

A revisão proposta foi conduzida de acordo com os métodos preconizados pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *scoping reviews*. Esta revisão foi desenvolvida seguindo a *checklist* PRISMA para *scoping review* (Page et al., 2021), conforme recomendado pelas *guidelines* do JBI para *scoping reviews*.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa teve como objetivo localizar estudos publicados e não publicados. Uma estratégia de investigação em três etapas foi utilizada nesta revisão. Em primeiro lugar, foi realizada uma pesquisa inicial limitada na MEDLINE e na CINAHL (via EBSCOhost) para identificar artigos sobre o tema. As palavras do texto contidas nos títulos e nos resumos dos artigos relevantes e as palavras-chave utilizadas para descrever os artigos foram utilizadas para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa (Anexo I). A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos de índice identificados, foi adaptada para cada base de dados. A lista de referências de todas as fontes de evidência incluídas foi avaliada para estudos adicionais.

Foram incluídos estudos publicados em qualquer língua e estudos publicados em qualquer data.

Processo de seleção de estudos

Após a pesquisa, todos os estudos identificados foram recolhidos e carregados na ferramenta *Rayyan Intelligent Systematic Review* (Qatar Computing Research Institute, Doha, Qatar), e os estudos duplicados foram removidos. De seguida, os títulos e resumos foram avaliados por um revisor independente para avaliação em relação aos critérios de inclusão da revisão. As fontes potencialmente relevantes foram recuperadas na íntegra e os seus detalhes de citação importados para o *software* de gestão de referências *Mendeley* (Mendeley, 2023).

O texto integral dos estudos selecionados foi analisado detalhadamente por um revisor independente, com base nos critérios de inclusão. As razões para a

exclusão de fontes de evidência no texto integral que não cumpriram os critérios de inclusão estão registadas na Figura 1. Quaisquer dúvidas que surgiram ao longo do processo foram discutidas com outros dois investigadores. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo foram relatados na íntegra e apresentados no fluxograma PRISMA apresentado na Figura 1.

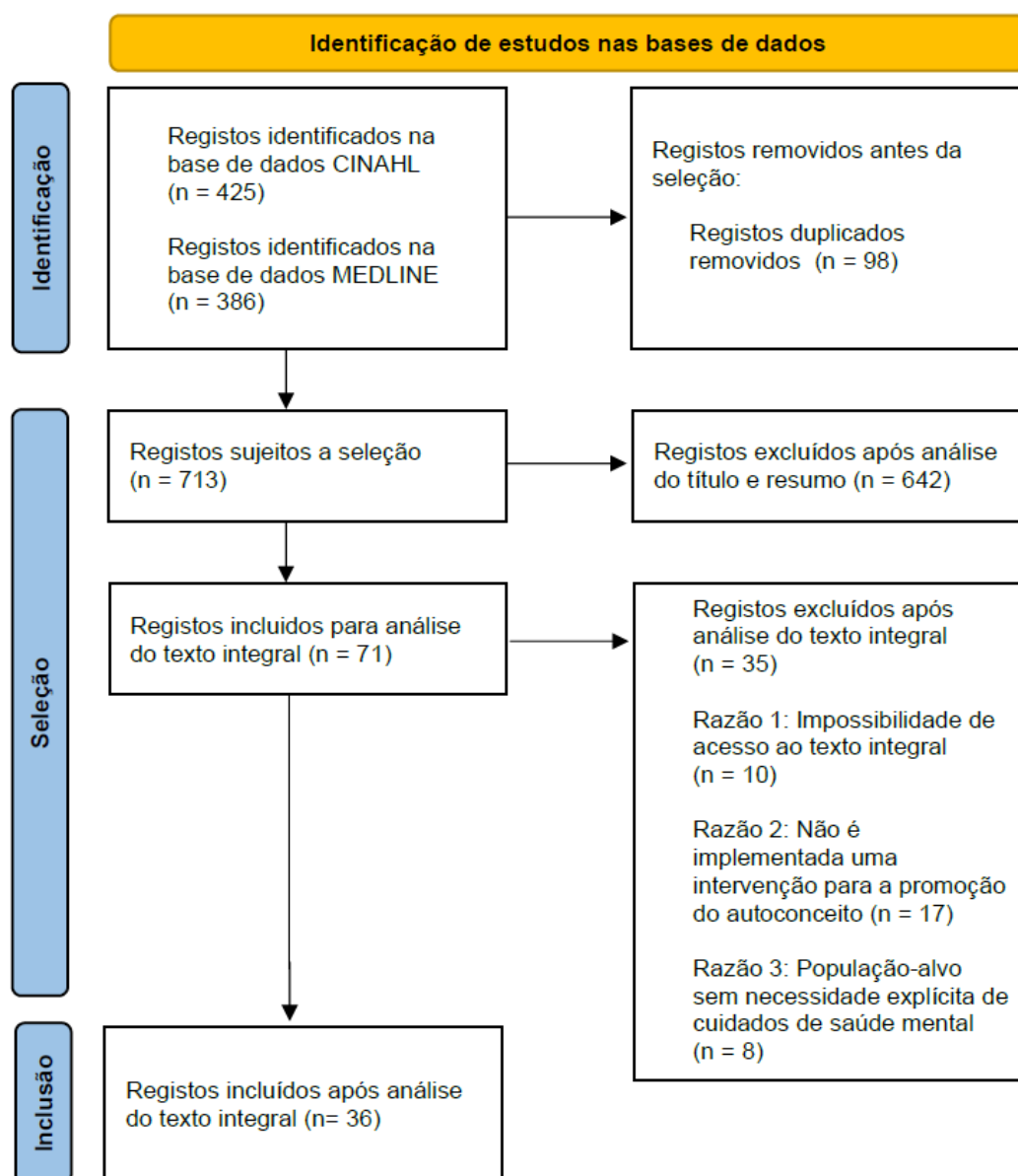


Figura 1 - Fluxograma de identificação, seleção e inclusão dos estudos (adaptado de Page et al., 2021)

Extração de dados

Os dados foram extraídos dos artigos incluídos na revisão por um revisor independente, utilizando uma ferramenta de extração de dados desenvolvida pelo mesmo, com base no modelo preconizado pelo JBI. Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre a população, o conceito, o contexto, os métodos de estudo e as principais conclusões relevantes face à questão de revisão, tais como quais as populações-alvo, os atributos das intervenções (formato, a frequência, a duração das mesmas e os conteúdos), os resultados/*outcomes* considerados, e os instrumentos de avaliação utilizados, associados às intervenções de Enfermagem centradas no autoconceito. A versão preliminar da ferramenta de extração de dados foi modificada e revista conforme necessário durante o processo de extração de dados de cada fonte de evidência incluída.

2.5. Resultados

Os dados extraídos são apresentados em formato tabular, conforme apresentado no Anexo II, de forma alinhada com as questões e os objetivos desta revisão. Um resumo narrativo acompanha os resultados tabelados e descreve como os resultados se relacionam com o objetivo e a questão da revisão. O objetivo do mapeamento dos dados é identificar, caracterizar e resumir as evidências da investigação sobre o tema em estudo. Os elementos dos critérios de inclusão (P)opulação, (C)onceito e (C)ontexto orientaram a forma como os dados foram mapeados.

A revisão analisou um total de 36 estudos, publicados entre 1986 e 2024, abordando intervenções de Enfermagem direcionadas ao autoconceito de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental. Geograficamente, os estudos foram conduzidos em diversos países, incluindo Portugal, Reino Unido, Espanha, Irão, Egito, Países Baixos, Suécia, China, Japão, Índia, Taiwan, Coreia do Sul, Turquia, Brasil, França e Estados Unidos da América.

A população-alvo incluiu utentes adolescentes (22%), adultos (50%) e idosos (28%), com idades variando entre os 12 e 93 anos de idade. A variedade de condições abordadas incluiu perturbações do humor, como depressão e perturbação bipolar, psicoses, perturbações relacionadas com o uso de substâncias, perturbações do neurodesenvolvimento, e perturbações neurocognitivas (Morales-Alonso et al., 2024; Mousavizadeh et al., 2023; Souilm, 2023; Vogel et al., 2023). Os contextos de intervenção variaram significativamente, sendo mais frequentes unidades de internamento psiquiátrico (47%), seguidas por contextos comunitários (33%), lares de idosos (15%) e ambientes escolares (5%) (Jeong & Kim, 2017; Li et al., 2021; Rosewall et al., 2019; Waite et al., 2012).

Diagnósticos de Enfermagem

Relativamente aos diagnósticos de Enfermagem relacionados com o domínio “autoconceito”, os resultados obtidos indicaram uma escassez de referências específicas na literatura incluída. Apenas um estudo incluiu os diagnósticos de Enfermagem “baixa autoestima crónica” e “distúrbio de IC”. Adicionalmente, um outro estudo identificou o foco de Enfermagem “Autoestima”, mas não referiu diagnósticos formais padronizados. Nenhum outro diagnóstico de Enfermagem foi mencionado nos artigos incluídos.

Intervenções para o autoconceito

Identificou-se um conjunto diversificado de intervenções de Enfermagem focadas no autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. Entre as intervenções mais frequentes, destacaram-se as terapias cognitivo-comportamentais (TCC) (32,5%), seguidas por intervenções criativas e artísticas, como a arteterapia (20,5%). As intervenções psicoeducacionais também tiveram uma representação significativa (15,0%), sendo aplicadas tanto em formato individual como em grupo.

Além disso, técnicas de relaxamento, incluindo técnica de respiração profunda, relaxamento muscular e *mindfulness*, corresponderam a 12% das intervenções descritas. Intervenções assistidas por animais, como a terapia com cães e

equinos, constituíram 10,5% das estratégias relatadas. Por fim, abordagens baseadas em teorias de Enfermagem, incluindo a Teoria da Autoestima e a Teoria da Conquista de Objetivos, representaram 9,5% das intervenções identificadas.

Instrumentos de avaliação e *outcomes*

Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizados, foi identificado um conjunto limitado de instrumentos específicos direcionados à avaliação do autoconceito. A *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) (Escala de Autoestima de Rosenberg) destacou-se como o instrumento mais amplamente utilizado, estando presente em, aproximadamente, 68% dos estudos analisados. Este instrumento foi consistentemente aplicado para avaliar a autoestima, um componente central do autoconceito, sendo reconhecido pela sua validade na avaliação de várias populações com necessidades de cuidados de saúde mental.

Adicionalmente, a *Self-Esteem Rating Scale – Short Form* (SERS-SF) (Escala de Avaliação da Autoestima – Versão Reduzida) foi utilizada em cerca de 15% dos estudos. Este instrumento permitiu avaliar dimensões mais detalhadas da autoestima, como o impacto emocional da perceção de própria valia. Outros instrumentos relevantes incluíram o *Sorensen Self-Esteem Test* (Teste de Autoestima de Sorensen), aplicado em 10% dos estudos para avaliar níveis gerais de autoestima, bem como o *Coopersmith Self-Esteem Inventory* (SEI) (Inventário de Autoestima de Coopersmith). O *Robson Self-Concept Questionnaire* (RSCQ) (Questionário de Autoconceito de Robson), que realiza uma avaliação abrangente do autoconceito, incluindo perceções de competência e valor pessoal.

Para populações específicas, como crianças e adolescentes, o *Harter Self-Perception Profile* (SPPC) (Perfil de Autopercepção de Harter) foi utilizado para avaliar o autoconceito em várias dimensões, incluindo competência social, escolar e atlética. Este instrumento foi aplicado em 5% dos estudos e mostrou-se particularmente útil para captar nuances do autoconceito em idades mais jovens.

O *Eating Disorders Inventory-2* (EDI-2) (Inventário das Perturbações Alimentares-2) foi utilizado para avaliar a IC em populações com perturbação do comportamento alimentar (PCA) em 10% dos estudos. Além disso, embora presentes em apenas um dos artigos incluídos, os seguintes instrumentos foram utilizados para avaliar a IC em adolescentes: o *Eating Disorders Examination Questionnaire* (EDE-Q) (Questionário de Exame das Perturbações Alimentares), o *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ) (Questionário de Evitamento da Imagem Corporal), *Body Checking Questionnaire* (BCQ) (Questionário de Verificação Corporal), *Body Image Coping Strategies Inventory* (BICU) (Inventário de Estratégias de *Coping* com Imagem Corporal) e o *Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale-3* (SATAQ-3) (Escala de Atitudes Socioculturais em Relação à Aparência-3).

Dos 36 estudos analisados, 33 tiveram como *outcome* a autoestima, com um destes estudos a abordarem simultaneamente a autoestima e a IC e outro a autoestima e a identidade pessoal. Além disso, identificou-se um estudo com o *outcome* exclusivo de autoconceito e outro exclusivamente da IC.

2.6. Discussão dos resultados

Diagnósticos de Enfermagem

A escassez de referências aos diagnósticos de Enfermagem relacionados com o autoconceito evidencia uma lacuna significativa na literatura. Embora o autoconceito desempenhe um papel fundamental na saúde mental e na adaptação social da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental, observa-se uma carência de estudos que vinculem diretamente este domínio ao diagnóstico de Enfermagem.

De acordo com D'Agostino et al. (2024), a implementação de diagnósticos de Enfermagem enfrenta ainda obstáculos devido à falta de uniformidade e de um entendimento claro sobre a sua importância na prática clínica. Simultaneamente, a complexidade do autoconceito como um constructo

multifacetado, pode dificultar a formulação de diagnósticos específicos e uniformes, levando à sua sub-representação na literatura (Moorhead et al., 2018). Por outro lado, a prática de Enfermagem varia globalmente, verificando-se que em algumas regiões os diagnósticos de Enfermagem não são formalmente incorporados na prática clínica ou na investigação, resultando na sua omissão nos estudos, mesmo quando os cuidados são prestados por enfermeiros (Freeman et al., 2020). Loudon et al. (2015), destacaram que estudos de intervenções clínicas priorizam a eficácia dessas estratégias, relegando a categorização diagnóstica, o que compromete a clareza e a sistematização do processo de Enfermagem. Tal abordagem pode afetar a qualidade da intervenção e a continuidade dos cuidados, exigindo uma integração mais estruturada dos diagnósticos no raciocínio clínico da Enfermagem.

Intervenções para o autoconceito

Os resultados evidenciam a diversidade de intervenções de Enfermagem direcionadas ao autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. As intervenções identificadas refletem um esforço significativo na personalização das estratégias de cuidado, atendendo à complexidade deste domínio e às necessidades específicas das populações assistidas.

As intervenções identificadas foram amplas e diversificadas. Entre as mais frequentes destacam-se as TCC, sendo que estas apresentam um impacto positivo na reestruturação de pensamentos disfuncionais e no desenvolvimento de crenças positivas. Estas intervenções foram aplicadas tanto em formatos individuais como em grupo, sublinhando a flexibilidade da intervenção na prática clínica como uma vantagem. Estudos como os de Kunikata et al. (2021) e Van der Stouwe et al. (2021) demonstraram melhorias significativas na autoestima, um componente fundamental do autoconceito.

No contexto da Enfermagem, a implementação da TCC tem sido objeto de discussão, especialmente no que concerne às competências regulamentadas do EEESMP. Em Portugal, a atribuição de competências acrescidas avançadas, incluindo a de psicoterapia, é possível para enfermeiros que

realizem formação em sociedades científicas acreditadas que cumpram os critérios regulamentares vigentes (OE, 2021). No entanto, subsistem desafios, dado que algumas sociedades científicas de TCC não incluem enfermeiros nos seus programas de formação, o que pode limitar o acesso a esta competência acrescida avançada. Torna-se, então, imperativo aprofundar a discussão sobre a aplicação de técnicas utilizadas na TCC pelo EEESMP.

Intervenções criativas e artísticas, como a arteterapia, proporcionam um meio terapêutico para a autoexploração e a expressão emocional, sendo particularmente eficazes em populações idosas e vulneráveis (Slayton et al., 2010), assim como em pessoas institucionalizadas (Yao et al., 2019). Estudos que utilizaram estas intervenções destacaram a capacidade de promover a autoestima através do envolvimento nestas atividades criativas.

Os programas psicoeducacionais foram implementados em contextos hospitalares (60%) e comunitários (40%), desempenhando um papel crucial na capacitação das pessoas (Li et al., 2021). Ao fornecer conhecimentos sobre a gestão da saúde mental e promover competências práticas, estas intervenções ajudaram as pessoas a fortalecer o seu autoconceito, sendo frequentemente complementadas por abordagens de suporte familiar (Zhao et al., 2015).

Paralelamente, intervenções assistidas por animais, como a terapia com equinos e cães, têm mostrado eficácia na regulação emocional e na melhoria da autoestima, particularmente em populações vulneráveis, como pessoas com perturbações relacionadas com o uso de substâncias (Chu et al., 2009; Souilm, 2023). Técnicas de relaxamento, incluindo respiração profunda, relaxamento muscular e *mindfulness*, demonstraram benefícios significativos na redução de sintomas de ansiedade e na melhoria da regulação emocional, evidenciando a sua utilidade no reforço do autoconceito (Kabat-Zinn, 2013; Lantz et al., 1997).

As intervenções baseadas em teorias de Enfermagem, como a Teoria da Conquista de Objetivos de *King* e a Teoria da Autoestima, enfatizaram a personalização do cuidado por meio de metas mútuas entre os enfermeiros e as pessoas. Estes modelos demonstraram apresentar um impacto positivo na promoção do autoconceito e do comportamento social (Mousavizadeh et al.,

2023). Tecnologias interativas e jogos cognitivos foram utilizados em contextos geriátricos para treinar funções cognitivas e reforçar o autoconceito, mostrando resultados promissores na melhoria da autoestima (Kim & Lim, 2016).

Programas de reminiscência mostraram-se eficazes na estimulação de memórias positivas e na redução do isolamento social em pessoas idosa com o diagnóstico de doença de Alzheimer. Estas intervenções foram implementadas em contextos de longa permanência e a sua relevância para o autoconceito emergiu de forma indireta, demonstrando impacto significativo na autoestima e no bem-estar emocional (Pittiglio, 2000). Libânio et al. (2022) corroboram estes resultados encontrados nesta revisão, apontando para o impacto positivo da reminiscência na autoestima das pessoas idosas, ao ajudá-las a reconectar-se com as suas histórias de vida, o que fortalece a identidade e o autoconceito, fatores essenciais no processo de envelhecimento saudável.

A análise demonstra, assim, que a maioria das intervenções analisadas têm como foco a autoestima, uma componente central do autoconceito, que tem sido alvo de múltiplas intervenções em estudos recentes devido à sua relação direta com a resiliência e a adaptação a desafios (Moorhead et al., 2018). No entanto, as dimensões de IC e identidade pessoal foram menos abordadas, o que poderá ser tradutor de lacunas na prática e na investigação de Enfermagem.

Nos estudos que abordam a IC, observa-se um predomínio de populações com PCA, com intervenções implementadas principalmente em contextos hospitalares ou ambulatoriais. As intervenções realizadas centraram-se maioritariamente na TCC para abordar distorções na perceção corporal. Já as intervenções voltadas para a identidade pessoal são mais comuns em populações com perturbações psicóticas ou perturbações da personalidade. Ocorreram frequentemente em contextos de reabilitação psicossocial, onde o objetivo é reconstruir um sentido de identidade que promova a reintegração social e funcional com melhoria do autoconceito (Mousavizadeh et al., 2023).

A análise evidencia a importância de intervenções de Enfermagem adaptadas às especificidades das diferentes populações, desde adolescentes até idosos,

em variados contextos. A diversidade de abordagens identificadas sublinha a pertinência de intervenções flexíveis e personalizadas, às necessidades identificadas para otimizar os resultados das intervenções.

Instrumentos de avaliação e *outcomes*

Os resultados encontrados nesta revisão indicam uma clara predominância da autoestima como *outcome* nos artigos analisados, sugerindo que a autoestima é frequentemente considerada uma área central de intervenção. A ênfase na autoestima é consistente com a literatura existente, que aponta para a sua relevância na promoção da saúde mental, particularmente em populações vulneráveis, como aquelas com perturbações do espectro psicótico e PCA (Cuijpers et al., 2017; Hofmann et al., 2012).

A inclusão de outros *outcomes*, como a IC e a identidade pessoal em estudos que também abordam a autoestima, reflete a natureza multifacetada do autoconceito. A relação entre estes conceitos tem sido amplamente reconhecida, dado que a autoestima não se apresenta de forma isolada, mas é frequentemente impactada pela IC e a identidade pessoal da pessoa (Harris & Orth, 2019). O facto de apenas um estudo ter abordado exclusivamente o autoconceito, e outro se ter centrado exclusivamente na IC, sugere que embora esses conceitos sejam importantes, a prática clínica tende a priorizar a autoestima como um *outcome* central.

Quanto aos instrumentos de avaliação utilizados, os resultados desta revisão destacaram, novamente, a predominância de instrumentos direccionados para a avaliação da autoestima, reforçando o foco desta dimensão do autoconceito na prática clínica e na investigação. A RSES foi amplamente utilizada nos estudos analisados, o que corrobora estudos prévios que enfatizam a versatilidade e a aceitação global deste instrumento como padrão na avaliação da autoestima (Moorhead et al., 2018).

Outros instrumentos relevantes incluíram a SERS-SF e o *Sorensen Self-Esteem Test*, que avaliam componentes mais específicos do autoconceito, como a autoaceitação e autoconfiança, oferecendo uma visão mais detalhada

das necessidades individuais. Adicionalmente, o RSCQ foi destacado pela sua aplicação em contextos comunitários, com a sua utilidade na avaliação de crenças disfuncionais e estratégias comportamentais associadas ao autoconceito. Embora menos frequentes, os instrumentos direcionados à avaliação da IC apresentaram-se como um importante contributo em populações específicas, como adolescentes com PCA. Instrumentos como o EDE-Q, o BIAQ e o BCQ captam nuances relacionadas com a IC em contextos pediátricos hospitalares.

A validação de instrumentos de avaliação, como a RSES, a SERS-SF e o EDI-2, foi confirmada em contextos específicos, evidenciando a flexibilidade destes instrumentos para diferentes faixas etárias e necessidades de saúde mental. Contudo, a literatura também indica que muitos destes instrumentos foram validados predominantemente em contextos ocidentais e que a aplicação em diferentes contextos culturais ainda carece de uma maior profundidade (Baumeister & Bushman, 2021). Esta variabilidade destaca a importância de se considerar a adaptabilidade cultural e a especificidade da população ao utilizar estes instrumentos.

A predominância da autoestima nos *outcomes* pode ser explicada pela facilidade da sua avaliação e pela disponibilidade de ferramentas validadas, como a RSES. Por outro lado, a identidade pessoal e a IC frequentemente requerem instrumentos e abordagens mais complexas, o que pode limitar a sua avaliação nos contextos práticos (Baumeister & Bushman, 2021). Estas disparidades sublinham a necessidade de ampliar a investigação para incluir todas as dimensões do autoconceito, garantindo uma abordagem mais completa na avaliação de Enfermagem.

Assim, os achados desta revisão sublinham a importância de diversificar os instrumentos de avaliação utilizados, incorporando instrumentos validados para diferentes populações-alvo que abordem todas as dimensões do autoconceito. A inclusão de instrumentos de avaliação da identidade pessoal e da IC, complementando a avaliação da autoestima, é fundamental para uma prática de Enfermagem mais abrangente e centrada na pessoa.

Limitações

A presente revisão apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Uma das principais limitações identificadas foi o facto de a análise detalhada do texto integral dos estudos selecionados ter sido conduzida por apenas um revisor independente. Embora a análise individual tenha permitido uma avaliação aprofundada dos estudos incluídos, a ausência de múltiplos revisores independentes pode ter limitado o rigor no processo de análise dos estudos. A literatura sugere que a análise de múltiplos revisores ajuda a reduzir o risco de viés individual, promovendo uma interpretação mais robusta e equilibrada dos dados (Liberati et al., 2009; Tricco et al., 2018). A verificação interrevisor é uma prática recomendada em revisões sistemáticas e *scoping reviews*, pois garante uma maior consistência na seleção e na avaliação dos estudos, além de possibilitar a identificação de discrepâncias interpretativas entre os revisores, o que pode enriquecer a análise final (Higgins et al., 2019).

Por fim, outra limitação importante desta revisão foi a restrição da pesquisa a apenas duas bases de dados, a MEDLINE e a CINAHL. Embora estas bases de dados sejam amplamente reconhecidas e frequentemente utilizadas, a exclusão de outras fontes relevantes pode ter limitado o alcance e a abrangência da revisão. A utilização de um número limitado de bases de dados pode resultar na omissão de estudos relevantes, impactando a robustez e a generalização dos resultados encontrados (Viana et al., 2023). A inclusão de outras fontes teria potencial para enriquecer a revisão, permitindo uma análise mais aprofundada e representativa das intervenções de Enfermagem no domínio do autoconceito. Portanto, a consideração de uma diversidade maior de bases de dados em futuras revisões seria uma estratégia recomendada para aumentar a abrangência e a qualidade da evidência reunida.

2.7. Conclusão

A presente *scoping review* teve como objetivo mapear as intervenções de Enfermagem para o autoconceito de pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental. As TCC foram as mais prevalentes, seguidas por intervenções criativas como a arteterapia e psicoeducacionais, que se destacaram principalmente na promoção da autoestima.

Os achados indicam que, embora existam intervenções aplicadas em diversas populações, há uma lacuna importante no que diz respeito à abordagem holística do autoconceito, principalmente no que se refere à interação entre as suas diferentes dimensões. Além disso, a revisão evidencia a falta de sistematização nos diagnósticos de Enfermagem relacionados com o autoconceito, o que reforça a necessidade urgente de desenvolvimento de modelos teóricos consistentes que permitam uma prática clínica mais sistematizada. Em termos da avaliação, a utilização de instrumentos de avaliação mais abrangentes e a sua validação culturalmente sensível são áreas prioritárias para investigações futuras. Também se destaca a importância de investigar a sustentabilidade dos ganhos terapêuticos a longo prazo, uma vez que a maioria dos estudos não se focou em avaliar os efeitos a longo prazo das intervenções realizadas.

Em termos de implicações para a prática clínica, a *scoping review* realizada conclui que os enfermeiros devem adotar uma abordagem multidimensional e personalizada nas intervenções relacionadas com o autoconceito. Isso implica a adaptação das intervenções às necessidades específicas da pessoa, e o envolvimento ativo no processo e na avaliação contínua da eficácia das intervenções. Considerando os resultados obtidos, recomenda-se que os futuros estudos se centrem na construção de modelos de cuidados que integrem as várias dimensões do autoconceito, e que envolvam a validação de intervenções específicas, com ênfase no impacto das mesmas a longo prazo e na avaliação da sua aplicabilidade em diferentes culturas.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

O estabelecimento de objetivos permitiu direcionar o percurso de estágio, contribuindo para uma orientação clara sobre as atividades a realizar no sentido de alcançar os mesmos. Simultaneamente, as restantes UC prévias ao desenvolvimento do presente relatório apoiaram na fundamentação e na aquisição de conhecimentos, estabelecendo-se como fator facilitador na aquisição destas competências. Os contextos nos quais o estágio decorreu incluíram: internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, cuidados na comunidade e respostas diferenciadas.

3.1. Objetivos de estágio

Pretendeu-se que o percurso em contexto clínico culminasse na aquisição de competências do EEESMP e no desenvolvimento de um juízo clínico na área de especialidade (OE, 2018). Assim, tendo por base o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, e o Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, elencam-se os objetivos que serviram como guia orientador do percurso de estágio:

- Desenvolver competências de autoconhecimento no âmbito do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa alvo de cuidados especializados em ESMP.
- Estabelecer diagnósticos de Enfermagem de Saúde Mental precisos, identificando os problemas e necessidades específicas dos utentes, com base na Ontologia de Enfermagem.
- Desenvolver competências no sentido de implementar um plano de cuidados individualizado, centrado nas necessidades do utente, fomentando estratégias de prevenção e adaptação à doença mental.

- Desenvolver competências no sentido de planear e implementar um projeto psicoterapêutico e psicoeducacional, tendo por base a população-alvo, adaptado aos vários contextos.
- Desenvolver competências no sentido de planear e implementar intervenções de Enfermagem específicas do EEESMP, de acordo com o plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de Enfermagem especializados.

3.2. Desenvolvimento de competências no domínio do autoconceito em contexto de estágio

A *scoping review* desenvolvida permitiu mapear uma diversidade de intervenções de Enfermagem que abordam o autoconceito, evidenciando a centralidade da TCC como estratégia transversal em múltiplos contextos de cuidado. Fazendo a ponte para as intervenções psicoterapêuticas, verifica-se que a TCC utiliza técnicas nas quais há uma combinação da abordagem cognitiva com um conjunto de técnicas comportamentais (Knapp & Beck, 2008), verificando-se assim uma conjugação entre a reestruturação cognitiva (destinada a alterar os padrões de pensamento disfuncionais) e a técnica de modificação do comportamento (com o objetivo de promover comportamentos desejáveis e alterar comportamentos indesejáveis).

A relação entre as intervenções psicoterapêuticas referidas e os modelos teóricos do MAR e da Teoria das Transições de Meleis permite contextualizar esta modalidade terapêutica numa perspetiva mais ampla e holística. A articulação entre estas teorias e as intervenções psicoterapêuticas mencionadas é particularmente evidente na intervenção nas respostas adaptativas e nos padrões de resposta durante as transições. Enquanto o MAR orienta a prática para a gestão dos estímulos e a promoção do *coping* positivo, a teoria das transições enfatiza a necessidade de estratégias que capacitem a pessoa para lidar com as mudanças de forma eficaz. A TCC, ao trabalhar sobre

crenças centrais e padrões comportamentais, fornece um suporte tangível para que as pessoas compreendam e integrem as mudanças no autoconceito, promovendo a mestria e a aceitação. A aplicação da reestruturação cognitiva com a técnica de modificação de comportamentos foi, então, adaptada a cada um dos contextos para responder às necessidades específicas das populações-alvo.

Neste capítulo apresenta-se a intervenção realizada em cada contexto de estágio no domínio do autoconceito, explanando as estratégias utilizadas, os resultados alcançados e as reflexões críticas decorrentes da prática. A abordagem acima descrita permite demonstrar como a teoria fundamentou a prática de forma transversal em todos os contextos. A seleção de artigos incluídos na *scoping review* para adaptar as intervenções realizadas às especificidades da população-alvo e às suas necessidades ao nível do autoconceito foi fundamental para o processo, contribuindo, também, para o desenvolvimento das competências do EEESMP. Simultaneamente, também transversal a todos os contextos, foi a entrega do consentimento de participação (Anexo III) antes da intervenção e o questionário de satisfação (Anexo IV) na última sessão da intervenção.

3.2.1. Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda

O estágio no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda decorreu numa Unidade de Internamento de Psiquiatria e Saúde Mental de uma Unidade Local de Saúde que presta cuidados especializados nesta área. A equipa multidisciplinar do serviço era composta por: diretor de serviço, médicos psiquiatras, enfermeira gestora, enfermeiros (55% EEESMP e 45% enfermeiros de cuidados gerais), psicóloga clínica, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, e assistentes operacionais.

Esta unidade apresentava valências de internamento, hospital de dia e equipa comunitária. No internamento existiam três alas, uma destinada a utentes

jovens, outra para utentes em transição (psicopatologicamente estabilizados), e outra para utentes idosos. A primeira ala referida destinava-se ao tratamento de pessoas maiores de 18 anos, com o diagnóstico estabelecido de PCA ou de Perturbação *Borderline* da Personalidade (PBP). A ala de pessoas em fase de transição destinava-se a utentes estabilizados, com grau moderado de incapacidade psicossocial, tendo por finalidade a sua reintegração social e/ou familiar. Por último, existia mais uma ala destinada a receber pessoas com idade igual ou superior a 65 anos com incapacidade psicossocial por perturbação neurocognitiva, clinicamente estabilizadas, com ou sem suporte familiar/social adequado.

Os principais diagnósticos médicos dos utentes internados neste serviço eram perturbações do espectro da esquizofrenia, perturbação depressiva *major*, PCA e PBP. No que diz respeito a diagnósticos de Enfermagem foi possível identificar como mais prevalentes: humor depressivo, ansiedade, ideação suicida, delírio, autoconceito comprometido, memória comprometida, comportamento autodestrutivo e comportamento agressivo.

3.2.1.1. Identificação das necessidades

Na ala de transição, destinada a utentes psicopatologicamente estabilizados com grau moderado de incapacidade psicossocial, as necessidades predominantes incluíam a capacitação para a reintegração social e/ou familiar. Nesta fase, os utentes apresentam um risco elevado de recaídas, principalmente pela dificuldade de gerir os sintomas de ansiedade e de readquirir as competências sociais. Além disso, o envolvimento da família e da comunidade é crucial para garantir a continuidade da recuperação e evitar o isolamento (Hendriks et al., 2020).

A baixa autoestima é altamente prevalente em pessoas com perturbações do espectro da esquizofrenia e pode ser uma consequência dos sintomas, perda de papéis sociais, experiências de fracasso e (auto)estigma. Por sua vez, a baixa autoestima tem sido implicada no desenvolvimento e manutenção de

sintomas psicóticos, bem como associada a um maior risco de comportamentos autodestrutivos, mais recaídas e pior qualidade de vida em utentes com perturbações do espectro da esquizofrenia (Stouwe et al., 2021). Assim, evidencia-se que na pessoa com diagnóstico de esquizofrenia está, frequentemente, associado um comprometimento no autoconceito, mais especificamente a presença do diagnóstico “autoestima comprometida” (Chavertana, 2020).

A avaliação da autoestima foi realizada através da aplicação da RSES (Anexo VI), uma vez que é o instrumento de autorrelato mais amplamente utilizado para avaliar a autoestima global (Pechorro et al., 2011). A versão da RSES validada para a população portuguesa foi adaptada culturalmente e foram avaliadas as suas propriedades psicométricas para garantir a sua aplicabilidade no contexto português. A RSES é composta por 10 itens, que são avaliados numa escala de *likert* de quatro pontos, com as opções de resposta variando de “discordo totalmente” (zero) a “concordo totalmente” (três). Destes 10 itens, sete são frases positivamente formuladas, enquanto três são frases formuladas pela negativa, refletindo a avaliação da pessoa sobre o seu valor pessoal. Os itens negativos devem ser invertidos para o cálculo da pontuação total. A pontuação total varia entre zero e 30 pontos, sendo que pontuações mais elevadas indicam uma autoestima mais elevada. Segundo Pechorro et al. (2011), a interpretação das pontuações indica que uma pontuação superior a 25 pontos sugere uma autoestima elevada, enquanto pontuações inferiores a 15 pontos apontam para uma autoestima mais baixa. A RSES apresenta boas propriedades psicométricas, destacando-se a sua elevada consistência interna, com coeficientes alfa de *Cronbach* de 0,70, um valor considerado bom para este tipo de medida.

3.2.1.2. Enquadramento da intervenção

No contexto de cuidados a pessoas em fase de descompensação clínica aguda, a população junto da qual se optou por intervir foi o grupo de utentes

internados na ala de transição que, na sua maioria, apresentavam o diagnóstico médico de esquizofrenia. Um dos estudos incluídos na *scoping review* realizada, de Stouwe et al. (2021), analisou a eficácia de uma intervenção de grupo com uma abordagem cognitivo-comportamental, focada na melhoria da autoestima, em pessoas com perturbação do espectro da esquizofrenia. Os resultados demonstraram que a intervenção de grupo foi bem aceite, com uma taxa de abandono muito baixa.

A intervenção foca-se no autoconceito como um constructo que engloba o conjunto de crenças e sentimentos relativos a si mesmo, bem como as percepções internas e as percepções relativas às reações dos outros. Os resultados sugeriram, através das melhorias significativas na autoestima, ser uma intervenção adequada para utentes com perturbações do espectro da esquizofrenia, que, muitas vezes, enfrentam dificuldades ao nível do funcionamento cognitivo (Stouwe et al., 2021).

Numa primeira fase, os utentes foram alvo de intervenção psicoeducacional e discutiram-se os custos e os benefícios de crenças negativas e positivas sobre si próprios para aumentar a motivação para a mudança. De seguida, promoveram a formulação de uma nova crença positiva sobre si, que é antagónica à crença negativa central previamente estabelecida. Ao longo da intervenção, essa crença positiva foi monitorizada para acompanhar o progresso. A intervenção descrita encontra-se alinhada com a Teoria das Transições de Meleis, que destaca a importância da pessoa estabelecer uma percepção positiva de si mesma para o sucesso da transição, aumentando assim a sua confiança e capacidade de *coping*.

Posteriormente, foi introduzido o diário positivo e os eventos positivos foram conectados a qualidades pessoais, que foram reunidas numa lista. De acordo com as suas qualidades e com as crenças positivas sobre si, os comportamentos desejados foram registados e incentivados a ser colocados em prática. Por fim, os utentes receberam informações e treino sobre como lidar com críticas e discutiram formas de prevenir recaídas (Stouwe et al., 2021). Ao registar e praticar os comportamentos desejados, os utentes são

incentivados a ajustar as suas respostas, que segundo o MAR, permite uma adaptação mais eficaz e, consequentemente, melhoria do autoconceito. Simultaneamente, ao aprenderem a lidar com as críticas e a prevenção de recaídas, implementam estratégias que estão também em consonância com a promoção de respostas adaptativas que, segundo Roy, é facilitada com a gestão dos estímulos provenientes do ambiente (Andrews & Roy, 2019).

Quanto à dimensão do grupo, para uma interação interpessoal eficaz e uma participação ativa dos membros, em contexto de internamento, recomenda-se que esta varie entre quatro e 12 utentes. A duração ideal para cada sessão é de 45 a 60 minutos, o que permite manter o grupo coeso e focado nos temas abordados, sem sobrecarregar os utentes mais vulneráveis. Em termos de frequência, sugere-se uma periodicidade de três a seis vezes por semana (Vinogradov & Yalom, 1992).

3.2.1.3. Implementação da intervenção

A intervenção planeada teve por base a intervenção realizada no estudo de Stouwe et al. (2021), e consistiu em seis sessões realizadas em grupo, cada uma com duração de 45-60 minutos. A intervenção em questão teve como objetivo geral melhorar a autoestima dos utentes, e como objetivos específicos:

- Promover o autocontrolo dos processos de pensamento promotores da autoestima.
- Promover mudança no comportamento relacionado com a autoestima.
- Melhorar o conhecimento sobre autoestima.
- Melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras da autoestima.

Os critérios de inclusão para participar nesta intervenção foram: ter conhecimento de escrita e leitura em língua portuguesa e presença do diagnóstico de Enfermagem “autoconceito comprometido”. Os critérios de exclusão foram: défice cognitivo que impeça a participação, agitação psicomotora, estado confusional, sintomas positivos exacerbados,

agressividade/hostilidade latente, falta de vontade/motivação para participar, e incapacidade de cumprimento de regras (OE, 2023).

A população-alvo foi constituída por um grupo de seis de pessoas, previamente referenciadas pela enfermeira-tutora após discussão dos objetivos e critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. O grupo incluiu quatro pessoas do sexo masculino e duas pessoas do sexo feminino, todos com idades compreendidas entre os 24 e os 60 anos.

Na sessão zero foi realizada a avaliação diagnóstica, incluindo a avaliação da cognição, da autoestima e da motivação para participar na intervenção. Foi essencial avaliar a cognição da população-alvo, devido à prevalência de défices moderados a graves na memória de trabalho, na atenção, na velocidade de processamento, e na aprendizagem visual e verbal da pessoa com perturbação do espectro da esquizofrenia (Gil-Berrozpe et al., 2019). Um estudo realizado por Gil-Berrozpe et al. (2019) identifica o instrumento “Avaliação Cognitiva de Montreal” (Montreal Cognitive Assessment – MoCA) (Anexo V) como um instrumento de avaliação com boa precisão para avaliar as funções cognitivas em pessoas com esquizofrenia. No entanto, os autores referem que o ponto de corte para esta população é um ponto inferior ao obtido por Nasreddine et al., que desenvolveram o MoCA para uma população com perturbação neurocognitiva *minor* (PNM) (Nasreddine et al., 2005). Neste sentido, na sessão zero, foi aplicado o MoCA considerando o ponto de corte para défice cognitivo na população-alvo da intervenção nos 25 pontos (independentemente do nível de escolaridade), descartando, assim, défices cognitivos que impedissem a participação na intervenção. Ainda nesta sessão, foi realizada uma introdução relativamente às sessões futuras (funcionamento das mesmas, frequência, duração, objetivos e atividades).

O objetivo da sessão zero focou-se na avaliação inicial de Enfermagem com a aplicação dos instrumentos de avaliação, na identificação dos diagnósticos de Enfermagem e no início da relação terapêutica. Na sessão um foi realizada uma intervenção psicoeducacional sobre a autoestima. A sessão dois focou-se nos diferentes componentes que constituem a autoestima, sublinhando a

importância de valorizar pontos fortes e conquistas em cada um destes. Na sessão três, realizou-se a identificação de comportamentos que promovem a autoestima positiva e como integrá-los nas rotinas diárias. A sessão quatro abordou o impacto das críticas na autoestima e as estratégias para lidar com estas de forma saudável. Na sessão cinco, os utentes refletiram sobre os ganhos obtidos e consolidaram as aprendizagens. Para finalizar, foi aplicada a RSES e o questionário de satisfação, no sentido de avaliar os resultados da intervenção realizada. No Anexo VIII explanam-se os planos de sessão para cada uma das seis sessões realizadas, bem como os recursos criados e utilizados.

3.2.1.4. Resultados da intervenção

Segundo a avaliação pré-intervenção da autoestima, através da RSES, verificou-se que o *score* médio do grupo foi de 9,98 pontos na escala de zero a 30 pontos, com desvio-padrão de 3,60. Os dados obtidos na análise das respostas revelaram que as questões “Deveria ter mais respeito por mim próprio”, “Tenho uma boa opinião de mim próprio” e “Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas”, tiveram a pontuação média mais baixa. Este resultado está em consonância com a literatura, que sugere que pessoas com diagnóstico de esquizofrenia adotam uma visão autocentrada negativa, caracterizada por uma autoavaliação depreciativa e dificuldade em reconhecer o próprio valor comparativamente com as restantes pessoas (Gil-Berrozpe et al., 2019).

Durante as sessões, a implementação de atividades como o “diário positivo” e o “cartão de estratégias” foram realizadas no sentido de assistir os utentes a identificarem e registarem os seus atributos positivos. Este tipo de intervenção é apoiado pela literatura como eficaz para estimular a autorreflexão e promover uma autoestima positiva, através da interligação entre os eventos positivos e as qualidades pessoais subjacentes (Vinogradov & Yalom, 1992).

De acordo com Øie et al. (2024), a formulação de novas crenças positivas serve como um pilar para a reconstrução da autoestima, sendo fundamental que estas sejam ativamente reforçadas através de práticas diárias para que possam ter um impacto duradouro. No entanto, a complexidade da psicopatologia dos utentes, associada à presença de sintomas negativos e défices cognitivos frequentes na esquizofrenia, pode ter limitado a eficácia total da intervenção, especialmente nas áreas de autoperceção mais profundamente afetadas, como a identificação de qualidades pessoais (Moritz et al., 2016).

Esta informação foi verificada na análise das respostas da avaliação pós-intervenção que indicaram que a questão “Sinto que tenho algumas boas qualidades”, foi a que apresentou o menor aumento de pontuação comparativamente com as respostas pré-intervenção. A dificuldade dos utentes em identificarem qualidades pessoais foi uma das dificuldades sentidas no decorrer das sessões, demonstrando que a mudança de aspetos de autorrespeito é mais prontamente alcançada, enquanto o reconhecimento de qualidades intrínsecas requer intervenções adaptativas e estruturadas ao longo do tempo. Esta dificuldade sentida pode ser explicada pelo facto de as crenças negativas centrais, como a falta de valor pessoal e competências, serem reforçadas ao longo do tempo pelo impacto dos sintomas psicóticos e do isolamento social (Stouwe et al., 2021).

Avaliando o objetivo geral da intervenção, foi evidenciado um aumento no *score* médio obtido na aplicação da RSES, espelhado no Quadro 1 abaixo. No entanto, a ausência de um grupo de controlo impede uma atribuição exclusiva desses efeitos à intervenção realizada. Estudos indicam que a interação com profissionais de saúde e a participação em rotinas estruturadas podem, por si só, promover um aumento na autoestima e o bem-estar (Øie et al., 2024). Além disso, fatores como a adaptação gradual ao ambiente terapêutico e o suporte de colegas de grupo podem ter contribuído para a perceção de apoio e confiança, influenciando positivamente os resultados. Assim, sem um grupo de controlo, torna-se difícil isolar os efeitos específicos da intervenção e, consequentemente, afirmar com segurança a sua eficácia exclusiva (Moritz et al., 2016).

Quadro 1 - Resumo dos resultados obtidos no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda

Instrumento de avaliação	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES)	9,98	3,60	15,60	4,65

Da análise dos dados do questionário de satisfação, percebe-se que, de um modo geral, o grupo referiu estar satisfeito com os resultados alcançados, bem como concordar totalmente com a utilidade da intervenção e a aquisição de benefícios com a mesma. Uma das limitações metodológicas da intervenção realizada prendeu-se com o facto de a mesma pessoa ser responsável tanto pela aplicação da intervenção como pela sua avaliação. Esta sobreposição de papéis pode levar os utentes a ajustarem as suas respostas de forma a alinharem-se com aquilo que percebem como socialmente aceitável ou desejado pelo profissional de saúde, ao invés de responderem de forma genuína (Durmaz et al., 2020; Bergen & Labonté, 2020). Este fenómeno é comum na interação direta entre os utentes e o profissional de saúde, uma vez que os utentes podem sentir pressão, consciente ou inconsciente, para atender às expectativas percebidas do profissional. Assim, a avaliação dos resultados pode não refletir totalmente a eficácia da intervenção, mas sim o desejo do utente de agradar o profissional ou evitar julgamentos negativos (Durmaz et al., 2020).

No final da intervenção concluiu-se que as sessões decorreram sem intercorrências e que o seu planeamento foi cumprido com sucesso. A intervenção foi bem aceite pelo grupo, que demonstrou uma melhoria no envolvimento e na participação, sendo esta cada vez mais ativa de sessão para sessão.

3.2.2. Contexto de cuidados na comunidade

O estágio no contexto de cuidados na comunidade decorreu num Centro de Respostas Integradas de Saúde Mental (CRI-SM), em uma equipa comunitária. A equipa multiprofissional do CRI-SM era constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e técnicos auxiliares de saúde, cujo exercício de funções era assegurado no Serviço Local de Saúde Mental.

Na área da ESMP existiam três EEESMP, podendo as intervenções ser realizadas em contexto domiciliário ou nas instalações da unidade. As mesmas estavam estruturadas ao longo de cinco eixos de intervenção, nomeadamente: desinstitucionalização dos utentes residentes em hospitais psiquiátricos ou em instituições do setor social; conclusão da cobertura nacional de Serviços Locais de Saúde Mental, nas vertentes de internamento, ambulatório e intervenção comunitária; alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com ênfase na saúde mental; reorganização dos serviços de psiquiatria forense; implementação dos Planos Regionais de Saúde para as perturbações neurocognitivas.

A transição do internamento psiquiátrico para o contexto comunitário é um dos eixos prioritários do CRI-SM, onde as necessidades de Enfermagem identificadas incluíam a gestão da ansiedade, a promoção da estabilidade emocional e o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas. A educação para a saúde, associada ao acompanhamento contínuo pela equipa comunitária, é fundamental para minimizar os riscos de recaída e facilitar a adaptação ao ambiente familiar e social (Hegedüs et al., 2020). A intervenção em pessoas com doença mental grave está frequentemente associada a diagnósticos como ideação suicida e comportamento autodestrutivo, que refletem a necessidade de uma vigilância contínua e de intervenções precoces para prevenir crises e comportamentos de risco (Nawaz et al., 2021). Simultaneamente, estas requerem intervenções que promovam a reintegração social e a redução do estigma.

Os principais diagnósticos médicos presentes nos utentes em seguimento neste CRI-SM eram a perturbação neurocognitiva e as perturbações do espectro da esquizofrenia. No que diz respeito a diagnósticos de Enfermagem, foi possível identificar a ansiedade, o humor depressivo, o autoconceito comprometido, a memória comprometida, a ideação suicida, pensamento comprometido e o comportamento autodestrutivo.

3.2.2.1. Identificação das necessidades

No contexto comunitário, a literatura identifica os diagnósticos “memória comprometida” e “humor depressivo” como frequentes e exigem intervenções de Enfermagem multidimensionais e com adaptação contínua dos planos de cuidados (Andrade, 2020). O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de perturbações neurocognitivas destaca-se como uma das maiores necessidades no contexto comunitário. As queixas relacionadas com a perda de memória, muitas vezes exacerbadas pelo *stress* emocional relacionado com a transição vivenciada e o isolamento social, reforçam a necessidade de uma abordagem integrada para o bem-estar geral da pessoa (Guarnera et al., 2023).

A autoestima apresenta-se como um domínio importante à medida que as pessoas envelhecem, sendo fundamental manter ou aumentar estes níveis no sentido de proteger contra riscos para a saúde mental (Lin & Feng, 2024). O seu declínio está relacionado com vários fatores associados ao processo de envelhecimento, tais como a deterioração da saúde, a mudança de papéis e dinâmicas sociais, a perda de capacidade física, o início do comprometimento cognitivo, e outras transições relacionadas (Lin & Feng, 2024). Este conceito está também relacionado com o bem-estar da pessoa idosa, cuja percepção positiva acerca de si contribuirá para um envelhecimento saudável (Rocha, 2007). Além disso, quando presente de forma saudável, demonstra ser um fator protetor, aumentando a confiança dos utentes na sua capacidade de lidar

com adversidades e adotar um comportamento proativo, melhorando a sua qualidade de vida (Júnior, 2022).

Ao longo do envelhecimento verifica-se que o autoconceito da pessoa idosa, em alguns casos, poderá evoluir positivamente, visto que o conhecimento acerca da própria pessoa se torna mais estruturado, o que leva a uma perceção mais real das próprias capacidades. A autocrítica faz parte da avaliação que fazemos acerca de nós próprios e está, frequentemente, ligada à faixa etária mais avançada. Assim, o facto de o autoconceito ser mais realista à medida que avançamos na idade faz-nos crer que, quanto melhor for o nível de autocrítica, melhor será o autoconceito global, levando-nos a sugerir uma associação positiva entre a autocrítica e o autoconceito (Rocha, 2007).

Um plano de cuidados de Enfermagem individualizado visa a implementação de intervenções pertinentes, através da realização de um diagnóstico diferencial eficaz (Herdman et al., 2021). O diagnóstico “baixa autoestima” é caracterizado por verbalizações negativas sobre si próprio, a enunciação de expressões de culpa e vergonha, sensação de incapacidade para lidar com certos acontecimentos, rejeição de elogios e valorização das críticas, hesitação para experiências/situações novas, racionalização de fracassos pessoais e hipersensibilidade a críticas. Este diagnóstico só pode ser enunciado quando pelo menos um dos sinais ou sintomas está presente (Carpenito, 2019).

Carpenito (2019) definiu alguns dados adicionais para a identificação deste diagnóstico, como o comportamento pouco assertivo e indeciso, a necessidade de obter a constante aprovação dos pares, a presença de atitudes e comportamentos passivos, a projeção da culpa ou da responsabilidade de problemas, e a falta de apresentação corporal culturalmente apropriada (postura, contacto visual, movimentos). O Quadro 2 apresenta os dados relevantes para o estudo de caso realizado neste contexto, no sentido de elencar o diagnóstico “autoconceito comprometido”, mais concretamente autoestima comprometida. Associado aos dados identificados no Quadro 2, foi aplicada a RSES na qual se obteve o *score* inicial de nove pontos (na escala de zero a 30 pontos) reforçando o diagnóstico anteriormente referido.

Quadro 2 - Dados definidores do diagnóstico “autoconceito comprometido”

Dados relevantes para o diagnóstico	
Dados centrados na condição (ESEP, 2024)	Dados relativos ao caso clínico
Pensamentos negativos sobre si (aparência ou desempenho)	“Chego a pensar que devo desistir do grupo porque não consigo fazer os exercícios como os meus colegas”; “Sinto-me incapaz”; “Penso que não sou capaz ou que vou falhar sempre” (sic)
Sentimentos ou comportamentos de desvalorização pessoal	“... tenho sempre pensamentos que não valho nada”; “É um sentimento constante de frustração por não ser capaz” (sic)
Opinião ou imagem mental negativa de si mesma;	“Nunca vou conseguir fazer como as outras pessoas” (sic)
Desvalorização das perceções positivas referidas por outras pessoas	“Recebi elogios da técnica da atividade, mas ela estava só a ser simpática, para que eu não desistisse de ir às sessões” (sic)
Dados extra (Carpenito, 2019)	
Hipersensibilidade a pequenas críticas	“Não lido bem com as críticas. Fico a matutar por horas” (sic)
Exprimir vergonha ou culpa	“...agora tenho vergonha da pessoa que sou, por isso é que não volto às aulas de dança” (sic)

3.2.2.2. Enquadramento da intervenção

A intervenção neste contexto focou-se na autoestima (pertencente ao domínio do autoconceito, segundo a Ontologia de Enfermagem) e teve por base o protocolo usado em um estudo realizado por Waite et al. (2012) que incorpora técnicas da TCC e abordagens de esquemas. Este estudo, incluído na *scoping review* apresentada neste relatório, demonstrou eficácia na melhoria da autoestima, através da mudança dos pensamentos autocríticos e comportamentos relacionados.

Assim, foram seguidas as quatro fases do protocolo: em primeiro lugar, uma avaliação individualizada, a definição de objetivos e a intervenção psicoeducacional; seguidamente, instruir o utente a reavaliar pensamentos autocríticos através de técnicas cognitivas e comportamentais; numa terceira fase, promover a melhoria da autoaceitação; e, por fim, desenvolver estratégias mais adaptativas para a melhoria da autoestima e realizar o planeamento dos objetivos para o futuro após o término da intervenção (Waite et al., 2012).

No contexto desta intervenção, o foco foi capacitar a pessoa a modificar as suas crenças centrais, promovendo novas formas de autoperceção, o que, segundo Meleis (2015), é um componente essencial da transição para uma autoestima mais saudável. Da mesma forma, o MAR também se reflete nesta intervenção, facilitando a adaptação das respostas emocionais e cognitivas da pessoa, através da criação de pensamentos alternativos e adoção de comportamentos adaptados, que resultam na adoção de uma perceção mais equilibrada e adaptada de si mesma.

A intervenção realizada seguiu os princípios estruturais do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, que se desenrola ao longo de várias sessões (três a 12 sessões), com a duração de 45 a 60 minutos cada uma, semanalmente, e sempre no mesmo horário (Sequeira et al., 2020, como citado em Sequeira & Sampaio, 2020).

3.2.2.3. Implementação da intervenção

Em consonância com o estudo acima referido, a intervenção neste contexto foi realizada de forma individual, sendo a população alvo composta por uma utente com 70 anos de idade, pertencente ao CRI-SM. A pessoa desta faixa etária evidencia-se na literatura como tendo uma boa adesão ao tratamento e um menor risco de descontinuar o processo terapêutico (Soenarti et al., 2023). A intervenção teve como objetivo geral melhorar a autoestima da utente, e como objetivos específicos:

- Promover o autocontrolo dos processos de pensamento promotores da autoestima.
- Promover mudança no comportamento relacionado com a autoestima.
- Melhorar o conhecimento sobre a autoestima.
- Melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras da autoestima.

O uso da Ontologia de Enfermagem possibilitou a organização do conhecimento de Enfermagem de uma forma sistemática e semântica. Esta estrutura concetual não só se baseia em princípios orientadores como permite a introdução, somente, da quantidade de informação necessária (Bastos et al., 2021). Desta forma, o processo de tomada de decisão em Enfermagem baseou-se, fundamentalmente, na Ontologia de Enfermagem, sendo utilizada a plataforma e4Nursing, para a documentação deste processo referente ao estudo de caso em questão (Anexo X). No entanto, o presente capítulo irá focar-se somente na intervenção no domínio do autoconceito. Os planos de sessão para cada uma das seis sessões realizadas encontra-se no Anexo IX, bem como os recursos criados e utilizados para a atividade.

Na sessão zero foi realizada a avaliação diagnóstica, incluindo a avaliação da cognição, da autoestima e da motivação para participar na intervenção. A avaliação da cognição é fundamental nesta utente visto apresentar o diagnóstico de PNM, permitindo a caracterização dos défices cognitivos e a adaptação da intervenção realizada. A PNM caracteriza-se por um declínio cognitivo leve, mas que excede o normal envelhecimento. Manifesta-se através de dificuldades ligeiras em áreas da cognição como a memória, a atenção, a função executiva e visuoespacial, sem comprometer a capacidade da pessoa de ser independente nas atividades de vida diária (APA, 2023). Existem vários instrumentos propostos para a deteção das fases iniciais do declínio cognitivo, inicialmente estava planeado aplicar o MoCA por apresentar valores de sensibilidade de 81% e especificidade de 77% para deteção de PNM (Direção Geral de Saúde, 2023). No entanto, a literatura indica que, em casos de diagnóstico recente, o intervalo entre avaliações deve ser de, pelo menos, seis meses a um ano para detetar mudanças clinicamente significativas (Nasreddine et al., 2005). Dado que o diagnóstico da utente foi estabelecido há menos de seis meses, através do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e o Teste do desenho do relógio, uma nova avaliação com recurso ao MoCA poderia ser prematura e pouco informativa em termos de progressão ou alteração do estado cognitivo da mesma. Simultaneamente, a utente já se encontrava numa situação de ansiedade em relação ao seu estado cognitivo, o

que poderia ser exacerbado com a aplicação repetida de instrumentos de avaliação (Clare et al., 2008).

Estudos indicam que o MMSE, embora menos sensível que o MoCA para défices subtis, é um instrumento fiável e amplamente validado, especialmente quando complementado com o Teste do desenho do relógio, que permite avaliar capacidades visuoespaciais e funções executivas (Folstein et al., 1975). A utente quando avaliada (há menos de seis meses) apresentou, no MMSE, um score de 27/30 (défice cognitivo se igual ou inferior a 22 de um a 11 anos de escolaridade) e, no Teste do desenho do relógio, 2/5 pontos.

Na sessão zero foi ainda realizada a atividade "Linha do Tempo Positiva" com o objetivo de identificar fatores positivos no passado promovendo a autoestima através da reminiscência de eventos significativos, sendo esta uma estratégia com melhor eficácia na melhoria do bem-estar mental na população com mais idade identificada nos resultados da *scoping review* realizada (Crăciun, 2023). Na sessão um, perante o diagnóstico "Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito", foi realizada a intervenção ensinar sobre a autoestima, sendo transmitidos conhecimentos sobre pensamentos automáticos negativos e o impacto dos pensamentos autocríticos. A sessão dois centrou-se em ensinar a pessoa a questionar a veracidade dos pensamentos autocríticos e a explorar perspetivas alternativas. Associar experiências positivas a qualidades intrínsecas facilita a internalização de uma autoimagem positiva (Sutipan, 2017). A sessão três iniciou com a associação dos aspetos positivos registados como plano de ação com as qualidades pessoais da utente que, posteriormente, destacou as que gostaria de reforçar e identificou os comportamentos associados a implementar como práticas diárias. A sessão quatro abordou a substituição de interpretações negativas por alternativas mais realistas, com um foco no desenvolvimento de pensamentos alternativos que contribuem para a resiliência emocional (Iwano, 2022). Nesta sessão identificaram-se, também, os fatores que poderiam levar ao reaparecimento de pensamentos negativos e estratégias para aplicar nessas situações. Por fim, na sessão cinco realizou-se uma revisão das estratégias desenvolvidas ao longo das sessões e uma reflexão sobre os

progressos alcançados, terminando com a avaliação destes e a solicitação do *feedback* da utente.

3.2.2.4. Resultados da intervenção

A identificação de objetivos específicos em conjunto com a pessoa é fundamental para o desenvolvimento de um sentido de propósito, sendo também uma das estratégias eficazes nesta faixa etária por promover a autonomia e a resiliência emocional (Ongaratto et al., 2016). Como a utente apresentava uma hipervalorização das suas dificuldades, foi essencial na primeira sessão, consciencializá-la da importância de estabelecer metas realistas a alcançar, gradualmente, no sentido de não precipitar o sentimento de incapacidade.

Na sessão dois evidenciou-se a dificuldade inicial da utente em questionar a veracidade dos seus pensamentos autocríticos. No entanto, no decorrer do exercício, esta percebeu que nem sempre estes seriam verdadeiros, bem como a importância de questioná-los. A atividade "Árvore da Positividade" incentivou a identificação de qualidades pessoais, promovendo a autovalorização e o reforço da autoestima positiva. A utente referiu que esta atividade permitiu que reconhecesse que possui características valiosas e que as suas capacidades não se limitam às dificuldades cognitivas que enfrenta. A sessão quatro explorou os pensamentos alternativos, assistindo a utente a reformular pensamentos autocríticos de forma mais objetiva e a preparar-se para potenciais retrocessos. Inicialmente, a utente hipervalorizava as críticas pelo que se tornou fundamental realizar a preparação para momentos de dificuldade, no sentido de reduzir o impacto negativo de potenciais falhas no futuro.

Na sessão cinco foi realizada a reflexão acerca dos ganhos obtidos, bem como a avaliação final com a reaplicação da RSES, obtendo-se um *score* de 19,00 pontos (na escala de zero a 30). Quando comparado com o *score* inicial de nove pontos verificou-se uma melhoria da autoestima da utente, alinhada com

os objetivos da intervenção realizada. No entanto, a melhoria observada pode ser atribuída não apenas à intervenção realizada, mas também ao facto de a utente ter retomado as aulas de dança, atividade que havia praticado anteriormente com o marido.

A dança promove o bem-estar psicológico e fortalece a autoestima, favorecendo o contacto social, criando um ambiente de suporte emocional e reduzindo o isolamento (Kattenstroth et al., 2013; Zhang et al., 2020). Para além disso, atividades recreativas como a dança estimulam a recordação de experiências passadas significativas e positivas, o que, no caso da utente, pode ter contribuído para uma maior aceitação do seu presente e uma reconexão com um período da sua vida associado à felicidade e ao sentimento de realização (Kronsted, 2020). A oportunidade de reviver uma experiência anteriormente partilhada, agora ressignificada como uma forma de autocuidado, contribuiu para a melhoria do autoconceito e para a diminuição dos pensamentos autocríticos anteriormente referidos pela utente. No final da sessão, foi aplicado o questionário de satisfação, no qual a utente manifestou satisfação com a duração, os benefícios, os resultados, bem como satisfação com a intervenção.

3.2.3. Contexto de respostas diferenciadas

O estágio no contexto de respostas diferenciadas decorreu numa Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria. Este serviço de internamento possui capacidade para 10 utentes e destina-se ao tratamento de adolescentes com o diagnóstico estabelecido de PCA ou Perturbação do Espectro da Esquizofrenia.

A equipa multidisciplinar engloba médicos, enfermeiros (36% enfermeiros de cuidados gerais, 36% EEESMP e 28% enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), uma psicóloga, uma assistente social, e uma terapeuta ocupacional. Neste serviço é implementado um projeto direcionado para o apoio à família no regresso a casa do utente após o primeiro surto psicótico. No que diz respeito a diagnósticos de Enfermagem, foi

possível identificar, como mais prevalentes, o humor depressivo, a ansiedade, o autoconceito comprometido e o comportamento autodestrutivo.

3.2.3.1. Identificação das necessidades

A IC é definida como a forma como uma pessoa se vê (Anjos & Ferreira, 2021). Deste modo, a IC é construída diariamente, sendo considerada uma imagem subjetiva de como as pessoas avaliam o seu próprio corpo, englobando características como a estrutura, o tamanho, a forma e os sentimentos (Duarte et al., 2021).

Segundo Oliveira et al. (2020), a incidência de PCA na adolescência tem vindo a crescer, sendo causada por distorções da IC, associadas à insatisfação com o peso e desenvolvimento de comportamentos alimentares específicos, que advêm de processos comparativos. A insatisfação corporal encontra-se fortemente relacionada com o desenvolvimento e manutenção de PCA, constituindo-se como um fator de risco para as mesmas (Lantz et al., 2018). O uso das redes sociais digitais está associado ao desenvolvimento de distorções na visão do próprio corpo e a comportamentos de perda de peso, com monitorização constante do próprio corpo. Estas redes estimulam os adolescentes a adotar comportamentos desajustados, que conduzem a uma baixa autoestima e a uma IC negativa (Silva & Almeida, 2023).

No presente contexto, a população-alvo da intervenção foi um grupo de utentes na faixa etária da adolescência, com diagnóstico médico de PCA. A intervenção foi direcionada para a IC (subdimensão do autoconceito). Para a avaliação da IC, foi utilizada a Escala de Apreciação Corporal-2 (*Body Appreciation Scale-2* [BAS-2]) (Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Lemoine et al., 2018) (Anexo VII), instrumento validado para adolescentes da população portuguesa. O instrumento foi validado para a população portuguesa e é composto por 10 itens, que avaliam a aceitação positiva do corpo em termos de apreciação, respeito e valorização do próprio corpo. Estes itens estão organizados numa escala de *Likert* de cinco pontos, com as opções de

resposta variando de "Discordo totalmente" (um) a "Concordo totalmente" (cinco). A pontuação total pode variar entre 10 e 50 pontos, sendo que uma pontuação mais alta indica uma maior apreciação do corpo, enquanto uma pontuação mais baixa reflete uma menor aceitação corporal. As principais propriedades psicométricas da BAS-2 incluem uma boa consistência interna, com coeficientes alfa de *Cronbach* geralmente superiores a 0,90, o que indica uma elevada confiabilidade do instrumento (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

3.2.3.2. Enquadramento da intervenção

O diagnóstico autoconceito comprometido, frequentemente observado em adolescentes com PCA, implica a necessidade de intervenções que fomentem a aceitação corporal e a autoestima. O trabalho deve ser desenvolvido em articulação com a equipa multidisciplinar, integrando abordagens como a TCC e atividades de grupo centradas no fortalecimento das relações interpessoais. A evidência científica sugere que estas estratégias ajudam os adolescentes a desenvolver uma IC mais positiva e a melhorar a sua qualidade de vida (Calugi et al., 2019).

Calugi et al. (2019) analisaram os resultados de uma intervenção na IC de utentes com anorexia nervosa, em internamento. Concluíram que a preocupação com a IC é um fator central na manutenção da anorexia nervosa e que a abordagem a este foco de atenção durante o tratamento contribui para uma melhoria mais duradoura. Relativamente ao número e à duração das sessões, um artigo de revisão de Yager et al. (2013) constatou que as intervenções efetivas em adolescentes continham entre duas a nove sessões, e que a maioria destas tinha duração máxima de 50 minutos.

Rosewall et al. (2020) corroboraram Calugi et al. (2019), validando a utilização do programa *Teen Bodywise*, que tem por base a TCC em adolescentes (dos 13 aos 18 anos de idade) com diagnóstico de anorexia nervosa. Neste estudo, os temas são baseados no programa *Bodywise* para adultos (Mountford et al., 2015), mas incorporando diferentes materiais físicos e multimédia para

promover um maior envolvimento. Quanto aos temas, na primeira sessão é realizada a introdução ao conceito de IC e são discutidas as expectativas e receios dos utentes; a segunda sessão centra-se na diferença entre o que é considerado saudável e normal, discutindo a IC na população geral. A terceira sessão aborda o impacto dos *media* na IC e a quarta e quinta sessão abordam as emoções subjacentes aos pensamentos sobre IC e a perceção e comportamentos autodepreciativos, respetivamente. A sessão seis aborda o impacto da IC na identidade e a sessão sete promove a aceitação do corpo e das suas modificações. Por fim, na última sessão é realizado um resumo das sessões anteriores e são estabelecidas estratégias para promover uma IC positiva no futuro.

Esta intervenção está estritamente ligada à Teoria das Transições de Meleis, incentivando mudanças na forma como as utentes percebem e constroem a sua perceção da identidade permitindo reestruturarem as suas crenças e comportamentos sobre a IC. Além disso, ao incentivar a reflexão sobre os fatores internos e externos que influenciam a IC, a intervenção alinha-se com a teoria Roy, promovendo uma adaptação positiva da pessoa, ajudando-as a desenvolver e reforçar uma IC positiva.

3.2.3.3. Implementação da intervenção

As sessões realizadas para este contexto tiveram então por base o estudo de Rosewall et al. (2020), sendo que o planeamento da intervenção se encontra no Anexo XI. Foram abordados os temas do estudo anteriormente referido, no entanto, num número de sessões mais reduzido tendo em conta as atividades realizadas no serviço e o tempo de estágio. A intervenção teve como objetivo geral melhorar a IC dos utentes e, como objetivos específicos:

- Promover o autocontrolo dos processos de pensamento promotores da IC.
- Promover mudança no comportamento relacionado com a IC.

- Melhorar o conhecimento sobre a IC.
- Melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras da IC.

Os critérios de inclusão para participar foram: ter conhecimento de escrita e leitura em língua portuguesa, presença do diagnóstico de Enfermagem “autoconceito comprometido” (apesar de a intervenção se focar na IC, de acordo com a Ontologia de Enfermagem, este será o diagnóstico a identificar quando o utente apresenta IC comprometida), e diagnóstico médico de anorexia nervosa. Os critérios de exclusão foram: défice cognitivo que impedisse a participação, agitação psicomotora, estado confusional, sintomas positivos exacerbados, agressividade/hostilidade latente, falta de vontade ou de motivação para participar, e não cumprimento de regras (OE, 2023).

Na sessão zero, foi realizada a avaliação inicial com a aplicação da BAS-2. A população-alvo foi então constituída por um grupo de quatro pessoas, com diagnóstico médico de Anorexia Nervosa, todas do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 13 e os 16 anos. A sessão um focou-se na introdução do conceito IC e em explorar os fatores que influenciam a sua construção, especialmente no contexto das perceções idealizadas amplamente difundidas pelas redes sociais. A abordagem incluiu intervenção psicoeducacional, visualização de vídeos e atividades práticas, bem como a criação de *posts* positivos. Na sessão dois o foco foi aprofundar a compreensão dos fatores que moldam a IC ao longo do crescimento. O *brainstorming* com a criação de uma linha do tempo destacou a influência dos fatores externos e internos na formação da IC das utentes, proporcionando um espaço para identificar momentos marcantes, como comentários críticos ou validações importantes. A sessão três consciencializou as utentes sobre o impacto da IC na construção da identidade pessoal, abordando simultaneamente estratégias práticas para a promoção de uma IC positiva no dia a dia. A sessão quatro permitiu consolidar os progressos das utentes e avaliar os ganhos obtidos. O foco principal foi reforçar positivamente as estratégias adquiridas e reforçar a sua aplicabilidade no quotidiano, através de uma abordagem dinâmica e prática que visou

promover a adoção de comportamentos e pensamentos alternativos para uma IC positiva.

3.2.3.4. Resultados da intervenção

Inicialmente, verificou-se a adoção de uma postura defensiva por parte do grupo, o que é consistente com a literatura que associa as PCAs à vulnerabilidade emocional e à tendência para evitar a exposição emocional em contextos sociais. Segundo Krebs et al. (2023), pessoas com baixa autoestima e preocupações corporais exacerbadas frequentemente adotam estratégias defensivas como mecanismo de autoproteção. Blakemore (2018) destaca que a suscetibilidade ao julgamento social, intensificada pelo desenvolvimento neurocognitivo na fase da adolescência, pode resultar em atitudes retraídas ou defensivas no início das interações de grupo. No entanto, à medida que a sessão progrediu, foi possível observar uma evolução positiva. Os vídeos utilizados estimularam a reflexão crítica sobre o papel das redes sociais na distorção da perceção corporal, permitindo às utentes identificar conscientemente a influência negativa da exposição a imagens irreais na insatisfação corporal e na internalização de ideais inatingíveis (Krebs et al., 2023). As experiências partilhadas pelo grupo corroboraram a literatura, referindo que as comparações com estas imagens foi um dos fatores mais precipitantes para que não se sentissem bem com elas mesmas. A atividade prática de criar *posts* positivos permitiu verificar que as utentes perceberam a mensagem dos vídeos e da reflexão, escrevendo frases motivacionais em que destacaram aspetos não relacionados com a aparência física, como autenticidade e resiliência. Este progresso positivo é consistente com outros estudos que recomendam intervenções cognitivas para reduzir a internalização de ideais corporais prejudiciais e promover a autoaceitação (Rosenberg, 1989; Wilksch et al., 2006).

Na segunda sessão, a atividade “linha do tempo” revelou-se essencial para as utentes começarem a reconhecer padrões autodepreciativos e a compreender

a origem de algumas das suas crenças pessoais (Ghaderi & Scott, 2001). A segunda atividade gerou reflexões significativas sobre as disparidades entre o autoconhecimento e o reconhecimento externo através da comparação entre as autoperceções de cada pessoa e as perceções das colegas. Estudos mostram que este confronto pode melhorar a autoestima e reduzir a insatisfação corporal (Higgins, 1987).

Alguns utentes demonstraram dificuldades em aceitar os elogios recebidos. Contudo, o exercício de identificar situações concretas em que demonstraram as qualidades apontadas pelas colegas revelou-se eficaz para aumentar a consciência sobre os seus próprios atributos e capacidades, o que vai ao encontro de um estudo realizado por Otani et al. (2017), que demonstrou que a validação com evidências é essencial para fortalecer crenças positivas sobre si mesmo e combater pensamentos disfuncionais. Ao integrar o *feedback* positivo dos pares com a reflexão interna, esta abordagem promove uma maior autoconsciência e uma maior autoaceitação, especialmente em adolescentes, cuja suscetibilidade às avaliações externas é mais acentuada (Blakemore, 2018). Além disso, o reforço social em grupo, como descrito por Wilksch et al. (2006), favorece a construção de um autoconceito mais equilibrado e reduz a autocrítica, proporcionando um contexto terapêutico que fortalece os recursos internos das pessoas. Neste seguimento, a transmissão de informação sobre a importância dos pensamentos positivos para a IC teve como objetivo a adoção de comportamentos para manter a redução da autocrítica, introduzindo assim o "Diário Positivo" como uma ferramenta prática que encorajou cada participante a registar diariamente afirmações que refletissem a autovalorização de aspetos pessoais positivos. Esta atividade teve uma boa adesão, antevista pela ponte que foi realizada com os *posts* positivos, em que todas as utentes criaram frases como forma de promover a IC positiva.

Na terceira sessão, a utilização do gráfico de setores foi uma ferramenta eficaz para organizar e refletir sobre as características que as utentes viam como ideais, permitindo-lhes estabelecer uma visão mais clara e orientada para um autoconceito positivo desfocalizado da IC. Autores como Silva et al. (2019) e Duarte et al. (2021) destacam esta atividade por facilitar a identificação de

qualidades e objetivos realistas que fomentam a autoaceitação. A atividade de escrever uma carta a aconselharem uma criança com um autoconceito depreciativo foi um momento de introspeção das utentes que promoveu a ressignificação das perceções negativas e o fortalecimento de recursos internos, corroborando as evidências de Lantz et al. (2018) sobre a eficácia de intervenções que integram reflexão e validação emocional. As utentes demonstraram compaixão e empatia pela posição da remetente da carta e partilharam as estratégias que aprenderam nas sessões e com as quais se identificaram, reconhecendo a aplicabilidade das mesmas na sua própria jornada. Globalmente, o grupo demonstrou progressos na capacidade de identificar características positivas e estratégias aplicáveis ao dia a dia, apesar das dificuldades iniciais. A evolução observada ao longo da sessão reflete a importância de um ambiente seguro e empático, facilitador de partilhas autênticas.

A redução do número de utentes nesta sessão, devido à alta do serviço de duas das utentes, foi inicialmente percecionada como um desafio, uma vez que limita a diversidade de partilhas e a interação entre pares, elementos que são, frequentemente, promotores de empatia e validação mútua em contextos terapêuticos, como salientado por Rosewall et al. (2020). Contudo, como descrito por Calugi et al. (2019), intervenções focadas na reestruturação cognitiva requerem um espaço seguro e acolhedor para que os utentes se sintam motivados a explorar perceções e comportamentos autodepreciativos. A menor dimensão do grupo criou espaço para uma reflexão mais detalhada, possibilitando que os utentes projetassem e consolidassem os conhecimentos adquiridos ao longo das sessões, como evidenciado em intervenções semelhantes realizadas em grupos reduzidos de outros autores (Yager et al., 2013).

Na última sessão foi realizado o reforço da integração das estratégias trabalhadas nas sessões anteriores em situações práticas do dia a dia através de uma dinâmica lúdica. Esta atividade criou um ambiente mais descontraído e colaborativo, facilitando a participação ativa das utentes e permitindo-lhes praticar, de forma estruturada, a formulação de pensamentos alternativos e a

identificação de comportamentos positivos a adotar. A resolução de desafios em grupo promoveu o uso das estratégias discutidas, validando a eficácia da reestruturação cognitiva para a modificação dos pensamentos disfuncionais, como preconizado por Rosewall et al. (2020). Apesar de algumas dificuldades iniciais, nomeadamente uma postura mais defensiva em determinados momentos, foi notória a evolução na forma como as utentes começaram a valorizar características pessoais não relacionadas com a aparência física. Este progresso foi também visível na avaliação final, em que a atividade de reformulação do autoconceito refletiu uma maior consciência das utentes sobre a importância de valorizar aspetos internos, como a personalidade e a funcionalidade do corpo. Esta mudança está em consonância com as evidências de Lantz et al. (2018), que demonstraram que intervenções estruturadas podem promover uma ressignificação positiva da IC, reduzindo a centralidade da aparência. Simultaneamente, com a reaplicação da BAS-2 (Quadro 3), verificou-se um aumento dos scores obtidos.

Quadro 3 - Resumo dos resultados obtidos no contexto de respostas diferenciadas

Instrumento de avaliação	Pré-Intervenção		Pós-Intervenção	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Escala de Apreciação Corporal-2	18,50	1,00	35,00	1,41

No entanto, é importante salientar que na avaliação pré-intervenção foram consideradas quatro respostas e na avaliação pós-intervenção apenas duas. Considerando apenas a média das utentes que estiveram presentes na avaliação pré e pós intervenção, verifica-se um aumento de um score médio de 19,00 pontos para 35,00 pontos.

Embora os resultados obtidos na intervenção tenham sido positivos, é importante destacar que o número de sessões realizadas foi inferior ao número de sessões previstas no estudo de Rosewall et al. (2020). Assim, é plausível

considerar que os resultados poderiam ter sido melhores caso as sessões não tivessem sido adaptadas às condições específicas do contexto e do tempo disponível.

3.3. Competências comuns do enfermeiro especialista

O presente capítulo tem como propósito elencar as competências desenvolvidas ao longo do estágio, de acordo com as diretrizes estabelecidas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são (OE, 2019, p. 4744):

1. “Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.”
2. “Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade.”
3. “Competências do domínio da gestão dos cuidados.”
4. “Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.”

Ao longo do estágio, no que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as intervenções realizadas foram orientadas por uma identificação inicial das necessidades dos contextos e das pessoas com necessidade de cuidados de Enfermagem, promovendo a autonomia e o respeito pela dignidade. O consentimento informado é uma ferramenta que reflete o respeito pela autonomia da pessoa, garantindo que esta compreende plenamente todos os aspetos relacionados com as atividades propostas (Moser, 2014). A aplicação do consentimento informado foi priorizada em todas as intervenções, assegurando que os utentes compreendessem plenamente os objetivos, a duração, os requisitos e os benefícios das atividades propostas. Este processo promoveu a confiança e o envolvimento ativo das pessoas nas intervenções. Simultaneamente, foi também solicitada a autorização aos autores das validações dos instrumentos de avaliação para Portugal para os utilizar em contexto clínico. As autorizações encontram-se anexadas junto das

escalas nos Anexos VI, VII e XII, excluindo o MoCA que não carece de autorização dos autores. A validação desses instrumentos assegura que as ferramentas utilizadas são adequadas à cultura e ao contexto da população específica, aumentando a precisão e a relevância dos dados colhidos (Lise et al., 2022).

Foram implementadas medidas para garantir a proteção da privacidade e da confidencialidade das informações pessoais, assegurando que os dados usados em análises e discussões fossem devidamente anonimizados. Os ambientes de intervenção foram ajustados para garantir a segurança, a inclusão e o respeito mútuo, criando espaços que favoreceram a participação ativa e a livre expressão, independentemente das condições ou das características individuais dos utentes. A definição clara de regras e a criação de espaços que favorecessem a livre expressão foi essencial para reduzir o *stress* e a ansiedade dos utentes, facilitar a comunicação e promover a recuperação (Vella et al., 2016).

No que respeita à melhoria contínua da qualidade, a realização de uma *scoping review* exigiu uma análise crítica e sistematizada da literatura, promovendo não apenas a ampliação do conhecimento técnico e científico, mas também o desenvolvimento de uma consciência aprofundada sobre a relevância do autoconceito na prática de Enfermagem. A realização desta revisão permitiu o contacto com os processos de investigação e representou uma oportunidade significativa para o desenvolvimento de competências de investigação essenciais para a prática da Enfermagem especializada. A análise dos dados não só contribuiu para o projeto de intervenção, mas também incentivou o desenvolvimento de um olhar crítico sobre a aplicação das intervenções como EEESMP, considerando as especificidades de cada contexto. Este exercício de autoconhecimento e autorreflexão fortaleceu a capacidade de estabelecer um raciocínio clínico informado e ético, consolidando uma prática centrada na pessoa e alinhada com a evidência científica. Adicionalmente, destacou-se no desenvolvimento profissional contínuo a participação em ações de formação na área da saúde mental, sublinhando a importância da formação contínua e do aperfeiçoamento como pilares do progresso na Enfermagem. Assim, foram

realizadas diversas atividades neste sentido, nomeadamente, a apresentação da *scoping review* no “*1st MSc Virtual Connect 2025 Scholarly Event “Research local, Inter(act) globally: Transforming healthcare step-by-step”*” e a participação em ações de formação apresentadas nos anexos XIII a XV.

Por fim, a competência de gestão dos cuidados foi abordada de forma limitada durante este estágio, uma vez que não houve exploração aprofundada das funções de liderança e supervisão direta. Isto deveu-se ao facto de o foco das atividades realizadas consistir na aplicação das intervenções clínicas planeadas e na aquisição das competências práticas associadas ao cuidado direto ao utente. Apesar disso, foram realizadas reflexões em conjunto com os enfermeiros tutores sobre a organização dos serviços e a melhoria da dinâmica das equipas, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências nesta dimensão. Embora estas discussões tenham sido relevantes, não suprimiram a lacuna identificada, uma vez que não envolveram uma atuação prática na liderança de equipas ou na implementação de estratégias de supervisão, competências essenciais para o enfermeiro especialista.

3.4. Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

De acordo com o Regulamento nº 515/2018, de 7 de agosto, a ESMP centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção na pessoa com respostas humanas inadequadas ou desadaptadas aos processos de transição, que poderão gerar sofrimento, alteração ou, eventualmente, doença mental. Neste mesmo documento salienta-se o EEESMP, com as suas competências específicas, como um elemento crucial na realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais com fim à manutenção, melhoria e recuperação da saúde da pessoa cuidada.

As competências específicas do EEESMP são (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 21427):

1. “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
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;
4. Presta cuidados psicoterapêuticos, socio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, a 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.”

O Quadro 4 apresenta a ligação entre os objetivos do estágio, as unidades de competência específicas do EEESMP e as atividades planeadas no primeiro momento do estágio e realizadas no segundo momento. De seguida, será apresentada uma reflexão crítica para cada uma destas competências clarificando o seu processo de aquisição.

Quadro 4 - Objetivos de estágio, unidades de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e atividades realizadas.

Objetivos de estágio	Unidades de competência específicas do EESMP	Atividades	Momento de estágio		
			I	II	III
Desenvolver competências de autoconhecimento no âmbito do estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa alvo de cuidados especializados em ESMP.	F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	- Realizar pesquisa bibliográfica sobre intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, de forma a sustentar a tomada de decisão em evidência científica. - Realizar <i>Scoping Review</i>. - Implementar o instrumento de avaliação, TRAS-Nurse, no sentido de realizar uma autoavaliação / autoanálise da relação terapêutica com os utentes.			
Estabelecer diagnósticos de ESMP precisos, identificando os problemas e necessidades específicas dos utentes, com base na Ontologia de Enfermagem.	F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.	- Identificar os diagnósticos com necessidade de intervenção, no âmbito da saúde mental; - Aplicar instrumentos de avaliação; - Utilizar a Ontologia de Enfermagem e a e4Nursing, que integra a Ontologia de Enfermagem na sua base, como ferramentas para a conceção de cuidados de Enfermagem.			
Desenvolver competências no sentido de implementar um plano de cuidados individualizado, centrado nas necessidades do	F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental da pessoa e	- Realizar entrevistas clínicas, recolhendo dados no âmbito da saúde mental; - Realizar um estudo de caso: proceder à conceção de cuidados			

utente, fomentando estratégias de prevenção e adaptação à doença mental.	família.	de Enfermagem partindo da Ontologia de Enfermagem e da utilização da plataforma E4Nursing.			
	F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental, com base nos diagnósticos de Enfermagem e resultados esperados.				
Desenvolver competências no sentido de planear e implementar um projeto psicoterapêutico e psicoeducacional, tendo por base a população-alvo, adaptado aos vários contextos.	F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	- Analisar o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos na habilidade e disponibilidade para aprender e planear abordagens de acordo com a situação. - Identificar as necessidades dos utentes no âmbito do autoconceito. - Gerir os recursos e o ambiente do contexto para a concretização da intervenção. - Identificar os objetivos a alcançar com a implementação da intervenção em cada contexto.			
	F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos utentes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.				
Desenvolver competências no sentido de planear e implementar intervenções de Enfermagem específicas do EEESMP, de acordo com o plano de cuidados individualizado, com base nos diagnósticos de Enfermagem especializados.	F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do utente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao utente e à situação.	- Implementar intervenções psicoterapêuticas, individuais ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde / doença mental e processos de transição. - Utilizar técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao utente melhorar a sua saúde mental. - Implementar intervenções psicoeducacionais para promover o conhecimento, a compreensão e a gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental.			

3.4.1. Competência F1

A primeira competência específica do EEESMP reflete a importância do autoconhecimento e do desenvolvimento pessoal como alicerces fundamentais para a prática de ESMP. Este domínio é essencial, uma vez que influencia diretamente a capacidade de o enfermeiro estabelecer relações terapêuticas eficazes e implementar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

A relação terapêutica (RT) é entendida como uma interação intencional e orientada do profissional para promover o bem-estar e a saúde da pessoa. Esta interação caracteriza-se por elementos fundamentais, como a empatia, a escuta ativa, a aceitação incondicional e o respeito pela singularidade de cada pessoa (Coelho et al., 2020; Lopes, 2011). A RT requer o desenvolvimento de competências comunicacionais e emocionais por parte do enfermeiro, essenciais para facilitar a expressão de sentimentos e necessidades por parte da pessoa, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e a eficácia da intervenção realizada (Coelho et al., 2020; Lopes, 2011).

Durante o período de estágio foi possível aplicar intervenções como a escuta ativa e estabelecer um clima de confiança e empatia, promovendo a participação ativa. A gestão de fenómenos de transferência e contratransferência revelou-se particularmente desafiante no contexto de respostas diferenciadas. A forte identificação destes utentes com a sua patologia gerava resistências à RT, frequentemente manifestadas pela minimização da participação ativa nas dinâmicas de grupo. Enfrentar estas barreiras traduziu-se num desafio constante, pois exigiu a capacidade de reconhecer e gerir as minhas próprias reações emocionais sem comprometer a neutralidade terapêutica. A frustração perante a resistência dos adolescentes, bem como a necessidade de manter uma postura empática sem reforçar padrões disfuncionais, exigiram um esforço contínuo de autorreflexão e supervisão clínica. No contexto da intervenção, este grupo requereu então a

construção de um espaço seguro com a implementação de abordagens que valorizassem o respeito pela individualidade de cada adolescente, como a escuta ativa e a comunicação empática, para assegurar que se sentissem compreendidos e aceites sem julgamento, contribuindo para uma participação ativa por parte dos mesmos ao longo do avançar das sessões.

A aplicação da *Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse* (TRAS-Nurse) (Anexo XII) permite avaliar a perceção do enfermeiro acerca da RT estabelecida com os utentes, refletindo uma disposição para melhorar continuamente. Este instrumento foi concebido para suprir a ausência de ferramentas específicas que permitissem aos enfermeiros autoavaliar a eficácia das suas interações terapêuticas, contribuindo para a melhoria contínua da prática profissional. Composto por 25 itens organizados em quatro fatores: Empatia (F1), Autoconhecimento (F2), Envolvimento (F3) e Orientação (F4), a TRAS-Nurse apresenta fiabilidade e validade para avaliar dimensões críticas da RT (Coelho et al., 2021).

Quando aplicada a escala TRAS-Nurse a nível pessoal, foi obtido um *score* total de 117 (25-125), o que espelha a prática consistente de empatia, respeito pela individualidade da pessoa e dedicação à compreensão e apoio emocional. No entanto, a pontuação de 117 indica que ainda existem áreas que podem ser aprimoradas, especialmente nos seguintes itens: "Consigo compreender os sentimentos da/o utente", "Aceito os sentimentos que experiencio na relação com a/o utente", "Reconheço os meus pensamentos, sentimentos e comportamentos", "Reflico sobre o potencial impacto dos meus pensamentos, sentimentos e comportamentos na relação com a/o utente" e "Negoceio com a/o utente os contornos da intervenção".

A menor pontuação nestes itens pode ser explicada por vários fatores experienciados ao longo do estágio. A compreensão profunda dos sentimentos do utente revelou-se desafiante, principalmente nos contextos de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda e de respostas diferenciadas, onde as expressões emocionais são intensas e, por vezes, ambíguas. A escuta ativa e a capacidade de captar as necessidades

subjacentes exigiram um esforço consciente e contínuo, especialmente em situações nas quais a verbalização dos sentimentos pelos utentes era limitada. Paralelamente, a aceitação dos próprios sentimentos na RT foi um desafio, uma vez que a exposição frequente ao sofrimento dos utentes exigiu um equilíbrio entre empatia e objetividade para evitar a sobrecarga emocional.

Além disso, a reflexão sobre o impacto dos próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos na RT mostrou ser uma área a aprimorar, uma vez que a identificação de padrões internos de resposta emocional nem sempre ocorreu de forma imediata. O desenvolvimento desta competência ao longo do estágio permitiu uma maior consciência das reações interpessoais e das estratégias para manter uma comunicação terapêutica eficaz. Por fim, a negociação dos contornos da intervenção com os utentes apresentou desafios, sobretudo nos contextos de estágio nos quais a autonomia e a capacidade de participação ativa dos utentes se encontravam limitadas. A necessidade de adaptação às características individuais de cada pessoa e a utilização de estratégias que promovessem a sua participação no processo terapêutico foram aspetos que exigiram maior refinamento.

O desenvolvimento da empatia e a autorreflexão são essenciais para a construção de uma RT eficaz, e o reconhecimento das próprias emoções e a capacidade de refletir sobre o impacto desses sentimentos são competências-chave no processo terapêutico (Baker et al., 2019). Compreender os sentimentos do utente requer uma escuta ativa, que vai além da simples identificação de emoções, incorporando uma compreensão profunda do contexto emocional e das necessidades da pessoa (Santos & Quixadá, 2023). No entanto, a dificuldade de alcançar a pontuação máxima em itens como "aceitar os sentimentos experienciados" pode estar relacionada com um desafio comum em contextos de elevada carga emocional, como o cuidado a pessoas com condições graves de saúde mental (Treichel et al., 2024). A melhoria contínua é sempre tida como objetivo, pelo que a capacidade de refletir sobre o impacto das próprias ações e de intervir de forma ética e centrada na pessoa destacou-se como fundamental ao longo de todo o processo.

Uma das limitações identificadas neste relatório foi a não utilização da versão da escala TRAS-Nurse adaptada para o utente, ou seja, a *Therapeutic Relationship Assessment Scale–Patient* (TRAS-Patient), o que impediu uma avaliação abrangente que considerasse também a perceção do utente sobre a RT. A inclusão da TRAS-Patient poderia ter permitido uma análise mais completa e bidirecional, considerando tanto a visão do enfermeiro quanto a do utente, o que teria facilitado uma melhor compreensão do impacto da RT na qualidade dos cuidados prestados e no processo de recuperação da pessoa (Coelho et al., 2024).

A supervisão contínua por enfermeiros tutores foi determinante para o desenvolvimento desta competência. As discussões sobre os resultados das intervenções realizadas e eventos do estágio forneceram um espaço para avaliar as reações emocionais e o impacto destas nas intervenções, bem como para identificar áreas de melhoria. Além disso, a exposição a diferentes populações-alvo e contextos de intervenção incentivou a adaptação e a flexibilidade no processo terapêutico, promovendo um desenvolvimento pessoal contínuo e uma visão holística do cuidado em ESMP.

3.4.2. Competência F2

De acordo com Meleis, as transições podem ser desencadeadas por mudanças na saúde ou na doença, sendo frequentemente acompanhadas por vulnerabilidades que afetam a capacidade da pessoa para integrar novas aprendizagens e participar ativamente nos cuidados (Meleis et al., 2000). Neste contexto, a identificação de barreiras, como sintomas psiquiátricos, reflete a atenção ao processo de transição vivenciado pela pessoa, o que é também congruente com as etapas do MAR, que incluem a avaliação do comportamento e dos estímulos que influenciam as respostas da pessoa. A adaptação às mudanças é um dos pilares de ambas as teorias, e o planeamento de abordagens ajustadas às condições específicas da pessoa promove a capacidade de esta adquirir novas competências e de desenvolver

confiança e resiliência durante o processo. Por conseguinte, a aplicação prática destas teorias no planeamento das intervenções descritas reforçou o papel do EEESMP como facilitador durante as transições, promovendo respostas adaptativas.

A avaliação inicial do utente é fundamental para uma compreensão aprofundada das necessidades individuais da pessoa, facultando dados relevantes no âmbito da saúde mental e facilitando a construção de um plano de cuidados personalizado. A entrevista clínica permite ao EEESMP avaliar comportamentos, emoções e pensamentos, o que facilita a elaboração de diagnósticos de Enfermagem precisos e a implementação de intervenções terapêuticas adequadas.

A entrevista clínica é um processo interativo entre o profissional de saúde e o utente, com o objetivo de recolher informações relevantes para o processo de tomada de decisão em Enfermagem. Esta prática não só facilita a compreensão do estado clínico e emocional da pessoa, mas também fortalece a RT, essencial para a adesão ao tratamento, e o desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas (Cardoso, 2012). Durante o período de estágio, as entrevistas clínicas foram fundamentais para compreender as necessidades individuais dos utentes em cada um dos diferentes contextos de intervenção. Este processo permitiu a recolha sistemática de dados que suportaram o planeamento de intervenções personalizadas, centradas na pessoa e ajustadas aos estímulos e às respostas humanas identificadas.

Para a entrevista clínica ser eficaz, é fundamental a presença de alguns princípios, nomeadamente, a escuta ativa, o respeito pela autonomia do utente, a neutralidade emocional e a confidencialidade (Cardoso, 2012). A escuta ativa implica que o profissional se envolva profundamente no processo de comunicação, estando atento às palavras da pessoa, mas também à sua comunicação não verbal, permitindo uma compreensão holística do que é comunicado (Cardoso, 2012). A neutralidade emocional refere-se à capacidade de o enfermeiro manter uma postura não-julgadora, essencial para criar um ambiente seguro, no qual o utente se sinta confortável para partilhar

informações sensíveis (Oliveira et al., 2018). A confidencialidade, por sua vez, é um princípio ético fundamental que assegura que as informações partilhadas pelo utente durante a entrevista serão tratadas com o máximo sigilo, o que fortalece a confiança no processo terapêutico (Salles & Castelo, 2023). Foi com base nestes princípios que se realizaram as entrevistas clínicas e acredita-se que foi a partir delas que a RT se começou a estabelecer de forma sustentada.

Durante a entrevista clínica, o uso de perguntas abertas e fechadas deve ser equilibrado, pois perguntas abertas incentivam o utente a elaborar mais sobre os seus pensamentos e sentimentos, enquanto perguntas fechadas são úteis para obter informações específicas e objetivas (Cardoso, 2012). No início do estágio, a realização das entrevistas clínicas no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda foi uma das dificuldades sentidas. A supervisão inicial da enfermeira tutora foi essencial para identificar os aspetos a melhorar e aumentar a autoconfiança. Gradualmente, a segurança sentida foi aumentando, o que permitiu que estas comessem a ser realizadas de forma autónoma. Uma estratégia que facilitou este processo foi o cuidado de integrar perguntas abertas e fechadas ao longo da entrevista, garantindo que esta fosse produtiva e que a comunicação se desenvolvesse de forma fluída e não invasiva. De acordo com Martins et al. (2015), a utilização de perguntas fechadas e abertas desempenha um papel crucial na entrevista à pessoa com perturbações do espectro da esquizofrenia. As perguntas fechadas, que exigem respostas curtas e objetivas, são úteis para obter informações específicas sobre os sintomas, como a presença de delírios ou alucinações, especialmente quando o utente apresenta dificuldades de concentração ou confusão. Por outro lado, as perguntas abertas são importantes para explorar o impacto subjetivo dos sintomas, permitindo que a pessoa partilhe a sua experiência pessoal de forma mais profunda.

3.4.3. Competência F3

A prática clínica em saúde mental transcende o tratamento sintomático, enfatizando a importância do apoio contínuo e reconhecendo que a recuperação é um processo que envolve não apenas a pessoa, mas também o contexto em que está inserida (Leamy et al., 2011). O EEESMP desempenha um papel crucial na identificação precisa das necessidades e problemas em diferentes níveis: individual, familiar e comunitário. No início do estágio, em cada um dos contextos, foi realizada a identificação das necessidades de saúde mental em cada população-alvo, considerando também os fatores socioculturais que poderiam influenciar a saúde mental, segundo os fatores identificados na Teoria das Transições de Meleis.

A abordagem centrada na pessoa, que reconhece a singularidade de cada história de vida, é fundamental para a promoção da saúde mental e a recuperação efetiva (Leamy et al., 2011). No contexto comunitário a implementação desta abordagem facilitou a identificação de barreiras relacionadas com o autoconceito comprometido e o impacto dos sintomas psiquiátricos na pessoa, o que constituiu uma base sólida para o planeamento das intervenções de Enfermagem centradas nas necessidades da pessoa. A identificação das distorções cognitivas associadas ao diagnóstico médico eram a principal causa do diagnóstico "autoconceito comprometido" e mal-estar emocional da pessoa, pelo que após a intervenção se verificou uma melhoria do valor que a mesma atribuída a si mesma e às suas capacidades.

A realização de um estudo de caso em cada um dos contextos de estágio evidenciou a importância do raciocínio clínico, bem como a formulação dos diagnósticos e a definição de objetivos e de intervenções de Enfermagem, que foram constantemente discutidos com os enfermeiros tutores. Estas discussões e as reflexões proporcionadas desempenharam um papel crucial, não apenas na análise e na validação do raciocínio clínico adotado, mas também na avaliação e no ajuste das estratégias planeadas. A aplicação de instrumentos de avaliação validados e adaptados às diferentes populações-alvo foi também

fundamental no desenvolvimento desta competência, permitindo identificar as necessidades com especificidade e avaliar rigorosamente os ganhos obtidos com a intervenção realizada. A utilização da Ontologia de Enfermagem, através da plataforma e4Nursing viabilizou o registo sistematizado das necessidades da pessoa, identificando os diagnósticos de Enfermagem, definindo os objetivos, as intervenções e os resultados alcançados em cada estudo de caso.

Embora o processo de tomada de decisão tenha sido sempre baseado na literatura, cada contexto e cada pessoa tem as suas particularidades, o que pode ser um desafio quando se tenta adequar a evidência às condições e aos recursos disponíveis nos contextos. Foi no último contexto de respostas diferenciadas que surgiram as maiores dificuldades e dúvidas quanto ao planeamento e à execução da intervenção com foco no autoconceito, uma vez que a adolescência representa uma transição de desenvolvimento que implica um cuidado extra por parte dos profissionais, principalmente quando se associa a uma transição saúde-doença (Meleis, 2015). As discussões entre a enfermeira tutora, a equipa de Enfermagem e os professores orientadores foram uma mais-valia para a operacionalização das intervenções que, em conjunto com as capacidades adquiridas nos contextos anteriores, levou a uma maior confiança para a tomada de decisão e para a implementação das intervenções com maior segurança e fundamentação. A colaboração interprofissional, conforme destacado por Benner (2001), desempenha um papel crucial no aprimoramento das práticas clínicas, pois promove a partilha de perspetivas entre os profissionais, facilitando a resolução de problemas e a implementação de cuidados mais abrangentes e eficazes.

A abordagem de gestão de caso intervém nas necessidades específicas da pessoa, promovendo a continuidade, a coordenação e a eficácia dos cuidados prestados (Lukersmith et al., 2016). Em estágio, esta foi aplicada com a realização de encaminhamentos para a equipa de Psicologia e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, quer no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, quer no contexto comunitário. O encaminhamento para outros serviços de saúde promove a integração dos diferentes níveis de cuidados e garante uma

resposta contínua e personalizada às necessidades da pessoa. Ao realizar esses encaminhamentos, o EEESMP não só facilita o acesso a cuidados mais específicos, mas também garante a articulação entre os serviços de saúde, assegurando a eficácia do tratamento a longo prazo.

3.4.4. Competência F4

O processo de aquisição desta competência, abrange a capacidade do enfermeiro de interpretar e individualizar intervenções, utilizando atividades como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, apoiar, advogar, modelar, capacitar, supervisionar e assistir. As intervenções foram sempre planeadas tendo em conta o maior nível de evidência disponível e identificada na *scoping review* realizada. Neste sentido, procurou-se que as intervenções fossem baseadas em programas ou modelos com resultados positivos e direcionadas para as populações-alvo específicas, adaptando-as às limitações dos contextos e do cronograma.

A implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicoeducacionais e psicossociais proporcionaram a oportunidade de aplicar conhecimentos teóricos nos contextos práticos, promovendo respostas adaptativas e fortalecendo a capacidade de gerir os desafios associados aos processos de transição vivenciados com gestão dos fatores externos alinhado com o modelo de Roy. A implementação de intervenções psicoterapêuticas, quer individuais quer em grupo, permitiram explorar emoções, cognições e comportamentos, assistindo a pessoa na reorganização das suas experiências e na promoção de estratégias de *coping* mais eficazes (Aldao et al., 2010).

Durante o estágio, a implementação de intervenções como a reestruturação cognitiva e a técnica de modificação do comportamento, demonstrou ser eficaz para promover mudanças positivas nos processos de pensamento e no comportamento dos utentes. Estas estratégias foram fundamentais para apoiar a adaptação da pessoa, como salientado por Callista Roy, ajudando os utentes a desenvolver resiliência e autoeficácia. A técnica do registo diário de

pensamentos, amplamente referida por Santos (2021), foi implementada para assistir os utentes na identificação e modificação de pensamentos disfuncionais. Durante as sessões, observou-se que os utentes, ao longo do processo, demonstraram maior capacidade de monitorizar os seus pensamentos e, como resultado, houve uma melhoria na capacidade de criar pensamentos alternativos e mais positivos.

A realização das intervenções em grupo, no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda e no contexto de respostas diferenciadas, favoreceu a criação de um ambiente de apoio social, essencial para o desenvolvimento de um sentimento de aceitação e para a melhoria da autoestima. A literatura enfatiza que as interações sociais positivas desempenham um papel crucial na recuperação dos utentes com doença mental, pois proporcionam uma oportunidade para a validação mútua e para o fortalecimento de competências interpessoais (Livingston & Boyd, 2010). Quer na pessoa internada com o diagnóstico médico de esquizofrenia, quer no adolescente com o diagnóstico de anorexia nervosa, esta intervenção revelou-se eficaz, permitindo aos utentes experienciar validação social, que se traduziu no aumento da participação ativa dos utentes ao longo das sessões.

Adicionalmente, as intervenções psicoeducacionais proporcionaram um ambiente de aprendizagem e reflexão para os utentes, promovendo a compreensão acerca das doenças mentais e de estratégias para a sua gestão. O objetivo da intervenção foi a promoção de comportamentos salutogénicos, com ênfase na resolução de problemas e na identificação de estratégias de *coping* para lidar com os fatores de *stress*. Esta intervenção foi estruturada em sessões curtas e objetivas, abordando questões práticas que facilitassem a mudança de atitudes e comportamentos da pessoa. A implementação dessas estratégias foi bem recebida, com os utentes a reportarem a utilização das técnicas aprendidas no último contacto com estes, o que, de acordo com a literatura, indica que a intervenção foi eficaz no incentivo à mudança de comportamentos (Lukens & McFarlane, 2004).

Ao promoverem a melhoria da saúde mental e a capacitação das pessoas, estas intervenções reforçaram o papel do EEESMP como agente transformador na recuperação e na promoção do bem-estar psicossocial das pessoas. À luz da Teoria das Transições de Meleis, sublinha-se a necessidade de compreender e apoiar a pessoa durante os processos de mudança, pelo que as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais podem ser vistas como um fator facilitar para transições saudáveis, promovendo a mestria e reduzindo a vulnerabilidade. Por sua vez, o MAR enriquece esta perspetiva ao concetualizar a pessoa como um sistema adaptativo que responde aos estímulos internos e externos (Andrews & Roy, 2019). As estratégias implementadas durante o período de estágio exemplificam ações direcionadas para promover a adaptação nos diversos modos mas com maior foco no autoconceito.

O processo de conceção e execução destas intervenções não só consolidou conhecimentos teóricos, como também fomentou um crescimento pessoal e profissional contínuo. A supervisão e as discussões com os tutores e orientadores permitiram validar e ajustar o raciocínio clínico, enquanto a análise reflexiva das práticas facilitou o desenvolvimento das competências do EEESMP. Este percurso destaca a importância de alinhar intervenções baseadas em evidências com as dinâmicas individuais e de grupo, assegurando cuidados centrados na pessoa e promovendo uma melhoria contínua da saúde mental e qualidade de vida.

4. CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA

Este relatório apresenta uma análise detalhada das atividades realizadas ao longo do estágio, visando a aquisição das competências essenciais do EEESMP. O presente capítulo expõe os contributos resultantes do trabalho desenvolvido para a ESMP, estruturando-os em várias dimensões fundamentais, primeiro de forma sucinta e, posteriormente, com um aprofundamento de algumas delas.

Na dimensão relacionada com a investigação, a *scoping review* realizada permitiu mapear e sistematizar as intervenções de Enfermagem dirigidas ao autoconceito da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. Evidenciou-se a necessidade de desenvolver investigações futuras que aprofundem a relação entre os diferentes componentes do autoconceito, compreendendo-os como fatores interligados que influenciam a adaptação e a recuperação da pessoa. De forma transversal, identifica-se a necessidade de intervenções de Enfermagem que contemplem todas as dimensões do autoconceito e sugere-se a validação de instrumentos de avaliação específicos para diferentes populações-alvo. Este contributo tem implicações diretas na prática clínica, promovendo um alinhamento entre a investigação e a realidade dos cuidados prestados.

Na dimensão relacionada com o estágio, os resultados obtidos evidenciaram a importância da adaptação das abordagens terapêuticas às necessidades individuais da pessoa. A flexibilidade na aplicação das intervenções psicoterapêuticas demonstrou ser essencial para otimizar os resultados clínicos, respeitando a singularidade de cada pessoa e a complexidade das suas necessidades de saúde mental. A utilização da plataforma e4Nursing para a realização dos estudos de caso permitiu sistematizar todo o processo e identificar aspetos que podem potenciar a evolução da NursingOntos, a Ontologia de Enfermagem que suporta a plataforma. A principal contribuição reside na necessidade de integrar um maior número de dados relevantes para

a tomada de decisão clínica, nomeadamente a inclusão de instrumentos de avaliação validados e intervenções mais diversificadas para face ao diagnóstico “autoconceito comprometido”.

Por fim, o presente trabalho reforça a importância da integração de modelos teóricos na prática clínica, nomeadamente a Teoria das Transições de Meleis e o MAR. A aplicação destes referenciais teóricos durante todo o processo de aprendizagem demonstrou ser essencial para compreender e facilitar as transições vivenciadas pela pessoa. A formação dos enfermeiros especialistas deve, portanto, enfatizar a articulação entre teoria e prática, capacitando os profissionais para identificar e intervir de forma estruturada nas necessidades de saúde mental. O relatório destaca ainda a necessidade de uma abordagem reflexiva e baseada em evidências, promovendo a adoção de estratégias terapêuticas fundamentadas e ajustadas às necessidades individuais da pessoa.

Assim, analisando estes contributos de forma mais detalhada, verifica-se que a *scoping review* realizada evidenciou que as intervenções de Enfermagem voltadas para o autoconceito, como algumas das técnicas utilizadas na TCC e os programas psicoeducacionais, têm mostrado benefícios claros na melhoria da autoestima e na promoção de crenças mais adaptativas. Este achado foi corroborado pela aplicação de tais intervenções ao longo do estágio, tendo as práticas vivenciadas refletido a flexibilidade necessária para adaptar as abordagens teóricas aos contextos clínicos específicos.

No entanto, a limitação das intervenções realizadas, focando-se predominantemente em apenas um dos componentes do autoconceito, representa uma oportunidade de investimento e melhoria na área de ESMP. O autoconceito é um constructo multifacetado, que abrange não apenas a autoestima, mas também a IC e a identidade pessoal, componentes que interagem de forma dinâmica para influenciar a saúde mental da pessoa (Moorhead et al., 2018). A escassez de estudos que abordam o autoconceito de forma holística e integrada é evidente, com muitos estudos limitando-se a explorar apenas a autoestima como um componente isolado, negligenciando as

interconexões entre as restantes dimensões. No contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, foi identificada esta necessidade, com a identidade pessoal a surgir como uma área pertinente a ser abordada nesta população. Pessoas com o diagnóstico médico de esquizofrenia, especialmente aquelas em fase de transição entre a descompensação e a estabilização, evidenciam a necessidade de redefinir a sua identidade de forma congruente com o processo de recuperação. A literatura sugere que intervenções que consideram o autoconceito de forma holística, incluindo a identidade pessoal, podem facilitar a adaptação e o fortalecimento do senso de competência e valor pessoal, elementos essenciais para a recuperação da pessoa com doença mental grave (Øie et al., 2024). A promoção de uma visão mais abrangente e integrada do autoconceito nas intervenções de Enfermagem é, portanto, essencial para maximizar os resultados na ESMP.

No entanto, a identidade pessoal, sendo um dos componentes mais complexos do autoconceito, envolve dimensões cognitivas, emocionais e sociais que são profundamente moldadas por experiências ao longo da vida e podem ser gravemente afetadas pelas necessidades de cuidados de saúde mental. O processo de redefinição da identidade pessoal requer um acompanhamento contínuo e uma abordagem gradual que vá além da duração do estágio realizado, uma vez que a identidade não se altera de forma rápida ou superficial (Kernis, 2003). Ao longo do período de estágio foi então possível verificar que a intervenção na identidade pessoal da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental requer continuidade e apoio prolongado para promover uma recuperação duradoura.

Ainda durante o estágio, no contexto comunitário, os resultados da *scoping review* foram aplicados através da realização de atividades de reminiscência, que se mostraram eficazes na promoção de resultados positivos na autoestima da pessoa idosa. O fortalecimento da autoestima e a adoção de pensamentos positivos pelos utentes, foi facilitado através da conexão com as memórias positivas.

Além disso, no contexto de respostas diferenciadas, a redução do número de utentes ao longo da intervenção evidenciou que intervenções com grupos mais pequenos ou individuais podem ser mais eficazes para trabalhar questões mais sensíveis, como a autocrítica e a perceção de incapacidade. Refletindo sobre esta questão ao longo dos três contextos, pode concluir-se que quando o utente identifica de antemão o impacto negativo do autoconceito comprometido no seu bem-estar, como ocorreu no contexto comunitário e no contexto de respostas diferenciadas, abordagens mais individualizadas permitem uma exploração mais detalhada das questões subjacentes ao processo de autoaceitação. Por outro lado, quando o utente não identifica o autoconceito comprometido como uma barreira no seu processo de melhoria, a intervenção em grupo proporciona os benefícios da interação social, do sentimento de aceitação e da valorização pelos pares, elementos fundamentais para o desenvolvimento de um autoconceito positivo. Estudo como o de Rosewall et al. (2020) destacam que a interação social e a validação mútua entre os pares são cruciais para promover a autoestima e reduzir a autocrítica, especialmente em populações vulneráveis. Nesse sentido, a dinâmica do grupo e a validação dos progressos individuais mostrou-se uma estratégia eficaz para melhorar a autoaceitação.

Transversal à intervenção em grupo e individual é a necessidade de o EEESMP garantir a criação de um espaço seguro, acolhedor e empático para promover a RT com a pessoa e facilitar o processo terapêutico. No primeiro contexto, na pessoa com diagnóstico de esquizofrenia, a dinâmica de grupo proporcionou aos utentes um espaço de entreajuda, onde foi possível identificar e valorizar as qualidades pessoais de cada um. No entanto, o reconhecimento das qualidades pessoais foi o parâmetro que apresentou menor evolução, evidenciando a dificuldade dos utentes na aceitação de atributos mais profundos do autoconceito que requer então intervenções mais estruturadas e contínuas (Gil-Berrozpe et al., 2019). Esse resultado sublinha também a importância de uma reflexão crítica por parte do EEESMP sobre o impacto do estigma social na autovalorização da pessoa com doença mental grave, reforçando a necessidade de intervenções precoces, iniciadas desde o

diagnóstico, para prevenir a internalização de crenças distorcidas e negativas sobre o próprio valor e as suas competências (Livingston & Boyd, 2010).

A importância desta intervenção precoce foi novamente evidenciada no trabalho realizado no CRI-SM. O contexto comunitário demonstrou a importância da ligação entre cuidados hospitalares e comunitários, destacando que o acompanhamento próximo no pós-alta hospitalar facilita a continuidade dos cuidados e permite a intervenção em domínios nos quais, frequentemente, se identifica um compromisso a longo prazo caso não haja esta intervenção precoce. A intervenção realizada ao longo do estágio alinou-se com este princípio, sendo o autoconceito um dos domínios em que é fundamental uma intervenção precoce para a prevenção do desenvolvimento de crenças disfuncionais que, a longo prazo, tem impacto na funcionalidade e no bem-estar da pessoa (Zhao et al., 2015).

Por fim, a utilização da plataforma e4Nursing para a realização de estudos de caso nos diferentes contextos de estágio permitiu identificar aspetos que podem contribuir para o desenvolvimento da NursingOntos, cuja estrutura de conteúdos se apresenta no *backend* da plataforma. A NursingOntos, enquanto Ontologia de Enfermagem, é um recurso dinâmico e em constante evolução, refletindo a progressão do conhecimento na área e possibilitando a melhoria do exercício profissional dos enfermeiros. Um dos contributos deste trabalho é a identificação da necessidade de integrar um maior número de dados relevantes para a tomada de decisão em Enfermagem, incluindo alguns dados que estão integrados em instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa. Muitos itens desses instrumentos já estão incorporados na NursingOntos, mas a sua expansão permitiria um registo mais preciso e objetivo dos progressos alcançados durante as intervenções. A identificação, através da *scoping review*, de instrumentos específicos para a avaliação do autoconceito reforça a pertinência de incluir os dados destes instrumentos na NursingOntos. Além disso, os resultados da *scoping review* destacam a relevância de intervenções diversificadas na abordagem ao autoconceito. Atualmente, a plataforma e4Nursing apresenta a reestruturação cognitiva como intervenção de Enfermagem, mas os dados obtidos sugerem que a inclusão de

outras intervenções pode enriquecer os conteúdos disponíveis na NursingOntos.

Importa salientar que a e4Nursing, enquanto plataforma pedagógica orientada para o desenvolvimento de competências na conceção de cuidados de Enfermagem, utiliza os conteúdos da NursingOntos, beneficiando da atualização contínua desta base de conhecimento. A flexibilidade da plataforma permite a integração de novos conteúdos a qualquer momento, incluindo dados, diagnósticos, objetivos e intervenções, adaptando-se às necessidades emergentes da prática clínica e da investigação. Neste sentido, a identificação, no presente trabalho, de possíveis melhorias na abordagem ao autoconceito pode contribuir para a ampliação dos conteúdos disponíveis na NursingOntos.

Por fim, a utilização de teorias na prática clínica de Enfermagem é fundamental para fornecer uma base sólida e estruturada às intervenções realizadas, permitindo aos profissionais de saúde guiar a sua prática de forma fundamentada e crítica. De acordo com Younas e Quennell (2019), a utilização das teorias de Enfermagem melhora a qualidade dos cuidados prestados, permitindo que os profissionais articulem, de forma clara, as razões para as suas escolhas e ações nos cuidados. No contexto deste relatório, salienta-se a importância da Teoria das Transições de Meleis e do MAR, como bases fundamentais para o processo de tomada de decisão em Enfermagem, com o objetivo de compreender e facilitar as transições da pessoa com necessidades de cuidados de saúde mental e promover a adaptação a novos estados de saúde. A Teoria das Transições de Meleis, que foca o processo de transição na vida da pessoa e as mudanças que ocorrem durante estas fases, proporcionou um *framework* para apoiar os utentes na redefinição do seu autoconceito e na adaptação à nova realidade. O MAR, por sua vez, enfatiza a necessidade da intervenção para promover a adaptação eficaz dos utentes a alterações no seu ambiente, sendo essencial no apoio à recuperação e à resiliência da pessoa com necessidade de cuidados de saúde mental. A combinação destas teorias proporcionou uma base teórica para guiar a prática clínica, promovendo cuidados mais centrados na pessoa e adequados às suas necessidades específicas de saúde mental.

CONCLUSÃO

Este relatório documenta o processo de desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, refletindo sobre as intervenções realizadas e os desafios enfrentados ao longo do estágio. A experiência adquirida permitiu consolidar conhecimentos teóricos e práticos, reforçando a importância da articulação entre a fundamentação teórica e a prática clínica na promoção da recuperação e da adaptação social das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental.

A integração de modelos teóricos, como a Teoria das Transições de Meleis e o MAR, revelou-se fundamental para estruturar as intervenções e promover uma abordagem sistematizada e individualizada. A aplicação destes referenciais teóricos contribuiu para uma prática clínica mais reflexiva e fundamentada, permitindo uma adaptação mais eficaz das intervenções às necessidades específicas dos utentes. A personalização dos cuidados demonstrou-se essencial, evidenciando que a flexibilidade na escolha de estratégias terapêuticas melhora os resultados clínicos e reforça a adesão dos utentes ao processo terapêutico.

A *scoping review* realizada permitiu identificar áreas de melhoria, nomeadamente a necessidade de uma abordagem mais abrangente ao autoconceito, incluindo todas as suas dimensões. A identificação desta necessidade aponta para a importância de intervenções sistémicas, que considerem a complexidade do autoconceito e o seu impacto na recuperação da pessoa com doença mental grave. Outro aspeto identificado foi a necessidade de um maior investimento na validação e na aplicação de instrumentos de avaliação específicos para a prática clínica em ESMP e adaptados a diferentes populações-alvo. O aumento da quantidade de instrumentos validados para a população portuguesa permitiria a realização de uma avaliação rigorosa dos progressos das intervenções e a capacidade de adaptação das estratégias terapêuticas com base em dados objetivos.

No que respeita às recomendações para a prática clínica, destaca-se a relevância da intervenção precoce e personalizada, bem como a importância da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, garantindo um acompanhamento que facilite a transição vivenciada pela pessoa. Para os EEESMP, recomenda-se a integração contínua de modelos teóricos na tomada de decisão clínica e a adoção de abordagens terapêuticas baseadas na evidência.

Este percurso contribuiu significativamente para o desenvolvimento das competências como futura EEESMP, consolidando a capacidade de avaliação clínica, planeamento e implementação de intervenções baseadas na evidência. A experiência adquirida no estágio clínico, aliada à realização da *scoping review*, permitiu aprofundar a compreensão sobre o impacto da ESMP na recuperação em saúde mental e fortalecer competências essenciais, como o raciocínio clínico, a tomada de decisão e a abordagem centrada na pessoa. Além disso, este processo fomentou uma reflexão crítica sobre a prática, impulsionando o crescimento profissional.

Em síntese, este relatório evidencia a evolução das competências do EEESMP, realçando a importância de uma prática fundamentada, da utilização de modelos teóricos para orientar a intervenção e da necessidade de avanços na investigação em ESMP. As reflexões aqui apresentadas podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a consolidação de estratégias que favoreçam a recuperação e o bem-estar das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5*. Artmed.
- Andrade, M. R. E. (2020). A autoestima do utente com humor depressivo: Intervenções do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica (Relatório de Estágio de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45597/1/MESMP_8988_reformulada.pdf
- Andrews, H. A., & Roy, C. (2019). *The Roy adaptation model*. (4ª ed.). Pearson.
- Anjos, L. A., & Ferreira, Z. A. B. (2021). Saúde Estética: Impactos emocionais causados pelo padrão de beleza imposto pela sociedade. *Revista de Psicologia*, 15(55), 595-604. <https://doi.org/10.14295/online.v15i55.3093>
- Assembleia da República. (2023). Lei n.º 35/2023 de 21 de julho, aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Diário da República, 1.ª série, n.º 141. <https://www.dre.pt/legislacao-consolidada>
- Baker, N., Ferszt, G., & Breines, J. G. (2019) A Qualitative Study Exploring Female College Students' Instagram Use and Body Image. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(4), 277-282. <https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0420>
- Bang, K. S., Kim, S., Lee, G., Jeong, Y., Shin, D., & Kim, M. (2022). Intervention Studies on the Enhancement of Self-Concept Among Adolescent Mothers: A Systematic Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(3), 31–39. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210819-03>
- Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em Enfermagem do trabalho na ontologia de Enfermagem. *Revista ROL de Enfermagem*, 44(11-12), 121. <http://hdl.handle.net/10400.26/38319>
- Baumeister, R. F., & Bushman, B. J. (2021). *Social psychology and human nature (5th ed.)*. Cengage Learning.
- Beaudin, J., Chouinard, M. C., Girard, A., Houle, J., Ellefsen, É., & Hudon, C. (2022). Integrated self-management support provided by primary care

- nurses to persons with chronic diseases and common mental disorders: A scoping review. *BMC Nursing*, 21, 212. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01000-2>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bergen, N., & Labonté, R. (2020). "Everything is perfect, and we have no problems": Detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 30(5), 783-792. <https://doi.org/10.1177/1049732319889354>
- Bittencourt, M., Marques, M., Barroso T. (2018). Contributos das teorias de Enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 125-136. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Blakemore, S. J. (2018). Avoiding social risk in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 27(2), 116–122. <https://doi.org/10.1177/0963721417738144>
- Boomsma, J., Dassen, T., Dingemans, C., & van den Heuvel, W. (1999). Nursing interventions in crisis-oriented and long-term psychiatric home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13(1), 41–48. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1999.tb00520.x>
- Breiner, S. (2003). An evidence-based eating disorder program. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(1), 75–78. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2003.14>
- Calugi, S., & Dalle Grave, R. (2019). Body image concern and treatment outcomes in adolescents with anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 52(5), 582–585. <https://doi.org/10.1002/eat.23031>
- Cardoso, R. M. (Coord.). (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carpenito, L. J. (2019). *Diagnósticos de Enfermagem aplicação à prática clínica*. Artmed.
- Carpenter, B., Ruckdeschel, K., Ruckdeschel, H., & Van Haitsma, K. (2003). R-E-M Psychotherapy: A manualized approach for long-term care residents with depression and dementia. *Clinical Gerontologist*, 25(1–2), 25–49. https://doi.org/10.1300/J018v25n01_03
- Chambel, M. (2021). Promoção do autoconceito da pessoa com experiência de doença mental: Intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/44344>
- Chavertana, M. (2020). Intervenções Psicoeducativas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para Promoção do Insight na Pessoa com Esquizofrenia (Dissertação de

- mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/33542>
- Chellappan, X. B., Rentala, S., & Das, A. (2021). Effectiveness of therapeutic milieu intervention on inpatients with depressive disorder: A feasibility study from North India. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/ppc.12725>
- Chu, C. I., Liu, C. Y., Sun, C. T., & Lin, J. (2009). The effect of animal-assisted activity on inpatients with schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing*, 47(12), 43–49. <https://doi.org/10.3928/02793695-20091103-05>
- Clare, L., Marková, I., Verhey, F., & Kenny, G. (2008). Awareness in dementia: A review of assessment methods and measures. *Aging & Mental Health*, 9(5), 423–439. <https://doi.org/10.1080/13607860500142903>
- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de Enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63–72. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0273>
- Coelho, J. C. F., Sampaio, F. M. C., Nogueira, M. J. C., Sequeira, C. A. da C., Lleixa Fortuño, M. del M., & Roldan Merino, J. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6). <https://doi.org/10.1111/jpm.12796>
- Coelho, J. C. F., Ribeiro, J. I. F., Ribeiro, A. R. M., Trindade, A. C. G., Sequeira, C. A. D., Roldán Merino, J. F., Moreno Poyato, A. R., & Sampaio, F. M. C. (2024). Development and psychometric properties of the therapeutic relationship assessment scale–patient (TRAS-Patient). *International Journal of Mental Health Nursing*, 34. <https://doi.org/10.1111/inm.13422>
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. Scribner's.
- Crăciun, I. (2023). Depression in old age: Prevention and intervention from a positive psychology perspective. In *Fostering development in midlife and older age* (pp. 419–440). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-24449-0_18
- Crawford, P., Brown, B., & Majomi, P. (2018). Education as an antidote to 'othering' in mental health care: Involving service user educators in teaching students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(5-6), 319–327. <https://doi.org/10.1111/jpm.12466>
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 58(1), 7–19. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
- D'Agostino, F., Tuinman, A., Lopes, C. T., Leoni-Scheiber, C., Widmann, M., Barrientos-Trigo, S., & Zeffiro, V. (2024). Revisão da prevalência de

- diagnósticos de Enfermagem em diferentes populações e cenários de cuidado à saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37, eAPE01173. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2024AR001173>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Abordagem diagnóstica e terapêutica do doente com défice cognitivo ou demência (Norma nº 053/2011 - Atualização 21/04/2023)*. Direção-Geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/12/norma_053_2011_abordagem-diagnostica-e-terapeutica-do-doente_04_2023.pdf
- Doyen, C., Contejean, Y., Risler, V., Asch, M., Amado, I., Launay, C., & De Bois Redon, P. (2015). Cognitive remediation therapy for children: Literature data and clinical application in a child and adolescent psychiatry department. *Archives de Pédiatrie*, 22(5), 418-426. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2015.01.012>
- Duarte, L. S., Chinen, M. N. K., & Fujimori, E. (2021). Distorted self-perception and dissatisfaction with body image among nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, 1-9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019042903665>
- Durmaz, A., Dursun, İ., & Kabadayi, E. T. (2020). Mitigating the effects of social desirability bias in self-report surveys: Classical and new techniques. In M. Baran & J. Jones (Eds.), *Applied social science approaches to mixed methods research* (pp.146-185). IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-1025-4.ch007>
- Ebrahimi, H., Navidian, A., & Keykha, R. (2014). Effect of supportive nursing care on self-esteem of patients receiving electroconvulsive therapy: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 3(2), 149–156. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.016>
- England, M. (2007). Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(2), 69-76. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2007.00114.x>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Frame, K., Kelly, L., & Bayley, E. (2003). Increasing perceptions of self-worth in preadolescents diagnosed with ADHD. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(3), 225–229. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00225.x>
- Freeman, R., Whittaker, K., & Parry, G. (2020). Cultural variations in nursing practice: Challenges for globalization. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1032-1042. <https://doi.org/10.1111/jonm.13045>

- Ghaderi, A., & Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 122–130. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x>
- Gil-Berrozpe, G., Sánchez-Torres, A., Jalón, E., Moreno-Izco, L., Fñanás, L., Peralta, V., Cuesta, M., Ballesteros, A., Hernández, R., Janda, L., Llano, K., López-Gil, J., López-Ilundain, J., Macaya, P., Martínez-Parreno, E., Papiol, S., Peralta, D., Ribeiro, M., Rosero, A., Saiz, H., (2019). Utility of the MoCA for cognitive impairment screening in long-term psychosis patients. *Schizophrenia Research*, 16, 429-434 <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.054>
- Gordon, C. (1966). Self-conceptions: Configurations of content. In C. Gordon & K. J. Gergen (Eds.), *The self in social interaction* (Vol. 1, pp. 115-136). Wiley.
- Guarnera, J., Yuen, E., & Macpherson, H. (2023). *The impact of loneliness and social isolation on cognitive aging: A narrative review. Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 7(1), 699–714. <https://doi.org/10.3233/ADR-230011>
- Harris, M. A., & Orth, U. (2019). The Link Between Self-Esteem and Social Relationships: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Journal of Personality and Social Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000265>
- Hattie, J. (1992). *Self-concept*. Lawrence Erlbaum Associates. https://almedina.ams3.cdn.digitaloceanspaces.com/pdf_preview/9789897528347.pdf
- Hegedüs, A., Kozel, B., Richter, D., & Behrens, J. (2020). *Effectiveness of transitional interventions in improving patient outcomes and service use after discharge from psychiatric inpatient care: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry*, 10, 969. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00969>
- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., de Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Happiness Studies*, 21(1), 357–390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2021-2023*. Thieme.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews*

of interventions (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
<https://doi.org/10.1002/9781119536604>

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Humboldt, S., & Leal, I. (2013). Person centered-therapy and older adults' self-esteem: A pilot study with follow-up. *Studies in Sociology of Science*, 3(4), 1-10. <https://doi.org/10.3968/j.sss.1923018420120304.753>
- International Classification for Nursing Practice. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Iwano, S., Kambara, K., & Aoki, S. (2022). Psychological interventions for well-being in healthy older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 23, 2389-2403. <https://doi.org/10.1007/s10902-022-00497-3>
- James, W. (1999). *The principles of psychology* (Vol. 1). Harvard University Press. (Original work published 1890).
- Jeong, I. J., & Kim, S. J. (2017). Effects of a group counseling program based on goal attainment theory for middle school students with emotional and behavioral problems. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(2), 199-210. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.2.199>
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 3-5. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>
- Júnior, E., Cruz, D., Siqueira, L., Rosa, R., Silva, C., Biondo, C., & Sawada, N. (2022). Is self-esteem associated with the elderly person's quality of life? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0388>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Bantam.
- Kang, S. J., Ko, S. H., & Kim, J. Y. (2018). Effects of a mental fitness positive psychology intervention program on inpatients with schizophrenia in South Korea: A feasibility study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(4), 255-262. <https://doi.org/10.1111/ppc.12332>
- Karakaya, D., & Özgür, G. (2019). Effect of a solution-focused approach on self-efficacy and self-esteem in Turkish adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(11), 45-55. <https://doi.org/10.3928/02793695-20191025-03>

- Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevonen, L. (2009). Self-esteem in patients treated for anorexia nervosa. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(4), 318–325. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00621.x>
- Kattenstroth, J. C., Kalisch, T., Holt, S., Tegenthoff, M., & Dinse, H. R. (2013). Six months of dance intervention enhances postural, sensorimotor, and cognitive performance in elderly without affecting cardio-respiratory functions. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 5, 5. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2013.00005>
- Kernis, M. H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1401_01
- Kim, M., & Lim, K. (2016). Effects of a computerized cognitive training on cognitive function, depression, self-esteem, and activities of daily living among older adults with mild cognitive impairment. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(6), 691–700. <https://doi.org/10.7475/kjan.2016.28.6.691>
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 54-64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Kong, S. (2005). Day treatment programme for patients with eating disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 51(1), 5-14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03453.x>
- Krebs, G., Fernandes, B., & Ryding, F. C. (2023). The association between social media use and body dysmorphic symptoms in young people. *Frontiers in Psychology*, 14(1231801). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1231801>
- Kronsted, C. (2020). *The self and dance movement therapy – A narrative approach. Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 19(1), 47–58. <https://doi.org/10.1007/s11097-018-9602-y>
- Kunikata, H. (2010). Psychiatric illness persons' structure of mind, body, and behavior when they felt low self-esteem. *Journal of the Japanese Academy of Nursing Science*, 30(4), 36–45. <https://doi.org/10.5631/jans.30.4.36>
- Kunikata H, Yoshinaga, N., Shiraishi, Y., & Okada, Y. (2016). Nurse-led cognitive-behavioral group therapy for recovery of self-esteem in patients with mental disorders: A pilot study. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(4), 355-364. <https://doi.org/10.1111/jjns.12114>
- Kunikata H, Yoshinaga N, Yoshimura K, Furushima D. (2021) Clinical and cost effectiveness of nurse-led cognitive behavioral group therapy for recovery of self-esteem among individuals with mental disorders: A

- single-group pre-post study. *Japan journal of nursing science*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jjns.12371>
- Lantz, M. S., Buchalter, E. N., & McBee, L. (1997). The wellness group: A novel intervention for coping with disruptive behavior in elderly nursing home residents. *The Gerontologist*, 37(4), 551–556. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.551>
- Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275-291. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0483-4>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lemoine, J.E., Konradsen, H., Jensen, A. L., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.04.004>
- Li, Z., Shang, N., Fan, G., Li, M., & Zang, Z. (2021). Effect of nursing based on the hopeless self-esteem theory plus multi-dimensional intensive nursing for elderly patients with acute cerebral infarction complicated with depression. *American Journal of Translational Research*, 13(7), 8450–8457. Retrieved from <http://www.ajtr.org>
- Libânio, A. L. S., Delaux, F. F., Mendes Rodrigues, R. A., Costa, M. B. A. L., & Siopa, A. L. (2022). O uso da terapia de reminiscência em reabilitação neuropsicológica pelos terapeutas ocupacionais: Um estudo exploratório. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, 6(1), 688-698. <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto44347>
- Lima, M. C. S. (2022). Terapia centrada em pessoas com demandas de Imagem Corporal e autoestima: pesquisa-ação. (Dissertação de pós-graduação, Universidade Federal da Bahia). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/35889/1/Terapia%20Centrada%20em%20Pessoas%20com%20Demandas%20de%20Imagem%20Corporal%20e%20Autoestima%20-%20Pesquisa%20-%20a%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Lin, Z., & Feng, Z. (2024) Influence of physical activity on self-esteem in elderly population narrative review. *International Neuropsychology Journal*, 28(1), 555-562.10.5123/inj.2024.1.inj62ISSN:2093-4777
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The

- PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: Explanation and elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lopes, M. (2011). Relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Reflexão a partir dos resultados de um trabalho de investigação. In *Investigação em saúde: Múltiplos enfoques*, 20-30.
- Lise, F., Neves, J. L., & Schwartz, E. (2022). Adaptação transcultural e validação de instrumentos de avaliação da saúde na América Latina. In J. I. R. López, E. Schwartz, & F. Lise (eds.), *Atenção à saúde das famílias latino-americanas: abordagens teóricas e práticas na educação* (pp. 154-169). Chapecó: Editora UFFS <https://doi.org/10.7476/9786550190569.0012>
- Loudon, K., Treweek, S., Sullivan, F., Donnan, P., Thorpe, K. E., & Zwarenstein, M. (2015). The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose. *BMJ*, 350, h2147. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2147>
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Lukersmith, S., Millington, M., & Salvador-Carulla, L. (2016). What is case management? A scoping and mapping review. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.2477>
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. J. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational Psychologist*, 20(3), 107-123. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2003_1
- Marsh, H. W., & Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2), 133-163. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00010.x>
- Martins, M. J., Carvalho, C., Castilho, P., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2015). The Clinical Interview for Psychotic Disorders (CIPD): Development and expert evaluation. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 2(7). <https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2015.2.7>
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. University of Chicago Press.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory.

- Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. C. Smith & M. E. Parker (Eds.), *Nursing theories and nursing practice* (pp. 361-380). F. A. Davis.
- Mendeley. (2023). *Mendeley Reference Manager* (Versão 2.108.0). Elsevier.
<https://www.mendeley.com/reference-management/reference-manager>
- Modrcin-Talbott, M. A., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K., & Muenchen, B. (1998). Self-esteem in adolescents treated in an outpatient mental health setting. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21(3), 159–171. <https://doi.org/10.3109/01460869809026878>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7^a ed.). Elsevier.
- Morales-Alonso, A., Iglesias-de-la-Iglesia, A., & Alonso-Maza, M. (2024). A nursing intervention based on the Zentangle® method: Experiences of patients diagnosed with borderline personality disorder. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(2), 205–213.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.03.004>
- Morath, J. M. (1987). Theory-based intervention: A case study using Sullivan's interpersonal theory. *Perspectives in Psychiatric Care*, 24(1), 12–15.
<https://doi.org/10.1111/ppc.1987.24.issue-1>
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., & Andreou, C. (2016). Sustaining improvement after cognitive-behavioral therapy for psychosis: A randomized controlled trial on metacognitive training. *European Psychiatry*, 33, 54–60.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.003>
- Moser, M. (2014). Compreensão e legibilidade do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisas clínicas. *Revista Bioética*, 22(2), 325-336.
<https://doi.org/10.1590/1983-80422014222014>
- Mountford, V. A., Brown, A., Bamford, B., Saeidi, S., Morgan, J. F., & Lacey, H. (2015). BodyWise: evaluating a pilot body image group for patients with anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 23(1), 62–67.
<https://doi.org/10.1002/erv.2332>
- Mousavizadeh, S. N., Paknejad, F., & Jandaghian-Bidgoli, M. (2023). Providing nursing care to patients with mental disorders based on King's Goal Attainment Theory: A quasi-experimental study. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 10(4), e140815. <https://doi.org/10.5812/jnms-140815>
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment.

- J. Am. Geriatr. Soc.* 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Nawaz, R. F., Reen, G., Bloodworth, N., Maughan, D., & Vincent, C. (2021). Interventions to reduce self-harm on in-patient wards: systematic review. *BJPsych Open*, 7(3), e80. doi:10.1192/bjo.2021.41
- O'Connor, C., Kadianaki, I., Maunder, K., & McNicholas, F. (2018). How does psychiatric diagnosis affect young people's self-concept and social identity? A systematic review and synthesis of the qualitative literature. *Social Science & Medicine*, 212, 94-119. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.011>
- Oliveira, J., Pires, D., Alvarez, Â., Sena, R., Medeiros, S., & Andrade, S. (2018). Trends in the job market of nurses in the view of managers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 148-155. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0103>
- Oliveira, A. P. G., Fonseca, I. R., Almada, M. O. R. V., Acosta, R. J. L. T., Silva, M. M., Pereira, K. B., & Nascimento, P. L. (2020). Transtornos Alimentares, ICE Influência Da Mídia Em Universitárias. *Revista de Enfermagem UFPE*, 14(e245234). <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245234>
- Oliveira, A. L. S., Lopes, M. V. O., & Mendes, I. A. C. (2022). Aplicação do modelo de adaptação de Roy na prática de Enfermagem: Uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, (e3502). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5043.3502>
- Oliveira, A., Peralta, A., Alves, A., Pereira, S., & Seabra, P. (2022). Intervenções de enfermagem para o autoconceito da pessoa com doença mental: revisão integrativa da literatura. *Revista Científica Internacional RevSALUS*, 4(3). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i3.216>
- Ongaratto, G. L., Grazziotin, J. B. D., & Scortegagna, S. A. (2016). Habilidades sociais e autoestima em idosos participantes de grupos de convivência. *Psicologia em Pesquisa*, 10(2), 12-20. <https://doi.org/10.24879/201600100020055>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrão de documentação de Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://pt.scribd.com/document/452764700/ppadrao-documentacao-enfermagem-saude-mental-e-psiquiatica-auscultacao-vf-1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia orientador de boas práticas de cuidados de Enfermagem especializados na recuperação da pessoa com doença mental grave*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22977/guiabp_cuidenfespre
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., & Shirata, T. (2017). *Relationship of negative and positive core beliefs about the self with dysfunctional attitudes in three aspects of life*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2585–2588. <https://doi.org/10.2147/NDT.S150537>
- Øie, M. B., Haugen, I., Stubberud, J., & Øie, M. G. (2024). Effects of goal management training on self-efficacy, self-esteem, and quality of life for persons with schizophrenia spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*, 15(1320986). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320986>
- Page M, McKenzie J, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann T, Mulrow C, Shamseer L, Tetzlaff J, Akl E, Brennan S, Chou R, Glanville J, Grimshaw J, Hrobjartsson A, Lalu M, Li T, Loder E, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness L, Stewart L, Thomas J, Tricco A, Whiting P, Welch V, Whiting P, & Moher D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, 174-179.
- Pittiglio, L. (2000). Use of reminiscence therapy in patients with Alzheimer's disease. *Lippincott's Case Management*, 5(6), 216–220. <https://journals.lww.com/professionalcasemanagementjournal/toc/2000/1000>
- Punzo, K., Skoglund, M., Carlsson, I. M., & Jormfeldt, H. (2022). Experiences of an equine-assisted therapy intervention among children and adolescents with mental illness in Sweden: A nursing perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(12), 1080–1092. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2126571>
- Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Richardson, A., Richard, L., Gunter, K., Cunningham, R., Hamer, H., Lockett, H., Wyeth, E., Stokes, T., Burke, M., Green, M., Cox, A., & Derrett, S. (2020). *A systematic scoping review of interventions to integrate physical and mental healthcare for people with serious mental illness and substance use disorders*. *Journal of Psychiatric Research*, 128, 52–67. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.021>

- Rocha, A. (2007). O autoconceito dos idosos (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10451/11103>
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown: Wesleyan University Press.
- Rosewall, J. K., Beavan, A., Houlihan, C., Bates, S., Melhuish, L., Mountford, V., & Lacey, J. H. (2020). Evaluation of Teen BodyWise: A pilot study of a body image group adapted for adolescent inpatients with anorexia nervosa. *Eating and weight disorders: EWD*, 25(3), 609–615. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00658-z>
- Salles, A. A., & Castelo, L. (2023). *Privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos: presença da fundamentação bioética*. *Revista Bioética*, 31 (e3340PT). <https://doi.org/10.1590/1983-803420233340PT>
- Sampaio, F. M. C., Teixeira, J., & Parola, V. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: Implementação e avaliação num contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (17), 73–83. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0173>
- Santos, C. (2021). Intervenção psicoterapêutica de Enfermagem na promoção do autoconceito em adolescentes com sofrimento emocional (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/43900>
- Santos, P. (2020). O Cuidado de Enfermagem Promotor da Adaptação do Adolescente à Doença Crónica (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/36989>
- Santos, C. M. F., & Quixadá, L. M. (2023). Reflexões sobre a empatia e a escuta ativa no contexto escolar. *Práticas Educativas, Memórias e Oralidades*, 5(1), 1-17. <http://portal.amelica.org/ameli/journal/654/6544036144/>
- Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E. K., & Kim, C. K. (2007). Social skills training as a nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(6), 317–326. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.09.005>
- Sequeira, C., Sampaio, F., Llunch-Canut, T. (2020). Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. In C. Sequeira, & F. Sampaio, *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp. 171-173). Lidel.
- Serra, A. V. (1986). A importância do autoconceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-67.

- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441. <https://doi.org/10.3102/00346543046003407>
- Shpigelman, C. N., & HaGani, N. (2019). The impact of disability type and visibility on self-concept and body image: Implications for mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 26(3-4), 77-86. <https://doi.org/10.1111/jpm.12513>
- Shrauger, J. S., & Schoeneman, T. J. (1979). Symbolic interactionist view of self-concept: Through the looking glass darkly. *Psychological Bulletin*, 86(3), 549-573.
- Silva, D., Ferriani, L., & Viana, M. C. (2019). Depression, anthropometric parameters, and body image in adults: a systematic review. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65(5), 731-738. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.5.731>
- Silva, L. G., & Almeida, N. M. G. S. (2023). Ferramentas educativas sobre a influência das *mídias* sociais na Imagem Corporal de adolescentes: uma revisão integrativa. *Revista científica Multidisciplinar*, 4(3), 1-23. <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i3.2812>
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of general hospital psychiatry*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/1475-2832-2-2>
- Soenarti, S., Rakha, M., Harumbay, N., Harahap, M., & Hidayat, R. (2023). The Effectiveness of Depression Intervention and Risk Factor in Geriatrics: A Systematic Review. *Clinical and Research Journal in Internal Medicine*, 4(2), 448-456. <https://doi.org/10.21776/ub.crjim.2023.004.02.03>
- Souilm, N. (2023). Equine-assisted therapy effectiveness in improving emotion regulation, self-efficacy, and perceived self-esteem of patients suffering from substance use disorders. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(363), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04191-6>
- Stouwe, E., Geraets, C., Rutgers, M., Veling, W. (2021). Cognitive behavioral group treatment for low self-esteem in psychosis: a proof of concept study. *BMC Psychiatry*, 21 (567), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03579-3>
- Sutipan, P., Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2017). The impact of positive psychological interventions on well-being in healthy elderly people. *Journal of Happiness Studies*, 18, 269-291. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9711-z>
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Development and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53-67. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>

- Toledo, V. P., Ramos, N. A., & Wopereis, F. (2011). Processo de Enfermagem para pacientes com anorexia nervosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 193–197. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100029>
- Treichel, C. A. S., Saidel, M. G. B., de Lucca, S. R., Pereira, M. B., Silva, A. A., Luiz, C. C. A., Pereira, M. A. C., & Onocko-Campos, R. T. (2024). *Satisfação e sobrecarga de trabalho em profissionais da saúde mental. Trabalho, Educação e Saúde*, 22 (e02579243). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2579>
- 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., ... Straus, S. E. (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>
- Van der Stouwe, E. C. D., Geraets, C. N. W., Rutgers, M., & Veling, W. (2021). Cognitive behavioral group treatment for low self-esteem in psychosis: A proof of concept study. *BMC Psychiatry*, 21(567), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03579-3>
- Vella, F., Young, J., & Savasan, S. (2016). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamentado no TIDAL Model. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 876-883. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0041>
- Viana, S. W., Faleiro, M. D., Mendes, A. L. F., Torquato, A. C., Tavares, C. P. O., Feres, B., Fernandez, M. G., Sobreira, I. R. M., Aquino, C. M., Abib, S. C. V., & Botelho, F. (2023). Limitações do uso da base de dados DATASUS como fonte primária de dados em pesquisas em cirurgia: uma revisão de escopo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 50 (e20233545). <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233545>
- Vinogradov, S., & Yalom, I. (1992). *Manual de psicoterapia de grupo*. Artes Médicas.
- Vogel, J. S., Bruins, J., Swart, M., Liemburg, E., van der Gaag, M., & Castelein, S. (2023). Effects of an eating club for people with a psychotic disorder on personal recovery: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 81(101871). <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2023.101871>
- Yager, Z., Diedrichs, P. C., Ricciardelli, L. A., & Halliwell, E. (2013). What works in secondary schools? A systematic review of classroom-based body image programs. *Body image*, 10(3), 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.04.001>
- Younas, A., & Quennell, S. (2019). Usefulness of nursing theory-guided practice: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(3), 540–555. <https://doi.org/10.1111/scs.12670>

- Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: a preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(4), 1049–1057. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.006>
- Walsh, S. M. (1993). Future images: An art intervention with suicidal adolescents. *Applied Nursing Research*, 6(3), 111–118. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80001-5](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80001-5)
- Wilksch, S. M., Tiggemann, M., & Wade, T. D. (2006). Impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *The International journal of eating disorders*, 39(5), 385–393. <https://doi.org/10.1002/eat.20237>
- Wilson, A. E., & Ross, M. (2001). From chump to champ: People's appraisals of their earlier and present selves. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(4), 572–584. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.4.572>
- Yao, C. T., Yang, Y. P., & Chen, Y. C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social Work in Health Care*, 58(2), 157–171. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1564108>
- Zhang, L., Xie, W., & Chen, W.-W. (2020). The effect of square dance on family cohesion and subjective well-being of middle-aged and empty-nest women in China. *Health Care for Women International*. 42(1), 43–57. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1797041>
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). *Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>
- Zhu, J.C., Wang, X.Q., Liu, Z.L., Liu, T.T., Wei, G.Q. & Chen, X.Y. (2016). Relationship between Self-Concept and Mental Health among Chinese College Students: The Mediating Effect of Social Adjusting. *Open Journal of Social Sciences*, 4(12), 118–125. <http://dx.doi.org/10.4236/jss.2016.412011>

ANEXOS

Anexo I – Estratégia de pesquisa

CINAHL Complete (EBSCOhost)

Pesquisa realizada a 21 de agosto 21 de 2024.

Search	Query	Records retrieved
#1	("intervention*" [Title/Abstract/Subject] OR "program*" [Title/Abstract/Subject])	1,094,673
#2	("nurs*" [Title/Abstract/Subject])	999,489
#3	("self-concept" [Title/Abstract/Subject] OR "self-perception" [Title/Abstract/Subject] OR "self-image" [Title/Abstract/Subject] OR "self-esteem" [Title/Abstract/Subject] OR "body image" [Title/Abstract/Subject] OR "personal identity" [Title/Abstract/Subject])	60,804
#4	("mental disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "mental disease*" [Title/Abstract/Subject] OR "mental illness*" [Title/Abstract/Subject] OR "mental disturbance*" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric disease*" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric illness*" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric disturbance*" [Title/Abstract/Subject] OR "schizophrenia" [Title/Abstract/Subject] OR "anxiety disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "feeding and eating disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "mood disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "personality disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "substance related disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "self-injurious behavior" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric diagnos*" [Title/Abstract/Subject] OR "mental health" [Title/Abstract/Subject] OR "psychopathology" [Title/Abstract/Subject] OR "emotional disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "emotional dysregulation" [Title/Abstract/Subject] OR "anxiety" [Title/Abstract/Subject] OR	692,284

	"obsessive compulsive disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "panic" [Title/Abstract/Subject] OR [Title/Abstract/Subject] "phobia" [Title/Abstract/Subject] OR "impulsive control disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "eating disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "anorexia nervosa" [Title/Abstract/Subject] OR "bulimia" [Title/Abstract/Subject] OR "binge eating" [Title/Abstract/Subject] OR "mood disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "affective disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "bipolar" [Title/Abstract/Subject] OR "depressive disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "depression" [Title/Abstract/Subject] OR "attention deficit hyperactivity" [Title/Abstract/Subject] OR "autism" [Title/Abstract/Subject] OR "oppositional defiant disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "conduct disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "behavioural disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "behavioral disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "personality disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "borderline" [Title/Abstract/Subject] OR "psychosis" [Title/Abstract/Subject] OR "psychotic" [Title/Abstract/Subject] OR "suicide" OR "self-harm" [Title/Abstract/Subject] OR "substance use disorder*" [Title/Abstract/Subject])	
#5	(#1 AND #2 AND #3 AND #4)	425

MEDLINE (EBSCOhost)

Pesquisa realizada a 21 de agosto 21 de 2024.

Search	Query	Records retrieved
#1	("intervention*" [Title/Abstract/Subject] OR "program*" [Title/Abstract/Subject])	1,094,673
#2	("nurs*" [Title/Abstract/Subject])	840,940
#3	("self-concept" [Title/Abstract/Subject] OR "self-perception" [Title/Abstract/Subject] OR "self-image" [Title/Abstract/Subject] OR "self-esteem" [Title/Abstract/Subject] OR "body image" [Title/Abstract/Subject] OR "personal identity" [Title/Abstract/Subject])	106,846
#4	("mental disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "mental disease*" [Title/Abstract/Subject] OR "mental illness*" [Title/Abstract/Subject] OR "mental disturbance*" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric disease*" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric illness*" [Title/Abstract/Subject] OR "psychiatric disturbance*" [Title/Abstract/Subject] OR "schizophrenia" [Title/Abstract/Subject] OR "anxiety disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "feeding and eating disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "mood disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "personality disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "substance related disorders" [Title/Abstract/Subject] OR "self-injurious behavior" [Title/Abstract/Subject] OR "diagnos*" [Title/Abstract/Subject] OR "mental health" [Title/Abstract/Subject] OR "psychopathology" [Title/Abstract/Subject] OR "emotional disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "anxiety" [Title/Abstract/Subject] OR "obsessive compulsive disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR	1,683,977

	"panic" [Title/Abstract/Subject] OR [Title/Abstract/Subject] "phobia" [Title/Abstract/Subject] OR "impulsive control disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "feed and eating disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "anorexia nervosa" [Title/Abstract/Subject] OR "bulimia" [Title/Abstract/Subject] OR "binge eating disorder" [Title/Abstract/Subject] OR "mood disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "affective disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "bipolar" [Title/Abstract/Subject] OR "depressive disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "depression" [Title/Abstract/Subject] OR "attention deficit hyperactivity" [Title/Abstract/Subject] OR "autism disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "oppositional defiant disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "conduct disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "behavioural disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "disruptive behavioral disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "personality disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "borderline personality disorder" [Title/Abstract/Subject] OR "psychosis" [Title/Abstract/Subject] OR "psychotic disorder*" [Title/Abstract/Subject] OR "suicide" OR "self-Injurious behavior" [Title/Abstract/Subject] OR "substance-related disorder*" [Title/Abstract/Subject]	
#5	(#1 AND #2 AND #3 AND #4)	386

Anexo II – Quadro de extração de dados

Artigo	Métodos de estudo	Objetivo do Estudo	População e contexto	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Instrumentos de Avaliação	Resultados
Morales-Alonso, A., Iglesias-de-la-Iglesia, A., & Alonso-Maza, M. 2024 Espanha	Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica interpretativa	Analisar a experiência da prática do método Zentangle® em pessoas com perturbação de personalidade <i>borderline</i> (PPB).	- População: pessoas com diagnóstico de PPB. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: seis sessões mensais. - Duração: uma hora. - Conteúdo: intervenção baseada no método Zentangle®, uma técnica de arte meditativa para melhorar o bem-estar emocional e a concentração.	—	Autoestima
Mousavizadeh, S. N., Paknejad, F., & Jandaghian-Bidgoli, M. 2023 Irão	Estudo <i>quasi</i> -experimental antes e após	Examinar o impacto da implementação de cuidados de Enfermagem centrados na pessoa com perturbações mentais, com base na Teoria da Conquista de Objetivos de King.	- População: pessoas com perturbação mental - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.	—	- Formato: presenciais e individuais. - Frequência: seis sessões - Duração: 45 a 60 minutos - Conteúdo: intervenções centradas na definição mútua de objetivos entre a pessoa e o enfermeiro, com foco no desenvolvimento da autoimagem, comunicação interpessoal e comportamento social. Realizada avaliação inicial, planeamento de objetivos com participação ativa da pessoa e sessões interativas.	—	Autoimagem

Souilm, N. 2023 Egito	Estudo clínico controlado randomizado	Avaliar a eficácia da terapia assistida por equinos na regulação emocional, autoeficácia e autoestima em pessoas com perturbação de uso de substâncias.	- População: pessoas com perturbação de uso de substâncias. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.	—	- Formato: presencial, sessões em grupo. - Frequência: sessões semanais, durante 6 semanas. - Duração: 40–60 minutos - Conteúdo: Atividades práticas com cavalos, incluindo liderar, alimentar e cuidar do animal, com reflexões guiadas	- <i>Sorensen Self-Esteem Test</i>	Autoestima
Vogel, J. S., Bruins, J., Swart, M., Liemburg, E., van der Gaag, M., & Castelein, S. 2023 Países Baixos	Estudo clínico controlado randomizado	Avaliar os efeitos de um clube de refeições (intervenção HospitalitY) em pessoas com perturbações psicóticas focando na recuperação pessoal e social	- População: pessoas com diagnóstico de perturbação psicótica. - Contexto: comunidade (visitas domiciliárias)	—	- Formato: presencial, em grupos pequenos (3 pessoas). - Frequência: quinzenal. - Duração: 15 sessões ao longo de 8 meses. - Conteúdo: treino de competências sociais e habilidades de vida, apoio entre pares, combate ao estigma e melhoria da identidade	- <i>Self-Esteem Rating Scale – Short Form (SERS-SF)</i>	Autoestima
Punzo, K., Skoglund, M., Carlsson, I. M., & Jormfeldt, H. 2022	Estudo qualitativo com abordagem indutiva	Explorar as experiências de terapia assistida por equinos em crianças e adolescentes	- População: crianças e adolescentes com sintomas de ansiedade,	—	- Formato: presencial, individual e em grupo. - Frequência: semanal. - Duração: 12-14 meses com sessões de 60 a 120 minutos. - Conteúdo: cuidados com o	—	Autoestima

Suécia		com doença mental.	depressão e PTSD. - Contexto: comunidade		cavalo (escovar, preparar, cavalgar), atividades de interação com o cavalo e reflexões sobre a experiência com foco em fortalecer a autoeficácia e o vínculo emocional.		
Chellappan, X. B., Rentala, S., & Das, A. 2021 Índia	Estudo <i>quasi-experimental</i> antes e após	Avaliar a eficácia da intervenção de <i>milieu</i> terapêutico na autoestima, funcionamento socioocupacional e sintomas depressivos em pessoas internadas com diagnóstico de depressão.	- População: pessoas internadas com diagnóstico de depressão - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.	—	- Formato: presencial, individual e em grupo. - Frequência: diariamente. - Duração: 45 a 60 minutos, num total de 13 sessões - Conteúdo: sessões de educação familiar, exercícios de reestruturação cognitiva, atividades criativas (colorir, exercícios de respiração).	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima
Kunikata H, Yoshinaga N, Yoshimura K, Furushima D. 2021 Japão	Estudo antes e após	Avaliar a eficácia clínica e custo-efetividade de terapia cognitivo-comportamental em grupo, para recuperação da autoestima em pessoas com diagnóstico de	- População: pessoas com diagnóstico de perturbação mental. - Contexto: unidade de internamento	—	- Formato: Presencial, em grupo. - Frequência: Semanal, durante 12 semanas. - Duração: Sessões de 90 minutos. - Conteúdo: Psicoeducação, reestruturação de pensamentos negativos, construção de uma autoimagem positiva e estratégias comportamentais	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima

		perturbação mental.	psiquiátrico.				
Li, Z., Shang, N., Fan, G., Li, M., & Zang, Z. 2021 China	Estudo clínico controlado randomizado	Explorar o impacto de uma intervenção de Enfermagem baseada na Teoria da Autoestima e numa abordagem intensiva multidimensional em idosos com depressão associada a AVC isquémico agudo.	- População: Idosos com diagnóstico de enfarte cerebral agudo e depressão. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.	—	- Formato: Presencial, individual e em grupo. - Frequência: Personalizada, com intervenções diárias durante a hospitalização (2 a 4 semanas): - Duração: Não especificada. - Conteúdo: Reestruturação cognitiva, treino de autoestima, promoção de habilidades de vida e envolvimento familiar.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima
Van der Stouwe, E. C. D., Geraets, C. N. W., Rutgers, M., & Veling, W. 2021 Países Baixos	Estudo <i>quasi-experimental</i> antes e após	Avaliar a eficácia de uma terapia cognitivo-comportamental em grupo para melhorar a autoestima em pessoas com diagnóstico de psicose.	- População: pessoas com diagnóstico de perturbação psicótica. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.	—	- Formato: presencial, em grupo (6 a 8 utentes). - Frequência: uma vez por semana. - Duração: 9 sessões de 90 minutos. - Conteúdo: Psicoeducação, formulação de crenças positivas, diário de eventos positivos, identificação e identificação de comportamentos desejados.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES) - <i>Self-Esteem Rating Scale – Short Form</i> (SERS-SF)	Autoestima

Karakaya, D., & Özgür, G. 2019 Turquia	Estudo clínico controlado randomizado	Avaliar o efeito da abordagem breve centrada na solução, nos níveis de autoestima e autoeficácia de adolescentes com diagnóstico de PHDA.	- População: adolescentes diagnosticados com PHDA. - Contexto: ambulatório.	—	- Formato: presencial, individual. - Frequência: uma vez por semana. - Duração: sessões de 45 a 60 minutos, durante 6 semanas. - Conteúdo: técnicas centradas na solução, como definição de objetivos, reforço de pontos fortes, e escalas para avaliar progresso.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</i>	Autoestima
Rosewall, J. K., Beavan, A., Houlihan, C., Bates, S., Melhuish, L., Mountford, V., & Lacey, J. H. 2019 Reino Unido	Estudo <i>quasi-experimental</i> antes e após	Avaliar os efeitos do programa " <i>Teen BodyWise</i> ", adaptado para adolescentes hospitalizados com anorexia nervosa, na ICe atitudes socioculturais.	- População: adolescentes (13-18 anos), com diagnóstico de anorexia nervosa - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico pediátrico.	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: Oito sessões. - Duração: sessões de 50 minutos. - Conteúdo: estratégias cognitivas e de dissonância cognitiva para explorar comportamentos disfuncionais, atitudes socioculturais e melhorar a comunicação sobre imagem corporal.	- <i>Eating Disorders Examination-Questionnaire (EDE-Q)</i> (subescalas de preocupação com a forma e o peso). - <i>Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ)</i> . - <i>Body Checking Questionnaire</i>	Imagem corporal

						(BCQ). - <i>Sociocultural Attitudes Toward Appearance Scale-3</i> (SATAQ-3). - <i>Body Image Coping Strategies Inventory</i> (BICU)	
Yao, C. T., Yang, Y. P., & Chen, Y. C. 2019 Taiwan	Estudo descritivo transversal	Avaliar os efeitos da arte terapia na redução da depressão e na melhoria da autoestima em idosos residentes em lares.	- População: idosos com diagnóstico de depressão leve e cognição intacta. - Contexto: lares	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: uma vez por semana. - Duração: sessões de 90–100 minutos, durante 12 semanas. - Conteúdo: atividades artísticas (colagens, pintura, escultura em argila, quadros), integrando temas como memórias, autoexploração e validação de conquistas pessoais.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima

Kang, S. J., Ko, S. H., & Kim, J. Y. 2018 Coreia do Sul	Estudo <i>quasi-experimental</i> antes e após	Avaliar os efeitos de um programa de intervenção de psicologia positiva focado no "<i>fitness mental</i>" na autoestima e as competências de relacionamento interpessoal.	- População: pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: duas vezes por semana. - Duração: sessões de 60 minutos por 4 semanas - Conteúdo: intervenção com base na psicologia positiva, identificação de forças pessoais, prática de gratidão, competências de comunicação e técnicas de perdão.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima
Jeong, I. J., & Kim, S. J. 2017 Coreia do Sul	Estudo <i>quasi-experimental</i> antes e após	Avaliar os efeitos de um programa de aconselhamento em grupo baseado na Teoria do alcance de metas na autoestima, relacionamentos interpessoais e adaptação escolar de estudantes do ensino médio com problemas emocionais e comportamentais	- População: adolescentes com problemas emocionais e comportamentais. - Contexto: escola.	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: Uma vez por semana. - Duração: sessões de 45 minutos, durante 8 semanas. - Conteúdo: definição de metas, atividades em grupo para compreensão de personalidade, técnicas de comunicação e atividades de resolução de conflitos.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima

Sampaio, F. M. C., Teixeira, J., & Parola, V. 2017 Portugal	Estudo <i>quasi-experimental</i>	Apresentar a implementação e avaliação de programas psicoterapêuticos em grupo realizados por EEESMP.	- População: pessoas com diagnósticos relacionados a autoestima, ansiedade e sono. - Contexto: internamento psiquiátrico agudos	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: sessões diárias, de segunda a sexta-feira. - Duração: 5 sessões de 50 a 60 minutos. - Conteúdo: Educação em saúde, técnicas de relaxamento e treino de resolução de problemas.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima
Kim, M., & Lim, K. 2016 Coreia do Sul	Estudo clínico controlado não randomizado	Avaliar os efeitos de um programa de treino cognitivo computadorizado na função cognitiva, depressão, autoestima e capacidade funcional de idosos com PNM.	- População: idosos com perturbação neurocognitiva <i>minor</i>. - Contexto: Lares.	—	- Formato: presencial, individual. - Frequência: 3 vezes por semana. - Duração: sessões de 20–40 minutos, durante 10 semanas. - Conteúdo: Jogos interativos computadorizados de treino cognitivo incluindo memória, atenção, velocidade psicomotora, linguagem e funções executivas	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima
Kunikata, H., Yoshinaga, N., Shiraishi, Y., & Okada, Y.	Estudo <i>quasi-experimental</i> antes e após	Avaliar a eficácia de um programa de terapia cognitivo-comportamental	- População: pessoas com diagnóstico de perturbação	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: duas em duas semanas. - Duração: sessões de 2 horas, durante 6 semanas.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima

2016		em grupo para melhoria da autoestima em pessoas com diagnóstico de perturbação mental.	mental. - Contexto: comunitário		- Conteúdo: psicoeducação, reestruturação cognitiva, exercícios de aceitação, foco em pontos fortes, estabelecimento de metas e prevenção de recaídas.		
Japão							
Doyen, C., Contejean, Y., Risler, V., Asch, M., Amado, I., Launay, C., & De Bois Redon, P.	Estudo qualitativo	Avaliar a eficácia da Terapia de remediação cognitiva (TRC) em crianças e adolescentes com perturbação do neurodesenvolvimento e dificuldades escolares.	- População: crianças e adolescentes (6-13 anos) com PHDA, perturbação do desenvolvimento motor, perturbação do espectro do autismo e dificuldades de aprendizagem. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico pediátrico.	—	- Formato: presencial, individual. - Frequência: Duas vezes por semana. - Duração: sessões de 30 minutos durante 6 meses ou mais. - Conteúdo: Fichas de trabalho, jogos de tabuleiro para melhorar atenção, memória, planeamento e flexibilidade mental.	—	Autoestima
2015							
França							

Ebrahimi, H., Navidian, A., & Keykha, R. 2014 Irão	Estudo clínico controlado randomizado	Avaliar o impacto dos cuidados de Enfermagem de suporte na autoestima de pessoas submetidas à eletroconvulsivo terapia.	- População: pessoas submetidas a ECT, com baixa autoestima inicial. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.	—	- Formato: presencial, individual. - Frequência: antes, durante e após cada sessão de ECT (no mínimo 4 sessões de ECT). - Duração: não especificado. - Conteúdo: Suporte emocional, físico e informativo, incluindo explicações sobre o procedimento, mitigação de crenças negativas e auxílio prático no pré e pós-procedimento.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</i>	Autoestima
Waite, P., McManus, F., & Shafran, R. 2012 Reino Unido	Estudo clínico controlado randomizado	Avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (CBT) específica para baixa autoestima num ensaio clínico randomizado preliminar.	- População: pessoas com diagnóstico de perturbação mental. - Contexto: comunidade.	—	- Formato: presencial, individual. - Frequência: 10 sessões semanais. - Duração: Cada sessão com duração média de 1 hora. - Conteúdo: uso do protocolo de Fennell (1997, 1999) com técnicas cognitivas e comportamentais, modificação de crenças disfuncionais e prevenção de recaída.	- <i>Robson Self-Concept Questionnaire (RSCQ)</i>	Autoestima
Toledo, V. P., Ramos, N. A., & Wopereis, F. 2011	Estudo de caso-controlo	Relatar a experiência da aplicação do Processo de Enfermagem em	- População: utente sexo feminina, 29 anos, com diagnóstico	- Distúrbio da imagem corporal. - Baixa	- Formato: presencial, individual. - Frequência: intervenções contínuas durante o internamento de 52 dias. - Duração: não é especificado	- Classificação dos Resultados de Enfermagem	Autoestima

Brasil		pessoa com diagnóstico de Anorexia Nervosa.	de anorexia nervosa. - Contexto: unidade de internamento de psiquiatria de hospital-escola.	autoestima.	- Conteúdo: educação sobre imagem corporal, supervisão alimentar, suporte emocional, estratégias de <i>coping</i> e terapia em grupo de apoio.		
Kunikata, H. 2010 Japão	Estudo qualitativo	Descrever as experiências de pessoas com perturbação psiquiátrica, com o objetivo de desenvolver um programa de cuidados de enfermagem para melhoria da autoestima.	- População: 34 pessoas com perturbação psiquiátrica. - Contexto: comunidade.	—	- Formato: presencial, em grupos - Frequência: mensal. - Duração: 10 sessões de 2 horas. - Conteúdo: reflexão sobre a autoimagem, modificação de esquemas cognitivos, relaxamento físico e mental, e desenvolvimento de autoavaliação positiva.	—	Autoestima
Chu, C. I., Liu, C. Y., Sun, C. T., & Lin, J. 2009 Taiwan	Estudo clínico controlado randomizado	Avaliar os efeitos da atividade assistida por animais na autoestima, autonomia e aspetos psicofisiológicos	- População: 30 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (internados há mais de	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: uma vez por semana. - Duração: 8 sessões de 50 minutos. - Conteúdo: interação com cães treinados, incluindo caminhadas, brincadeiras e discussões em	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima

		em pessoas internadas com diagnóstico de esquizofrenia.	10 anos). - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico.		grupo para expressar sentimentos e aumentar a interação social.		
Karpowicz, E., Skärsäter, I., & Nevonen, L. 2009 Suécia	Estudo <i>quasi-experimental</i> antes e após	Analisar as mudanças na autoestima e insatisfação corporal em pessoas com diagnóstico de anorexia nervosa antes e depois de 3 meses de tratamento.	- População: 38 mulheres com idades entre 16 e 25 anos diagnosticadas com anorexia nervosa. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico (específico para PCA's)	—	- Formato: presencial, individual e em grupo. - Frequência: contínua durante 3 meses de internação. - Duração: não especificado. - Conteúdo: terapias baseadas em abordagem cognitiva, refeições estruturadas, suporte durante as refeições, educação nutricional e atividades para reduzir a ansiedade.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES) - <i>Eating Disorders Inventory-2</i> (EDI-2)	Autoestima Imagem corporal
England, M. 2007 EUA	Estudo clínico controlado randomizado	Avaliar a eficácia da intervenção de Enfermagem cognitiva para melhorar a autoestima e reduzir os	- População: 65 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia .	—	- Formato: Sessões presenciais, individuais. - Frequência: Uma vez por semana. - Duração: 12 sessões de 90 minutos ao longo de 4 meses. - Conteúdo: Técnicas cognitivas,	- <i>Robson Self-Concept Questionnaire</i> (RSCQ)	Autoestima

		sintomas psiquiátricos em pessoa com alucinação auditiva.	- Contexto: comunidade.		questionamento socrático, apoio na tomada de decisão e tarefas para casa para reestruturar crenças negativas.		
Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E. K., & Kim, C. K. 2007 Coreia do Sul	Estudo <i>quasi-experimental</i>	Avaliar os efeitos do treino de competências sociais na autoestima e nas competências sociais de pessoas internadas com diagnóstico de esquizofrenia.	- População: 66 pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: 2 vezes por semana. - Duração: sessões de 60-70 minutos ao longo de 8 semanas. - Conteúdo: treino de competências sociais e assertividade, com técnicas de demonstração, role-play, feedback e reforço positivo.	- <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima
Kong, S. 2005 Coreia do Sul	Estudo clínico controlado randomizado	Avaliar a eficácia do programa de tratamento diário (<i>Day Treatment Programme</i>) em comparação com o tratamento ambulatorial tradicional para melhorar os sintomas psicológicos,	- População: 43 mulheres com diagnóstico de anorexia nervosa, bulimia nervosa ou perturbação alimentar não especificado	—	- Formato: presencial, em grupo e individual. - Frequência: 4 dias por semana durante 8–14 semanas. - Duração: 8 horas por dia. - Conteúdo: Terapia cognitiva-comportamental, refeições supervisionadas, terapia de imagem corporal, treino de assertividade, educação nutricional, consultas de imagem, entre outros.	- <i>Eating Disorders Inventory-2</i> (EDI-2) - <i>Rosenberg Self-Esteem Scale</i> (RSES)	Autoestima

		autoestima e comportamentos alimentares em pessoas com PCA's.	- Contexto: ambulatório				
Breiner, S. 2003 EUA	Estudo observacional descritivo	Análise da implementação de um programa para utentes pediátricos e adolescentes com PCA para melhoria da ansiedade e imagem corporal.	- População: crianças, adolescentes e jovens adultos diagnosticados com anorexia nervosa e bulimia nervosa. - Contexto: unidade de internamento psiquiátrico pediátrico.	—	- Formato: presencial, individual e em grupo. - Frequência: diariamente. - Duração: não especificado - Conteúdo: estratégias de distração, mapeamento corporal, atividades artísticas e relaxamento para reduzir ansiedade e melhorar a perceção corporal.	—	Imagem corporal Autoimagem
Carpenter, B., Ruckdeschel, K., Ruckdeschel, H., & Van	Estudo observacional descritivo	Desenvolver e avaliar um modelo de psicoterapia manualizado (R-	- População: 3 residentes idosos com diagnóstico de	—	- Formato: presencial, individual. - Frequência: 2 vezes por semana. - Duração: 16 sessões de 20-30 minutos.	—	Autoestima Identidade pessoal

Haitsma, K. 2003 EUA		E-M) para pessoas com diagnóstico de depressão e demência leve a moderada em residências de de longa permanência.	perturbação neurocognitiv a e depressão. - Contexto: Residência de longa permanência.		- Conteúdo: intervenção estruturada em três fases: melhoria da autoestima, fortalecimento do <i>empowerment</i> e adaptação do ambiente para sustentar os ganhos.		
Frame, K., Kelly, L., & Bayley, E. 2003 EUA	Estudo <i>quasi-experimen</i> tal antes e após	Avaliar a eficácia de um grupo de apoio para melhorar a autoimagem, competência social, aceitação e autoestima em pré-adolescentes com PHDA.	- População: 65 pré-adolescentes diagnosticad os com PHDA. - Contexto: escolar.	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: duas vezes por semana durante 4 semanas. - Duração: 30 minutos cada sessão. - Conteúdo: Atividades baseadas no currículo STARS (<i>Social empowerment training</i>), com foco na aceitação social, autoeficácia e interação com colegas.	- <i>Harter Self-Perception Profile</i> para crianças (SPPC)	Autoestima
Pittiglio, L. 2000 EUA	Estudo observaci onal descritivo	Explorar o uso da terapia de reminiscência como intervenção para melhorar a autoestima, reduzir a depressão e o isolamento social	- População: idosos diagnosticad os com Alzheimer. - Contexto: Residência de longa	—	- Formato: presencial, individual e em grupo. - Frequência: adaptada à rotina dos utentes. - Duração: curta, adaptadas à capacidade de atenção dos utentes. - Conteúdo: uso de fotos, objetos pessoais, música e	—	Autoestima

		em pessoas com Alzheimer.	permanência.		narrativas para estimular memórias e promover interação social.		
Boomsma, J., Dassen, T., Dingemans, C., & van den Heuvel, W. 1999 Países Baixos	Estudo observacional descritivo	Identificar as intervenções de Enfermagem realizadas no cuidado psiquiátrico domiciliar orientado à crise e de longo prazo, analisando diferenças entre os dois modelos.	- População: 159 planos de cuidados analisados de pessoas com perturbações mentais. - Contexto: cuidados domiciliários psiquiátricos.	—	- Formato: presencial. - Frequência: até 3 visitas diárias por até 6 semanas. - Duração: não especificado. - Conteúdo: apoio emocional, gestão da medicação, terapia de atividades, melhoria da autoestima, promoção da segurança e lidar com a crise.	- Classificação de Intervenções de Enfermagem	Autoestima
Modrcin-Talbott, M. A., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K., & Muenchen, B. 1998 EUA	Estudo observacional descritivo	Explorar as diferenças e correlações entre a autoestima e variáveis como idade, género, exercício, tabagismo, depressão e uso parental de álcool	- População: 77 adolescentes (12 aos 19 anos) - Contexto: ambulatório.	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: 2 a 3 vezes por semana. - Duração: 45 minutos cada sessão, durante três meses. - Conteúdo: discussão guiada e oportunidades para expressão de sentimentos sobre questões atuais e passadas.	- <i>Coopersmith Self-Esteem Inventory</i> (SEI)	Autoestima

		em adolescentes tratados em contexto ambulatorio de saúde mental.					
Lantz, M. S., Buchalter, E. N., & McBee, L. 1997 EUA	Estudo <i>quasi-experimental</i>	Desenvolver e avaliar um programa de terapia de grupo para idosos institucionalizados com demência para melhorar a autoestima, a autoconsciência e o comportamento.	- População: idosos com diagnóstico de perturbação neurocognitiva. - Contexto: instituição de longa permanência.	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: uma vez por semana. - Duração: sessões de 1 hora, durante 10 semanas. - Conteúdo: técnicas de meditação, relaxamento, imagem guiada, aromaterapia e exercícios de consciência corporal.	—	Autoestima
Walsh, S. M. 1993 EUA	Estudo <i>quasi-experimental</i> antes e após	Avaliar a eficácia de uma intervenção artística para melhorar a autoestima, a perspetiva de futuro e reduzir a depressão em adolescentes hospitalizados por	- População: 39 adolescentes (13 a 17 anos) hospitalizados por comportamento suicida. - Contexto: unidade de	—	- Formato: presencial, em grupo. - Frequência: uma sessão. - Duração: 3 horas, dividida em dois segmentos de 1,5 horas. - Conteúdo: criação de um póster de caricatura de autoimagem futura utilizando fotos, materiais artísticos e discussões em grupo para explorar identidades futuras e metas.	- <i>Coopersmith Self-Esteem Inventory</i> (SEI)	Autoestima

		comportamento suicida.	internamento psiquiátrico pediátrico.				
Morath, J. M. 1987 EUA	Estudo observacional descritivo	Implementar uma intervenção baseada na teoria interpessoal de Sullivan para melhorar a autoestima e reduzir a ansiedade em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia.	- População: mulher de 25 anos com diagnóstico de esquizofrenia - Contexto: Unidade psiquiátrica hospitalar.	—	- Formato: presencial, individual. - Frequência: regular durante a hospitalização. - Duração: adaptada às necessidades da pessoa. - Conteúdo: intervenções focadas na ressocialização, testes de realidade, estabelecimento de limites, gestão de comportamentos desorganizados e apoio emocional.	—	Autoestima

Anexo III – Consentimento de participação



Consentimento de participação

Eu, baixo-assinado (nome completo do participante na intervenção) _____, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na intervenção que se tenciona realizar. Foi-me dada a oportunidade de fazer todas as perguntas que julguei necessárias, e de todas recebi resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho direito de recusar a todo o tempo a minha participação, sem isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o desenvolvimento da intervenção, sendo guardados em local seguro e destruídos após a sua conclusão. Os mesmos dados, não identificando a fonte dos mesmos, serão utilizados para fins de um relatório de estágio que ficará disponível online em acesso aberto.

Por isso, consinto em participar na intervenção em causa.

Data: _____ de _____ de 2024

Assinatura do utente: _____

Anexo IV – Questionário de satisfação



Curso de Mestrado Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Questionário de satisfação dos utentes

Instruções: A sua opinião relativamente a esta intervenção é muito importante. Por favor leia as seguintes afirmações e, para cada afirmação, faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda com cada afirmação de forma a expressar a sua opinião. Coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

Questões	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Considero que a intervenção foi útil.	1	2	3	4	5
Considero que a duração da sessão foi adequada.	1	2	3	4	5
Considero que o ambiente onde ocorreram as sessões foi adequado.	1	2	3	4	5
Considero ter tido benefícios com esta intervenção.	1	2	3	4	5
Estou satisfeito com os resultados alcançados com a intervenção.	1	2	3	4	5
Recomendaria a intervenção a um familiar e amigo.	1	2	3	4	5

Obrigado pela colaboração.

Anexo V – Avaliação Cognitiva de Montreal

Anexo VI – Escala de Autoestima de Rosenberg

RSES

Segue-se uma lista de afirmações que dizem respeito ao modo como se sente acerca de si próprio(a). À frente de cada uma delas assinale com uma cruz (X), na respectiva coluna, a resposta que mais se lhe adequa.

	Concordo fortemente	Concordo	Discordo	Discordo fortemente
1. Globalmente, estou satisfeito(a) comigo próprio(a).	☐	☐	☐	☐
2. Por vezes penso que não sou bom/boa em nada.	☐	☐	☐	☐
3. Sinto que tenho algumas qualidades.	☐	☐	☐	☐
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como a maioria das pessoas.	☐	☐	☐	☐
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar.	☐	☐	☐	☐
6. Por vezes sinto-me, de facto, um(a) inútil.	☐	☐	☐	☐
7. Sinto-me uma pessoa de valor, pelo menos tanto quanto a generalidade das pessoas.	☐	☐	☐	☐
8. Gostaria de ter mais respeito por mim próprio(a).	☐	☐	☐	☐
9. Bem vistas as coisas, inclino-me a sentir que sou um(a) falhado(a).	☐	☐	☐	☐
10. Adopto uma atitude positiva para comigo.	☐	☐	☐	☐

Fonte: Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). Validação da Escala de Auto-Estima de Rosenberg com adolescentes portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos de Medicina*, 25, 174-179.

**Pedro Pechorro**

para mim ▾

Boa tarde

Pode utilizar.

Cumprimentos

Pedro Pechorro



20:57 (há 15 minutos)



A terça, 21/05/2024, 16:53, Rita Pinto

Boa noite,

O meu nome é Rita Pinto e sou aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Neste momento encontro-me a realizar o projeto de estágio no âmbito do referido mestrado. A temática do meu relatório será o Autoconceito. Deste modo para a realização da intervenção pretendia utilizar o instrumento de avaliação Escala de Autoestima de Rosenberg, para avaliação da autoestima nos utentes em contexto de cuidados a pessoas em fase de descompensação clínica aguda, comunidade e respostas diferenciadas (pedopsiquiatria).

Venho, então, por este meio, solicitar a autorização para utilizar o referido instrumento e a sua disponibilização.

Com os melhores cumprimentos,

Rita Pinto

Anexo VII – Escala de apreciação corporal-2

ESCALA DE APRECIACÃO CORPORAL-2 (BAS-2)*Versão original de Tylka & Wood-Barcalow (2015)**Versão Portuguesa de Lemoine, Kondrasen, Lunde-Jensen, Roland-Lévy, Ny, Khalaf, & Torres (2018)*

Por favor, indique até que ponto cada uma das afirmações é verdadeira em relação a si, escolhendo uma das seguintes opções: nunca, raramente, às vezes, frequentemente, ou sempre

		Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1	Respeito o meu corpo.	1	2	3	4	5
2	Sinto-me bem com o meu corpo.	1	2	3	4	5
3	Sinto que o meu corpo tem algumas qualidades.	1	2	3	4	5
4	Tenho uma atitude positiva em relação ao meu corpo.	1	2	3	4	5
5	Estou atento(a) às necessidades do meu corpo.	1	2	3	4	5
6	Sinto amor pelo meu corpo.	1	2	3	4	5
7	Aprecio as várias características únicas do meu corpo.	1	2	3	4	5
8	O meu comportamento revela a atitude positiva que tenho em relação ao meu corpo; por exemplo, mantenho a cabeça erguida e sorrio.	1	2	3	4	5
9	Sinto-me confortável no meu corpo.	1	2	3	4	5
10	Sinto-me bonito(a) mesmo que seja diferente das imagens de pessoas atraentes que aparecem nos meios de comunicação social (ex., modelos, atrizes/atores).	1	2	3	4	5

Fonte: Lemoine, J. E., Konradsen, H., Lunde Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body image*, 26, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.04.004>

Autorização de uso de instrumento de avaliação em contexto de mestrado



Caixa de entrada x



Rita Pinto

sábado, 8/06, 10:05 (há 9 dias)



Bom dia, O meu nome é Rita Pinto e sou aluna do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem ...



Sandra Torres

11:14 (há 2 horas)



para mim ▾

Cara Rita,

Agradeço o seu interesse pela escala BAS-2.
Envio em anexo a mesma, bem como os respetivos artigos.
Desejo-lhe as maiores felicidades para o seu trabalho.

Cumprimentos,

Sandra Torres
Professora Auxiliar | Assistant Professor

**Anexo VIII – Planos de sessão do contexto de internamento de pessoas em fase
de descompensação clínica aguda e outras atividades realizadas**

Contexto	Internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda
População alvo	Utentes internados na ala de transição do internamento.
Domínio de Enfermagem	Autoconceito
Dados relevantes para o diagnóstico	- Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal; - Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo; - Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo; - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade; - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.
Diagnóstico de Enfermagem	Autoconceito comprometido
Intervenção de Enfermagem	Intervenção adaptada de Stouwe et al. (2021), identifica-se como intervenções psicoterapêuticas, uma combinação da Reestruturação Cognitiva (abordagem cognitiva) e a Técnica de Modificação do Comportamento (alteração comportamental).
CrITÉRIOS inclusão	- Conhecimento de escrita e leitura em língua portuguesa; - Acuidade visual e auditiva íntegra; - Presença de diagnóstico de Enfermagem “autoconceito comprometido” de entre os utentes que forem indicados/referenciados pelo enfermeiro tutor (score ≤ 25 na RSES).
CrITÉRIOS de exclusão	- Défice cognitivo que impeça a participação (score inferior a 25 no MoCA); - Agitação psicomotora; - Estado confusional; - Sintomas positivos exacerbados; - Agressividade/hostilidade latente; - Falta de vontade/motivação para participar; - Incapacidade de cumprimento de regras (OE, 2023).
Objetivos	- Melhorar a autoestima dos utentes; - Melhorar o conhecimento sobre autoestima; - Melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras da autoestima; - Promover o autocontrolo dos processos de pensamento promotores da autoestima; - Promover mudança no comportamento relacionado com a autoestima.

Tema	Sessão 0 – Introdução ao projeto				
Data	21/09/2024	Horário	16 – 17h	Local	Internamento
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	35 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e participativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Apresentação da estudante e do âmbito académico do estágio.	<u>Avaliação diagnóstica (realizada de forma individual):</u> - Avaliar a cognição (MoCA); - Avaliar a autoestima (RSES); - Avaliar a motivação para participar. Identificar e agrupar as pessoas que cumprem os critérios de inclusão e não apresentam critérios de exclusão. <u>Introdução do projeto às pessoas selecionadas:</u> Explicar funcionamento, estrutura e duração das sessões. Informar sobre os objetivos das sessões. <u>Atividade:</u> “Adivinha quem é com elogios” (cada pessoa tem que descrever a pessoa que lhe foi sorteada através de elogios até que os restantes utentes descubram quem é).			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado. Informar sobre o dia da próxima sessão.
		Cadeiras e mesas, instrumentos de avaliação, canetas, projetor e computador.			

Tema	Sessão 1 – O que é a autoestima?				
Data	22/09/2024	Horário	16 - 17h	Local	Internamento
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Cumprimentar o grupo.	Intervenção psicoeducacional sobre autoestima.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado.
	Questionar a existência de alguma questão sobre o projeto e apresentação o do tema da sessão.	Reflexão sobre o impacto das crenças negativas e a importância das crenças positivas sobre si próprios. <u>Atividade:</u> “Carta para a minha autoestima” – os utentes são incentivados a escrever uma carta para si mesmos identificando aspetos positivos com o objetivo de melhorar a sua autoestima.			Realizar síntese da sessão. Informar sobre o dia da próxima sessão.
Recursos	Cadeiras e mesas, folhas para atividade, canetas, projetor e computador.				

Tema	Sessão 2 – Criar uma autoestima positiva				
Data	26/09/2024	Horário	10 - 11h	Local	Internamento
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Cumprimentar o grupo.	Informar sobre os diferentes componentes que constituem a autoestima de uma pessoa e reflexão sobre o valor de cada um.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado.
	Questionar a existência de alguma questão sobre o projeto e apresentação do tema da sessão.	Assistir na identificação de uma autoestima mais positiva sobre si. <u>Atividade:</u> Gira a roda (roda com diversas áreas em que a pessoa se autoelogia em cada uma destas).			Realizar síntese da sessão.
		Introdução do diário positivo e dos benefícios desta atividade.			Informar sobre o dia da próxima sessão.
		Estabelecer plano de ação (registo diário de aspetos positivos sobre si mesmos).			
Recursos	Cadeiras e mesas, folhas para atividade, canetas, projetor e computador.				

Tema	Sessão 3 – Atitudes para uma autoestima positiva				
Data	02/10/2024	Horário	10 - 11h	Local	Internamento
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Cumprimentar o grupo.	Assistir a identificar os eventos positivos e a relacionar com qualidades pessoais (através da reflexão dos registos realizados no diário positivo) Refletir e registar comportamentos desejados tendo em conta a autoestima positiva desejada. <u>Atividade:</u> Através dos comportamentos identificados, registar “missões” para colocar em prática no dia a dia. Estabelecer plano de ação (colocar em prática os comportamentos desejados).			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado.
	Questionar a existência de alguma questão sobre o projeto e apresentação do tema da sessão.				Realizar síntese da sessão.
	Questionar sobre plano de ação da sessão anterior.				Informar sobre o dia da próxima sessão.
Recursos	Cadeiras e mesas, folhas para atividade, canetas, projetor e computador.				

Tema	Sessão 4 – Manter uma autoestima positiva				
Data	07/10/2024	Horário	10 - 11h	Local	Internamento
	Introdução		Desenvolvimento		Conclusão
Duração	5 minutos		50 minutos		5 minutos
Metodologia	Expositiva		Expositiva e ativa		Interrogativo
Conteúdos programáticos	Cumprimentar o grupo.		Discussão sobre o valor e impacto das críticas na autoestima.		Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado. Realizar síntese da sessão. Informar sobre o dia da próxima sessão.
	Questionar a existência de alguma questão sobre o projeto e apresentação do tema da sessão.		Ensinar e treinar estratégias sobre como lidar com críticas.		
	Questionar sobre plano de ação da sessão anterior.		Assistir a identificar estratégias para prevenir recaídas. <u>Atividade:</u> Criar cartão de estratégias para promover uma autoestima positiva.		
Recursos	Cadeiras e mesas, folhas para atividade, canetas, projetor e computador.				

Tema	Sessão 5 – Sessão final				
Data	08/10/2024	Horário	10 - 11h	Local	Internamento
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Interrogativa	Ativa e participativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Cumprimentar o grupo.	<u>Atividade:</u> Espelho na caixa e autoelogio (cada pessoa é convidada a olhar para uma caixa sem saber o que contém – um espelho – e escreve um elogio sobre aquilo que vê na caixa. No final cada pessoa partilha o que sentiu e explica o elogio escolhido) <u>Avaliação final:</u> - Avaliar autoestima (RSES). - Avaliação da intervenção por parte dos utentes.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado.
	Questionar a existência de alguma questão sobre o projeto e apresentação do tema da sessão.				Realizar síntese da sessão.
Recursos	Cadeiras e mesas, instrumentos de avaliação, canetas, projetor, computador, caixa com espelho.				

CARTA PARA A MINHA AUTOESTIMA

AUTOESTIMA POSITIVA





DIÁRIO DA AUTOESTIMA POSITIVA

MISSÕES PARA A PRÓXIMA SEMANA





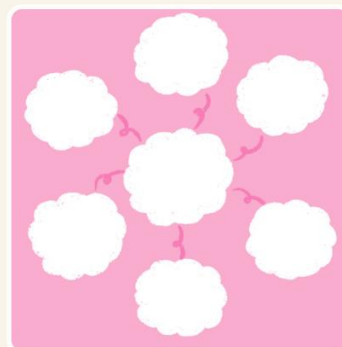




ATITUDES POSITIVAS



ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER UMA AUTOESTIMA POSITIVA



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

SESSÃO 0 - INTRODUÇÃO

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

PROJETO: AUTOCONCEITO

4 sessões de 1 hora - atividades práticas durante a sessão e para usarem no dia a dia

- **Objetivo:** Compreender a importância do auto-conceito e como melhorá-lo.

O QUE É O AUTOCONCEITO ?

É a forma como nos vemos e como nos valorizamos e aceitamos.

É a imagem que temos de nós próprios.

- O que pensamos que somos;
- O que pensamos que conseguimos alcançar;
- O que pensamos que os outros pensam de nós;
- O que gostaríamos de ser.

O QUE É O AUTOCONCEITO ?

É formada por experiências, sucessos, fracassos, relacionamentos e percepções pessoais.

Aceitação de elogios e críticas; Percepção das capacidades.

Envolve sentimentos de autovalorização, autoaceitação e autoconfiança.

(ICN, 2019).

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

SESSÃO 1 - O QUE É A AUTOESTIMA?

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

CARTA PARA A MINHA AUTOESTIMA

- O que eu gosto;
- O que eu gostaria de melhorar;
- Como é que eu gostaria de me sentir no final das sessões.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

SESSÃO 2 - CRIAR UMA AUTOESTIMA POSITIVA

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

RODA DA AUTOESTIMA

Diagrama circular com 8 segmentos: AUTOCUIDADO, RESILIÊNCIA, CONTRIBUIÇÃO, VALORES, CONQUISTAS, RELAÇÕES, APARÊNCIA, HABILIDADES.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

SESSÃO 3 - ATITUDES PARA UMA AUTOESTIMA POSITIVA

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

SESSÃO 4 - MANter UMA AUTOESTIMA POSITIVA

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

COMO LIDAR COM AS CRÍTICAS

Eu concordo com essa opinião da outra pessoa?

O que me fez sentir e pensar?

- Quais são as provas que apoiam esta ideia?
- Quais são as provas que mostram que essa ideia pode estar errada?
- Existe uma explicação ou ponto de vista alternativo?
- Qual é o efeito de acreditar na crítica?
- Qual poderia ser o efeito em si de mudar o pensamento?
- O que eu diria a um amigo se ele estivesse na mesma situação?



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

Estudante: En^h Rita Pinheiro Pinto
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**Anexo IX – Planos de sessão do contexto de cuidados na comunidade e outras
atividades realizadas**

Contexto	Contexto de cuidados na comunidade
População alvo	Utente pertencente ao CRI-SM equipa comunitária
Domínio de Enfermagem	Autoconceito
Dados relevantes para o diagnóstico	- Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal; - Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo; - Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo; - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade; - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.
Diagnóstico de Enfermagem	Autoconceito comprometido
Intervenção de Enfermagem	A intervenção neste contexto terá por base o protocolo usado no estudo de Waite et al. (2012) que incorpora técnicas da terapia cognitivo-comportamental e, também, abordagens de esquemas, demonstrando resultados positivos pela eficácia em melhorar a autoestima, pela mudança dos pensamentos autocríticos e comportamentos relacionados.
Critérios inclusão	- Conhecimento de escrita e leitura em língua portuguesa; - Acuidade visual e auditiva íntegra; - Presença de diagnóstico de Enfermagem “autoconceito comprometido” de entre os utentes que forem indicados/referenciados pelo enfermeiro tutor (score ≤ 25 na RSES).
Critérios de exclusão	- Défice cognitivo que impeça a participação (score inferior a 25 no MoCA); - Agitação psicomotora; - Estado confusional; - Sintomas positivos exacerbados; - Agressividade/hostilidade latente; - Falta de vontade/motivação para participar; - Incapacidade de cumprimento de regras (OE, 2023).
Objetivos	- Melhorar a autoestima dos utentes; - Melhorar o conhecimento sobre autoestima; - Melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras da autoestima; - Promover o autocontrolo dos processos de pensamento promotores da autoestima; - Promover mudança no comportamento relacionado com a autoestima.

Tema	Sessão 0				
Data	22/10/2024	Horário	11 – 12h	Local	UCC
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	35 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e participativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento da utente; Apresentação da estudante e do âmbito académico do estágio; Confirmar a confidencialidade da intervenção;	<u>Avaliação diagnóstica:</u> - Avaliar a cognição (MoCA); - Avaliar a autoestima (RSES); - Avaliar a motivação para participar. <u>Introdução do projeto às pessoas selecionadas:</u> Explicar funcionamento, estrutura e duração das sessões. Informar sobre os objetivos das sessões. <u>Atividade:</u> “Linha do tempo positiva” - utente é incentivada a identificar momentos de conquista e autovalorização no passado (entregue folha de atividade).			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado.
					Informar sobre o dia da próxima sessão.
Recursos	Cadeiras e mesas, instrumentos de avaliação, canetas e computador.				

Tema	Sessão 1				
Data	24/10/2024	Horário	10 - 11h	Local	UCC
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento da utente.	Ensinar sobre autoestima; Definição de objetivos específicos para a autoestima, registados por escrito (entregue folha de atividade); Realizar ensino sobre pensamentos automáticos negativos; Realizar esquema explicativo sobre a formação de pensamentos automáticos; Identificar situações que propiciem pensamentos automáticos; Instruir sobre registo diário de pensamentos disfuncionais e erros cognitivos; Estabelecer plano de ação: registo diário de pensamentos automáticos, a situação e a emoção correspondente (entregue folha de atividade).			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
	Questionar a existência de alguma questão sobre o projeto e apresentação o do tema da sessão.				
Recursos	Cadeiras e mesas. folhas para atividade e caneta.				

Tema	Sessão 2				
Data	28/10/2024	Horário	10 - 11h	Local	UCC
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento da utente; Reavaliar a motivação para a mudança; Questionar a existência de alguma questão sobre a sessão anterior; Discutir o plano de ação da semana anterior.	Assistir na identificação de pensamentos autocríticos nas situações mais relevantes para a utente; Instruir a avaliar a veracidade dos pensamentos. Ensinar sobre questionamento socrático (entregue folheto informativo); Realizar ensino sobre pensamentos positivos; Atividade: “Árvore da positividade” - Ajudar a refletir sobre os aspetos positivos e pessoas significativas nas suas vidas (entregue folha de atividade); Estabelecer plano de ação: instruir o registo diário de aspetos positivos – “Diário positivo” (entregue folha de atividade).			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Recursos	Cadeiras e mesas, folhas para atividade, canetas e computador.				

Tema	Sessão 3				
Data	5/11/2024	Horário	10 - 11h	Local	UCC
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento da utente; Reavaliar a motivação para a mudança; Questionar a existência de alguma questão sobre a sessão anterior; Discutir o plano de ação da semana anterior.	Assistir utente a relacionar os aspetos positivos registados com qualidades pessoais. Assistir a identificar os comportamentos desejados tendo em conta as qualidades pessoais identificadas. <u>Atividade:</u> “Renovar a autoestima” - registar lista de qualidades pessoais desejadas para melhorar a sua autoestima e os respetivos comportamentos (entregue folha de atividade); Estabelecer plano de ação: incentivar a adoção dos comportamentos desejados registados na rotina diária da utente.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Recursos	Cadeiras e mesas, folhas para atividade, canetas e computador.				

Tema	Sessão 4				
Data	11/11/2024	Horário	10 - 11h	Local	UCC
	Introdução		Desenvolvimento		Conclusão
Duração	5 minutos		50 minutos		5 minutos
Metodologia	Expositiva		Expositiva e ativa		Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento da utente; Reavaliar a motivação para a mudança; Questionar a existência de alguma questão sobre a sessão anterior; Discutir o plano de ação da semana anterior.		Ensinar sobre pensamentos alternativos; Assistir na substituição de interpretações erróneas por interpretações mais baseadas na realidade concreta relativamente a situações, acontecimentos e/ou interações negativas; Preparar utente para lidar com possíveis situações de retrocesso, identificando e analisando as suas maiores preocupações e possíveis fatores precipitantes; <u>Atividade:</u> identificar e registar estratégias para promover uma autoestima positiva em situações de crise. Estabelecer plano de ação: Identificar objetivos quanto à autoestima da utente para o futuro.		Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Marcar sessão seguinte.
Recursos	Cadeiras e mesas, folhas para atividade, canetas e computador.				

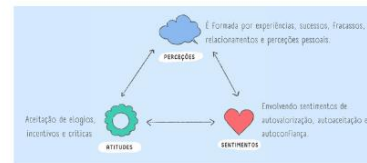
Tema	Sessão 5 – Sessão final				
Data	14/11/2024	Horário	10 - 11h	Local	UCC
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Interrogativa	Ativa e participativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento da utente; Reavaliar a motivação para a mudança; Questionar a existência de alguma questão sobre a sessão anterior; Discutir o plano de ação da semana anterior.	Reforçar positivamente os progressos da utente; Rever as estratégias que a utente desenvolveu ao longo das sessões que pode utilizar em resposta aos stressores/sintomas; <u>Avaliação final:</u> - Avaliar autoestima (RSES). - Avaliação da intervenção por parte dos utentes.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Realizar síntese da intervenção realizada; Agradecer a participação; Terminar sessão.
Recursos	Cadeiras e mesas, instrumentos de avaliação, canetas e computador.				

LINHA DO TEMPO



O QUE É A AUTOESTIMA ?

A autoestima representa o julgamento que cada um faz de si próprio e do seu próprio valor.



OBJETIVOS:

REGISTO DE PENSAMENTOS



PENSAMENTOS NEGATIVOS:



DIÁRIO DA AUTOESTIMA POSITIVA

ASPETO POSITIVO

QUALIDADE

COMPORTAMENTO

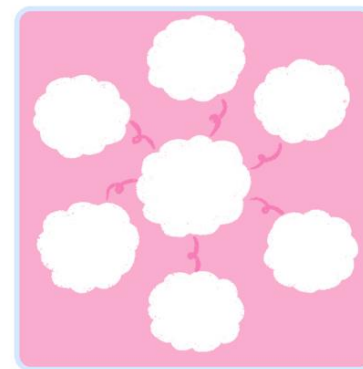
AVALIAR OS PENSAMENTOS

- Qual é o pensamento?
- Quais são as provas que apoiam esta ideia?
- Quais são as provas que mostram que essa ideia pode estar errada?
- Existe uma explicação ou ponto de vista alternativo?
- Qual é a pior coisa que poderia acontecer?
- E, se isso acontecesse, como poderia enfrentar?
- Qual é a melhor coisa que poderia acontecer?
- Qual é o resultado mais realista?
- Qual é o efeito de acreditar no pensamento automático?
- Qual poderia ser o efeito em si de mudar o pensamento?
- O que eu diria a um amigo se ele estivesse na mesma situação?

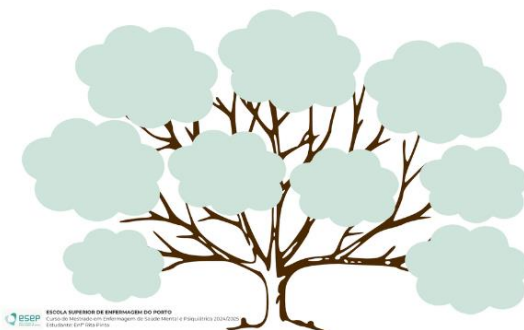
PENSAMENTOS ALTERNATIVOS



ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER UMA AUTOESTIMA POSITIVA



ÁRVORE DA POSITIVIDADE



Anexo X – Estudo de caso

1. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

A D^a M, 70 anos, foi referenciada pela médica de família por diagnóstico de perturbação neurocognitiva minor e impacto do mesmo no autoconceito da cliente. A D^a M é viúva e não tem filhos, mora com uma irmã e tem o apoio das outras duas irmãs e os respetivos maridos, com quem tem muito boa relação. A cliente demonstra disponibilidade e interesse no processo de aprendizagem e aquisição de competências.

1.1. Enquadramento teórico

Introdução

O presente documento apresenta o processo de tomada de decisão em Enfermagem no contexto de cuidados na comunidade, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular “Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II”, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob a orientação do Professor Doutor Francisco Sampaio e da Professora Doutora Patrícia Gonçalves e em contexto de estágio pela Professora Doutora Júlia Marques. O caso clínico aqui sistematizado, com recurso à plataforma e4Nursing, visa ilustrar a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e a progressiva consolidação de competências na conceção de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Através da integração de dados clínicos, conhecimento disciplinar e raciocínio diagnóstico, este processo expressa a natureza autónoma e deliberativa da prática do enfermeiro especialista.

A relevância deste capítulo prende-se com a necessidade de demonstrar a capacidade de conceção de cuidados fundamentada na evidência científica, elemento central no exercício profissional autónomo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e exigência do grau de Mestre. Este processo concretiza-se por via do Processo de Enfermagem, estrutura metodológica composta por cinco etapas – avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação –, que orienta o raciocínio clínico e sustenta a tomada de decisão fundamentada (Silva, 2011). Esta abordagem sistemática permite organizar os dados recolhidos, emitir julgamentos clínicos consistentes e definir intervenções eficazes, promovendo resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

O desenvolvimento e a utilização da plataforma e4Nursing, enquanto ferramenta pedagógica digital, representa um avanço significativo na formação avançada em Enfermagem. Esta

ferramenta incorpora uma Ontologia de Enfermagem que estrutura, no seu *backend*, os conceitos disciplinares e as relações semânticas entre dados, diagnósticos, objetivos e intervenções. A utilização desta ontologia permite representar formalmente o conhecimento em Enfermagem, promovendo a integridade referencial entre os elementos do processo clínico e assegurando a coerência na documentação dos cuidados prestados.

A formalização do conhecimento disciplinar tem sido desenvolvida com base em modelos clínicos de dados orientados por focos específicos, com base na Teoria das Transições de Meleis, articulando conceitos-chave da disciplina, categorias diagnósticas validadas e intervenções ajustadas, em conformidade com a estrutura ontológica. Estes modelos fornecem suporte à decisão clínica, ao integrarem dados relevantes para o diagnóstico, categorias diagnósticas validadas e intervenções ajustadas ao foco em causa, organizadas em conformidade com uma ontologia disciplinar. Neste contexto, o projeto NursingOntos reafirma a importância da construção formal de conhecimento disciplinar enquanto eixo estruturante para a prática autónoma e reflexiva dos enfermeiros, consolidando uma linguagem disciplinar comum (Gonçalves, 2020). Neste sentido, o presente processo de tomada de decisão em Enfermagem constitui-se como um exercício académico e profissional que visa consolidar competências no processo de tomada de decisão em Enfermagem e assume um papel formativo essencial no percurso de desenvolvimento de um pensamento crítico e estruturado, coerente com os princípios da tomada de decisão clínica sustentada.

A estrutura do capítulo desenvolve-se de forma sequencial e lógica, iniciando-se com o enquadramento teórico, no qual são apresentados os conceitos fundamentais que sustentam a análise do caso clínico. Segue-se a secção que aborda a medicação, através da análise dos fármacos prescritos e da sua relação com o estado de saúde mental da cliente. Posteriormente, são identificados os domínios prioritários que orientam a conceção dos cuidados, permitindo delimitar os focos da intervenção de Enfermagem. A secção seguinte, relativa à conceção de cuidados, contempla a sistematização dos dados clínicos recolhidos, a formulação dos diagnósticos de Enfermagem, a definição dos objetivos terapêuticos e a seleção das intervenções adequadas. Segue-se a a secção da especificação das intervenções, na qual se procede à descrição técnica, rigorosa e fundamentada das ações implementadas. O capítulo encerra com a síntese relativa ao caso, que integra uma reflexão crítica sobre a evolução do estado da cliente e os ganhos em saúde alcançados com as intervenções de Enfermagem desenvolvidas.

Enquadramento teórico

No presente subcapítulo, será apresentado o enquadramento teórico referente ao processo de tomada de decisão em Enfermagem, referente ao contexto de estágio "Cuidados na comunidade". Este enquadramento teórico encontra-se organizado com o objetivo de

contextualizar o diagnóstico médico da cliente — PNM —, a sua relação com o autoconceito e os pressupostos científicos que fundamentam a prática de Enfermagem especializada neste domínio.

A PNM, frequentemente designada como défice cognitivo ligeiro, caracteriza-se por um declínio cognitivo superior ao esperado para a idade, que não compromete de forma significativa a autonomia funcional do indivíduo nas atividades de vida diárias. Os sintomas incluem dificuldades ligeiras na memória, na atenção, na linguagem ou nas funções executivas, mantendo-se a independência funcional global (American Psychiatric Association, 2022). A consciência das alterações cognitivas por parte da pessoa é comum e constitui um indicador clínico relevante. A evolução para perturbação neurocognitiva *major* não é inevitável, embora a PNM represente um fator de risco significativo, exigindo uma abordagem preventiva e contínua.

O processo diagnóstico baseia-se numa avaliação clínica detalhada, complementada pelo uso de instrumentos padronizados e validados, como o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), que permitem diferenciar alterações cognitivas leves de quadros demenciais (Nasreddine et al., 2005). No entanto, estudos indicam que o *Mini Mental State Examination* (MMSE), embora menos sensível que o MoCA para défices subtis, é um instrumento fiável e amplamente validado, especialmente quando complementado com o Teste do desenho do relógio, que permite avaliar capacidades visuoespaciais e funções executivas (Guerreiro, 1998). A colaboração de familiares e cuidadores assume particular importância na obtenção de dados sobre alterações comportamentais e funcionais, contribuindo para uma compreensão abrangente da condição (Alzheimer's Association, 2021).

De acordo com o relatório da *Lancet Commission on Dementia Prevention, Intervention, and Care* (Livingston et al., 2024), as perturbações neurocognitivas são altamente prevalentes e a sua incidência tende a aumentar devido ao envelhecimento populacional, sendo possível prevenir ou retardar até 40% a 50% dos casos de demência através da modificação de fatores de risco. Entre os principais fatores modificáveis identificados contam-se: baixa escolaridade, perda auditiva, hipertensão arterial, tabagismo, obesidade, diabetes, depressão, inatividade física, consumo excessivo de álcool, traumatismos crânio-encefálicos, poluição atmosférica, isolamento social, perda visual não tratada e níveis elevados de colesterol LDL.

Estudos recentes demonstram que intervenções multifatoriais dirigidas a esses fatores são eficazes na redução do risco de demência, sendo recomendada uma abordagem precoce e contínua ao longo da vida (Livingston et al., 2024). A evidência científica sugere ainda que a estimulação cognitiva, a atividade física regular e a manutenção de vínculos sociais ativos potenciam a reserva cognitiva e atenuam os efeitos da neuropatologia subjacente (Ngandu et al., 2015; Stern et al., 2020). No caso específico da PNM, a investigação atual aponta para a relevância de estratégias não farmacológicas, nomeadamente a reabilitação cognitiva, o treino de memória e a promoção de estilos de vida saudáveis, como métodos eficazes na estabilização

e possível melhoria da função cognitiva (Livingston et al., 2024). Paralelamente, a evidência sobre os benefícios de intervenções psicossociais na melhoria do autoconceito, mais especificamente na autoestima, em pessoas com PNM tem vindo a aumentar, sugerindo que a integração destas abordagens no processo de tomada de decisão em Enfermagem pode contribuir para mitigar os efeitos emocionais associados ao diagnóstico.

A percepção de perda de capacidades cognitivas pode gerar alterações significativas no autoconceito da pessoa, nomeadamente no que se refere à autoestima, identidade pessoal e sentimento de utilidade. O diagnóstico de PNM, apesar de não comprometer de forma grave a funcionalidade, pode desencadear um processo de reavaliação do *self*, frequentemente marcado por insegurança, sentimentos de inadequação e retraimento social (Faria et al., 2019). Estas mudanças podem ser interpretadas à luz da Teoria das Transições de Meleis, que enfatiza a importância de compreender as transições vivenciadas pelos clientes e de implementar intervenções de Enfermagem que facilitem processos adaptativos saudáveis (Meleis, 2010). No contexto da PNM, a intervenção deve ser centrada na pessoa, promovendo a capacitação, a reformulação de crenças disfuncionais e a valorização das competências preservadas. Esta abordagem visa não apenas estabilizar a função cognitiva, mas também preservar o bem-estar emocional, a autoestima e identidade pessoal, aspetos fundamentais para uma transição saudável. Assim, a atuação do EEESMP deve integrar uma visão holística e personalizada, sustentada em evidência científica e articulada com o referencial teórico da Teoria das Transições de Meleis. Esta abordagem permite compreender e apoiar eficazmente a transição associada à Saúde Mental e Psiquiátrica, promovendo intervenções que facilitem a adaptação e o bem-estar da pessoa (Meleis, 2010).

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

1.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-22 10:00:00	Lisinopril 20 mg (1+0+0) (oral)	
2024-10-22 10:00:00	Indapamida 1,5 mg (1+0+0) (oral)	
2024-10-22 10:00:00	Alprazolam 1 mg (1+0+1) (oral)	

1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

• Lisinopril 20 mg (1+0+0) (oral)

Grupo farmacológico: Lisinopril é um fármaco anti-hipertensor pertencente à classe dos inibidores da enzima de conversão da angiotensina (iECA).

Mecanismo de ação: O lisinopril atua inibindo a enzima de conversão da angiotensina I em angiotensina II, um potente vasoconstritor. A redução da concentração de angiotensina II provoca vasodilatação periférica e diminuição da secreção de aldosterona, promovendo menor retenção de sódio e água. Este mecanismo contribui para a diminuição da resistência vascular sistémica e da pressão arterial (Katzung et al., 2021).

Indicações terapêuticas: Está indicado no tratamento da hipertensão arterial essencial, insuficiência cardíaca congestiva sintomática (em associação com outros fármacos), disfunção ventricular esquerda após enfarte do miocárdio e nefropatia diabética em doentes com hipertensão (European Medicines Agency [EMA], 2023).

Contraindicações: É contraindicado em casos de hipersensibilidade aos iECA, antecedentes de angioedema associado a tratamento prévio com iECA, angioedema hereditário ou idiopático, gravidez (sobretudo no segundo e terceiro trimestres) e em doentes com estenose bilateral das artérias renais ou hipercaliemia (Infarmed, 2023).

Efeitos adversos: Os efeitos secundários mais comuns incluem tonturas, cefaleias, tosse seca persistente, hipotensão, disfunção renal e, menos frequentemente, hipercaliemia. O angioedema, embora raro, constitui uma reação adversa potencialmente grave (BNF, 2024).

Cuidados de Enfermagem: Os cuidados de Enfermagem incluem monitorização da pressão arterial e da função renal (creatinina e ureia), vigilância de sinais de hipotensão sintomática, avaliação de edema facial ou da orofaringe (sinais de angioedema), bem como monitorização dos níveis séricos de potássio. Deve-se informar a cliente sobre a possibilidade de tosse persistente e a necessidade de comunicar prontamente qualquer sinal de reação adversa.

• **Indapamida 1,5 mg (1+0+0) (oral)**

Grupo farmacológico: A indapamida é um diurético com propriedades semelhantes às das tiazidas, classificado como diurético sulfonamídico com ação anti-hipertensora.

Mecanismo de ação: Atua inibindo a reabsorção de sódio ao nível do segmento cortical de diluição do néfron distal, promovendo a excreção de sódio, cloreto e, em menor grau, potássio e magnésio. A ação vasodilatadora direta a nível arteriolar contribui também para o seu efeito anti-hipertensor (Katzung et al., 2021).

Indicações terapêuticas: Está indicada no tratamento da hipertensão arterial essencial e, em doses mais elevadas, no tratamento de edemas associados a insuficiência cardíaca congestiva (EMA, 2023).

Contraindicações: É contraindicada em casos de insuficiência renal grave (clearance de creatinina <30 mL/min), encefalopatia hepática, hipocalemia, hipersensibilidade à indapamida ou a outras sulfonamidas e durante a gravidez ou lactação (Infarmed, 2023).

Efeitos adversos: Pode provocar hipocalemia, hiponatremia, hipomagnesemia, hiperglicemia, hiperuricemia, cefaleias, tonturas e astenia. A ocorrência de arritmias, embora rara, pode estar relacionada com desequilíbrios hidroeletrólíticos (BNF, 2024).

Cuidados de Enfermagem: A vigilância dos parâmetros bioquímicos, nomeadamente eletrólitos (potássio, sódio e magnésio), glicemia e função renal, é essencial. Deve ser monitorizada a pressão arterial e a presença de sinais de hipotensão ortostática. Recomenda-se reforço na ingestão hídrica e vigilância de sinais de desidratação ou fraqueza muscular. A cliente deve ser educada para reportar sintomas como câibras, fadiga ou alterações do ritmo cardíaco.

• **Alprazolam 1 mg (1+0+1) (oral)**

Grupo farmacológico: O alprazolam pertence à classe das benzodiazepinas, com ação ansiolítica e hipnótica.

Mecanismo de ação: Liga-se aos recetores GABA-A no sistema nervoso central, potenciando a ação inibitória do ácido gama-aminobutírico (GABA). Este efeito resulta numa redução da

excitabilidade neuronal, promovendo sedação, redução da ansiedade e relaxamento muscular (Stahl, 2021).

Indicações terapêuticas: Está indicado no tratamento de estados de ansiedade generalizada, perturbações do pânico, perturbações ansiosas com componente depressiva e, de forma pontual e supervisionada, como adjuvante em insónias associadas a ansiedade (EMA, 2023).

Contraindicações: É contraindicado em situações de miastenia gravis, insuficiência respiratória grave, síndrome de apneia do sono, insuficiência hepática grave, hipersensibilidade às benzodiazepinas e em doentes com antecedentes de dependência de substâncias psicoativas (Infarmed, 2023).

Efeitos adversos: Podem ocorrer sedação excessiva, sonolência diurna, tonturas, fadiga, alterações cognitivas e de memória, bem como risco de tolerância, dependência e síndrome de abstinência em uso prolongado. Em idosos, há maior risco de quedas, confusão e efeitos paradoxais, como agitação (BNF, 2024; Kan et al., 2022).

Cuidados de Enfermagem: O acompanhamento deve incluir avaliação do estado de consciência, do padrão de sono e de possíveis sinais de sedação excessiva. É essencial educar a cliente quanto ao risco de dependência e à importância de não interromper abruptamente a medicação. Deve-se evitar a combinação com álcool e outros depressores do sistema nervoso central. Em pessoas idosas, é necessário reforçar a vigilância quanto ao risco de quedas e delírio.

1.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
22-10-2024 10:00	Sistema cardiovascular	
22-10-2024 10:00	Sono	
22-10-2024 10:00	Autoconceito	
22-10-2024 10:00	Emoção	
22-10-2024 10:00	Memória	
22-10-2024 10:00	Autogestão do regime medicamentoso	
22-10-2024 10:00	Padrão alimentar	
22-10-2024 10:00	Padrão de exercício	

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

No presente capítulo, são analisados os domínios de atenção prioritários, organizando-os numa lógica de precedência e consequência entre domínios, com o objetivo de estabelecer a relação entre fatores predisponentes (antecedentes), foco central de intervenção e manifestações associadas (consequentes). A seleção dos domínios foi então efetuada com base na Ontologia de Enfermagem, integrando a informação clínica da cliente e os pressupostos do raciocínio clínico estruturado. Tendo em conta, que o o presente processo de tomada de decisão em Enfermagem centra-se nos processos mentais, foram identificados de forma isolada os seguintes domínios: Sistema cardiovascular, Autogestão do regime medicamentoso, Padrão alimentar e Padrão de exercício, que influenciam direta ou indiretamente a vivência da cliente. O foco central, domínio do autoconceito, foi identificado como prioritário, dada a verbalização de sentimentos de perda de confiança, baixa autoestima e impacto emocional. Foi identificado como antecedente o domínios da Memória, sendo o diagnóstico de autoconceito comprometido associado ao diagnóstico de PNM. Como consequentes da alteração do autoconceito, emergem os domínios da Emoção e do Sono, refletindo o impacto emocional e as alterações funcionais observadas. Esta organização permite uma abordagem centrada na pessoa, sistemática e compatível com a estrutura semântica da Ontologia, sustentando a conceção de cuidados personalizados e baseados em evidência.

- **Memória**

A avaliação do domínio da Memória revelou-se prioritária, uma vez que a cliente apresenta um diagnóstico médico de PNM, condição clínica que se caracteriza por um declínio cognitivo superior ao expectável para a idade, sem perda significativa de autonomia nas atividades de vida diárias (American Psychiatric Association, 2022). A própria cliente manifesta consciência da deterioração da memória, o que justifica uma análise detalhada deste domínio, não só pelo impacto direto na funcionalidade, mas também pela sua influência sobre outras dimensões, nomeadamente o autoconceito.

- **Autoconceito**

O autoconceito constitui o foco central deste processo de tomada de decisão em Enfermagem, na medida em que a cliente revela alterações significativas na perceção de si própria desde o diagnóstico de PNM. Verbaliza sentimentos de perda de confiança, inutilidade e incapacidade, os quais refletem um autoconceito negativo, frequentemente observado em pessoas que experienciam limitações cognitivas (Faria et al., 2019). A sua avaliação torna-se essencial para a definição de intervenções orientadas para a reestruturação do *self* e a valorização das

competências preservadas. Estudos indicam que um autoconceito saudável é essencial para a adesão às intervenções e para a manutenção de uma funcionalidade adequada em pessoas com PNM (Wilson et al., 2013).

O autoconceito é, então, composto pela autoestima, imagem corporal e identidade pessoal. A autoestima apresenta-se como um foco importante à medida que as pessoas envelhecem, sendo fundamental manter ou aumentar estes níveis, no sentido de proteger contra riscos para a saúde mental (Lin & Feng, 2024). O declínio desta está relacionado com vários fatores associados ao processo de envelhecimento, tais como a deterioração da saúde, a mudança de papéis e dinâmicas sociais, a perda de capacidade física, o início de comprometimento cognitivo e outras transições relacionadas (Lin & Feng, 2024). Este conceito está também relacionado com o bem-estar da pessoa idosa, cuja percepção positiva acerca de si contribuirá para um envelhecimento com sucesso (Rocha, 2007). Além disso, quando presente de forma saudável demonstra ser um fator protetor, aumentando a confiança dos utentes na sua capacidade de lidar com adversidades e adotar um comportamento proativo, melhorando a sua qualidade de vida (Júnior, 2022).

- **Emoção**

A avaliação do domínio da emoção, com destaque para os indicadores de ansiedade e humor depressivo, surge como consequente da alteração no autoconceito. A cliente expressa verbalmente preocupação constante, tristeza e insegurança, sintomas que requerem atenção especializada, dado o seu potencial para agravar o estado cognitivo e a influencia negativa na motivação para o autocuidado, a socialização e a percepção de qualidade de vida (Gonçalves et al., 2022).

- **Sono**

O domínio do sono foi incluído pela sua ligação direta com a saúde emocional e cognitiva. A cliente relata perturbações no sono, associadas ao estado ansioso, o que pode contribuir para o cansaço, diminuição da atenção e menor capacidade de autorregulação emocional. A literatura evidencia que o sono inadequado está correlacionado com aumento do risco de declínio cognitivo e de perturbações do humor (Yaffe et al., 2014).

- **Autogestão do regime medicamentoso**

A autogestão do regime medicamentoso foi considerada essencial, uma vez que a cliente é responsável pela administração da sua medicação. A existência de défices ligeiros de memória e a prescrição de psicofármacos (Alprazolam) tornam pertinente a avaliação da eficácia na gestão do regime medicamentoso. A adesão à medicação é influenciada por fatores cognitivos, emocionais e educacionais, sendo um elemento determinante no controlo da patologia e na prevenção de complicações (Ingersoll & Cohen, 2008).

- **Sistema cardiovascular**

A avaliação do sistema cardiovascular justifica-se pela presença de diagnóstico de hipertensão arterial e a correspondente terapêutica anti-hipertensiva e diurética. Esta condição é um fator de risco bem estabelecido para o declínio cognitivo e demência (Livingston et al., 2024), além de requerer monitorização rigorosa da adesão terapêutica e vigilância clínica ativa.

- **Padrão alimentar**

O padrão alimentar foi considerado relevante, dada a existência de dislipidemia, fator de risco reconhecido para doenças cardiovasculares e neurodegenerativas. A literatura associa padrões alimentares inadequados, nomeadamente a ingestão elevada de gorduras saturadas e açúcares, ao agravamento do risco de declínio cognitivo e de síndromes metabólicas (Scarmeas et al., 2018). Assim, a avaliação deste domínio permite identificar áreas de intervenção na modificação de comportamentos e na promoção da saúde.

- **Padrão de exercício**

O padrão de exercício foi incluído uma vez que a atividade física regular está associada a benefícios significativos na função cognitiva, no humor e no sono, sendo um fator protetor reconhecido em pessoas com risco de progressão para demência (Blondell et al., 2014). Importa, portanto, avaliar a adequação, frequência e impacto desta prática no bem-estar global da cliente.

1.5. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

22-10-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Localização do Pulso

22-10-2024 10:00 - Antebraço Esquerda(o)

22-10-2024 10:00 - Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

22-10-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-10-2024 10:00 - Membro superior Esquerda(o)

22-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.

22-10-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

22-10-2024 10:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Sono

22-10-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Dormiu por períodos curtos.

22-10-2024 10:00 - Sono não reparador e intermitente .

22-10-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

22-10-2024 10:00 - Sono comprometido

22-10-2024 10:00 - Determinar evolução do sono

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do sono

14-11-2024 10:00 - Dormiu por períodos longos.

14-11-2024 10:00 - Sono não reparador e intermitente [MANTEVE].

14-11-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

14-11-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

22-10-2024 10:00 - Melhorar sono

22-10-2024 10:00 - Implementar estratégias de promoção do sono

22-10-2024 10:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono

22-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 10:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

22-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono

14-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 10:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido

22-10-2024 10:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono

14-11-2024 10:00 - Adota parcialmente estratégias promotoras do sono de acordo com a recomendação.

14-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com a autogestão das estratégias promotoras do sono mas disponibilidade para melhorar.

Autoconceito

22-10-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

22-10-2024 10:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

22-10-2024 10:00 - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

22-10-2024 10:00 - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

22-10-2024 10:00 - A cliente verbaliza insatisfação consigo mesma, concordando com a percepção de a si mesma como “um fracasso”, “sem valor” e “sem motivos para se orgulhar”. Expressa desejo de ter mais respeito por si própria e afirma “não ter uma boa opinião de si”. Estas verbalizações foram recolhidas na aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg, onde obteve 9 pontos (escala de 0 a 30), valor indicativo de autoestima baixa.

22-10-2024 10:00 - Autoconceito comprometido

22-10-2024 10:00 - Determinar evolução do autoconceito

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito

14-11-2024 10:00 - Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

14-11-2024 10:00 - Revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

14-11-2024 10:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MELHOROU].

14-11-2024 10:00 - Não desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas [MELHOROU].

22-10-2024 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o autoconceito

22-10-2024 10:00 - Executar reestruturação cognitiva

22-10-2024 10:00 - Promover autocontrolo: processo de pensamento relacionado com o autoconceito

22-10-2024 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre o autoconceito [RESOLVIDO] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre o autoconceito [FIM] 14-11-2024 10:00

14-11-2024 10:00 - Consciencialização sobre compromisso no autoconceito: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 10:00 - Assistir a analisar compromisso no autoconceito [FIM] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [RESOLVIDO] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM] 14-11-2024 10:00

14-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do autoconceito: facilitador [MELHOROU].

22-10-2024 10:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito [FIM] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito

14-11-2024 10:00 - Adota comportamentos de autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido.

14-11-2024 10:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o autoconceito comprometido mas disponibilidade para melhorar.

22-10-2024 10:00 - Promover mudança no comportamento relacionado com o autoconceito

22-10-2024 10:00 - Executar técnica de modificação de comportamento

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo do comportamento relacionado com o autoconceito

14-11-2024 10:00

14-11-2024 10:00 - A cliente demonstra evolução positiva na perceção de si própria. Refere que “tem boas qualidades”, que é “capaz de fazer coisas tão bem como os outros” e já não se descreve como um “fracasso”. Apesar de ainda expressar algum desejo de maior autovalorização, demonstra melhor aceitação pessoal e maior reconhecimento das suas capacidades

Emoção

22-10-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Com indícios de humor depressivo.

22-10-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade.

22-10-2024 10:00 - Manifestação de inquietação.

22-10-2024 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

22-10-2024 10:00 - Sem manifestação de pânico .

22-10-2024 10:00 - Especificação da perdaEspecificação da perda: Falecimento do marido.

22-10-2024 10:00 - Não manifesta negação da perda.

22-10-2024 10:00 - Não manifesta pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

22-10-2024 10:00 - A cliente refere sentir-se “frequentemente nervosa”, “agitada” e com “nervoso miudinho no estômago”. Indica dificuldade em relaxar, presença de pensamentos que causam preocupação e alguma incapacidade de apreciar atividades devido à inquietação. Apesar de negar preocupação constante, reconhece uma tendência para a inquietação interna. Estes dados foram obtidos através do Inventário de Ansiedade Geriátrica (pontuação: 10/20), indicativo de ansiedade ligeira.

22-10-2024 10:00 - A cliente refere sentimentos de vazio e vontade de chorar, relata preocupação persistente com o passado e sente que os outros estão em melhor situação. Verbaliza dificuldade em manter o pensamento claro e em concentrar-se, descrevendo também inquietação e abatimento. Estes dados foram recolhidos na Escala Geriátrica de Depressão (pontuação: 12/30), valor que indica presença de sintomatologia de um estado de humor deprimido.

22-10-2024 10:00 - Ansiedade

22-10-2024 10:00 - Determinar evolução da ansiedade

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade

14-11-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

14-11-2024 10:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

22-10-2024 10:00 - Diminuir ansiedade

22-10-2024 10:00 - Executar técnica de relaxamento

22-10-2024 10:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

22-10-2024 10:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

22-10-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 10:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-10-2024 10:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade

22-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 14-11-2024 10:00

14-11-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 10:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

14-11-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

22-10-2024 10:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

22-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [RESOLVIDO]

14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [FIM] 14-11-2024 10:00

14-11-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [FIM] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 14-11-2024 10:00

14-11-2024 10:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

22-10-2024 10:00 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 14-11-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Humor depressivo

22-10-2024 10:00 - Desesperança e pessimismo, Autodesvalorização, Diminuição acentuada de interesse e prazer nas atividades.

22-10-2024 10:00 - Determinar evolução do humor

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do humor depressivo

14-11-2024 10:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

22-10-2024 10:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor

22-10-2024 10:00 - Executar escuta ativa

14-11-2024 10:00

14-11-2024 10:00 - A cliente apresenta diminuição dos indicadores de ansiedade, apesar de ainda verbalizar alguma ansiedade em situações de interação social. Refere menor frequência de sintomas como “nervosismo” ou “nó no estômago” e verbaliza maior controlo sobre os pensamentos que anteriormente a perturbavam. Mostra-se mais tranquila, com menos interferência da preocupação nas suas atividades diárias.

14-11-2024 10:00 - A cliente nega sentimentos de inutilidade ou desesperança e refere sentir-se mais interessada pelas atividades do dia a dia. Verbaliza menor preocupação com o passado e refere que se sente “mais animada e com mais vontade de sair de casa” (sic.). Apesar de ainda existirem momentos de abatimento.

Memória

22-10-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Dificuldade em reter nova informação.

22-10-2024 10:00 - Dificuldade em recuperar informação.

22-10-2024 10:00 - Sem desorientação face às pessoas.

22-10-2024 10:00 - Sem desorientação no espaço.

22-10-2024 10:00 - Desorientação no tempo.

22-10-2024 10:00 - Cliente com diagnóstico médico de perturbação neurocognitiva minor, há menos de seis meses, através da aplicação do Mini-Mental State Examination e Teste do

relógio. No Mini-Mental State Examination a cliente demonstrou orientação global preservada, apresentando ligeira dificuldade na localização temporal. Revela lentificação do processamento cognitivo e dificuldades pontuais na atenção sustentada e no cálculo mental, manifestando hesitações e necessidade de mais tempo para responder. Na avaliação da evocação imediata, revela dificuldade em recordar espontaneamente os itens propostos, conseguindo, no entanto, recuperá-los com pistas, o que sugere preservação parcial da codificação e do armazenamento. No teste do desenho do relógio, embora reconheça o conceito e a finalidade do exercício, revela desorganização visuo-espacial significativa, traduzida na disposição incorreta dos números e no posicionamento incoerente dos ponteiros.

22-10-2024 10:00 - Memória comprometida

22-10-2024 10:00 - Determinar evolução da memória

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da memória

22-10-2024 10:00 - Estimular memória

22-10-2024 10:00 - Executar técnica de treino da memória

22-10-2024 10:00 - Assistir a usar estímulos da memória

22-10-2024 10:00 - Confusão

22-10-2024 10:00 - Determinar evolução da orientação

22-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da orientação

22-10-2024 10:00 - Melhorar a orientação

22-10-2024 10:00 - Executar terapia de orientação para a realidade

Autogestão do regime medicamentoso

22-10-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

22-10-2024 10:00 - Dispositivo: Dispensador semanal de comprimidos, de três doses diárias - Organiza a medicação conforme horário.

22-10-2024 10:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

22-10-2024 10:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

22-10-2024 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

22-10-2024 10:00 - Administra a medicação pela via adequada.

22-10-2024 10:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

22-10-2024 10:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

22-10-2024 10:00 - A autogestão do regime medicamentoso é supervisionado pela irmã que co-habita com a cliente, que verifica a correta organização da medicação conforme horário e dose no dispensador (e o seu correto armazenamento) e a adesão da cliente ao regime medicamentoso prescrito.

Padrão alimentar

22-10-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Número de refeições diárias: 4.

22-10-2024 10:00 - Excesso de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

22-10-2024 10:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-10-2024 10:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão

alimentar.

22-10-2024 10:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-10-2024 10:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

Padrão de exercício

22-10-2024 10:00

22-10-2024 10:00 - Tempo de exercício físico semanal: 210 Minutos .

22-10-2024 10:00 - Cliente refere realizar caminhada três vezes por semana de cerca de 30 minutos e duas vezes por semana aula de hidroginástica de uma hora.

1.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- Informa a cliente sobre os impactos do sono comprometido na sua saúde e bem-estar, nomeadamente: aumento da irritabilidade, impacto negativo na atenção e memória, maior risco de doenças cardiovasculares, agravamento do humor depressivo e impacto no sistema imunitário. (Morin & Benca, 2012)

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Informar a cliente sobre rotinas de higiene do sono com base em estratégias comportamentais adaptadas à realidade da cliente:
- - Informar sobre a importância de estabelecer um horário regular para deitar e acordar;
- - Informar sobre a importância de reduzir o consumo de substâncias estimulantes (café) no período da tarde e noite;
- - Informar sobre a importância de evitar exposição a ecrãs luminosos antes de dormir;
- - Informar sobre a importância de um ambiente de sono tranquilo, escuro e confortável;
- - Informar sobre o uso de técnicas de relaxamento (como a técnica de respiração diafragmática) antes de deitar, como facilitadoras do início do sono.
- Morin & Benca (2012)

Treinar estratégias de relaxamento

- Supervisão da cliente enquanto realiza a técnica de respiração diafragmática.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Assistir a cliente a implementar as estratégias ensinadas, negociando a limitação do consumo de café após as 14h, desligar a televisão 60 minutos antes de dormir, implementar um horário regular para se deitar e levantar e prática da técnica de respiração diafragmática antes de deitar.
- Incentivar a cliente ao longo das sessões à continua implementação das estratégias negociadas.

Instruir estratégias de relaxamento

- Cliente instruída verbalmente e com apoio visual (folheto informativo) sobre como executar a técnica de respiração diafragmática aprendida em casa. Foram definidos

momentos do dia para a prática autónoma e reforçados os passos da técnica com repetição guiada.

Assistir a usar estímulos da memória

- Sugerir o uso de post-its ou quadros com tarefas diárias, fixados em locais visíveis e associados à rotina. (Tullis & Benjamin, 2015)
- Incentivar o uso de um diário de apontamentos com datas de compromissos, lista de tarefas, anotações de acontecimentos significativos. (Clare et al., 2008)
- Incentivar a implementação de rotinas estruturadas e previsíveis. (Dunlosky et al., 2013)

Executar terapia de orientação para a realidade

- Incentivar a cliente a indicar a data, o dia da semana e o horário aproximado, com apoio visual (ex.: calendário, relógio). (Woods et al., 2012)
- Atividades realizadas no projeto de intervenção para o domínio do autoconceito, como a "linha do tempo".
- Repetição estruturada e não invasiva das informações (nome do profissional, objetivos da sessão, atividades a serem desenvolvidas, data e local das próximas sessões).

Executar técnica de relaxamento

- Sentar-se ou deitar-se confortavelmente, com as costas direitas e os ombros relaxados.
- Colocar uma mão sobre o tórax e a outra sobre o abdómen, abaixo das costelas, para perceber o movimento respiratório.
- Inspirar lentamente pelo nariz, dirigindo o ar para o abdómen. A mão no abdómen deve subir enquanto a do tórax permanece imóvel.
- Reter o ar durante 2 a 3 segundos.
- Expirar lentamente pela boca, com os lábios semiabertos (como se estivesse a soprar uma vela), enquanto contrai ligeiramente os músculos abdominais. A mão sobre o abdómen desce.
- Repetir o ciclo de forma ritmada durante 5 a 10 minutos, preferencialmente duas vezes ao dia ou sempre que sentir tensão ou ansiedade.
- Conduzir a atenção para o som e ritmo da respiração, procurando manter o foco no momento presente, afastando distrações.

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- [Sessão 4] – A cliente foi orientada a reconhecer os sinais fisiológicos da ansiedade e a associá-los a situações do quotidiano. Praticou a autoidentificação destes sinais e associou estratégias discutidas nas sessões, como a utilização dos pensamentos alternativos.

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

- [Sessão 2] – Durante o exercício “Árvore da positividade”, a cliente foi estimulada a identificar eventos e vivências com impacto positivo. Em seguida, foi orientada a refletir sobre o impacto desta perspectiva na forma como se sente.

Executar escuta ativa

- Manifestar interesse pela cliente.
- Encorajar a expressão de sentimentos.

- Valorizar as emoções da cliente.
- Estar atento, não só às mensagens e sentimentos não expressos, como ao conteúdo da comunicação.
- Determinar o significado da mensagem, que reflete as atitudes, experiências passadas e situação atual.
- Responder por forma a refletir compreensão e receção da mensagem no decurso da interação.
- Clarificar as mensagens através da colocação de questões e feedback na comunicação.
- Utilizar uma série de interações no sentido de clarificar o significado do comportamento.
- Utilizar o silêncio para permitir a expressão de emoções.
- Butcher et al. (2018)

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Informar a cliente sobre a relação entre o relaxamento e o controlo da ansiedade.
- Informar a cliente sobre técnica de respiração diafragmática.
- Fornecer à cliente folheto informativo sobre a técnica de respiração diafragmática com linguagem simplificada e adaptada.

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- [Sessão 2] – Foi realizada uma atividade de reflexão onde a cliente identificou situações, pensamentos e contextos que despoletam a sensação de ansiedade. Foram utilizados exemplos escritos para facilitar a estruturação do pensamento, com reforço positivo.

Executar técnica de treino da memória

- Proposta intervenção mas cliente recusou visto estar já inserida num projeto de estimulação cognitiva da comunidade que frequenta três vezes por semana.

Assistir a analisar compromisso no autoconceito

- [Sessão 1] - Apoiar a cliente na análise dos seus pensamentos, comportamentos e perceção de si própria e o impacto que estes têm no seu autoconceito.
- [Sessão 2] - Assistir na identificação de pensamentos autocríticos nas situações mais relevantes para a cliente.

Executar reestruturação cognitiva

- Sessão 1, 2 e 4 do projeto de intervenção no domínio do autoconceito (Planos de sessão do contexto de cuidados na comunidade e atividades realizadas no Anexo IX do Relatório final.)

Ensinar sobre estratégias promotoras do autoconceito

- [Sessão 2] - Informar a cliente sobre questionamento socrático.
- [Sessão 2] - Informar a cliente sobre pensamentos positivos.
- [Sessão 2] - Incentivar a cliente a utilizar o "Diário positivo" (registo diário de aspetos positivos sobre si mesma).
- [Sessão 3] - Incentivar a adoção dos comportamentos desejados identificados pela cliente
- [Sessão 4] - Assistir na substituição de interpretações erróneas por pensamentos alternativos

Executar técnica de modificação de comportamento

- Sessão 3, 4 e 5 do projeto de intervenção no domínio do autoconceito (Planos de sessão do contexto de cuidados na comunidade e atividades realizadas no Anexo IX do Relatório final.)

1.7. Síntese relativa ao caso

O processo de tomada de decisão em Enfermagem desenvolvido foi delineado com base numa abordagem centrada na pessoa, respeitando os princípios da conceção de cuidados personalizados, progressivos e integrados. A intervenção visou responder de forma estruturada às necessidades identificadas, com especial atenção ao autoconceito, sem contudo descurar outros domínios. Na plataforma e4nursing foram apenas espelhados o primeiro e último contacto com a cliente. No entanto, foram realizados seis contactos, pelo que a evolução da cliente ao longo destes é explanada de forma mais detalhada seguidamente.

Na sessão zero, a avaliação da cognição não foi repetida, uma vez que a cliente tinha sido recentemente submetida a avaliação formal no contexto do diagnóstico médico de PNM, realizada há menos de seis meses, com recurso ao MMSE e ao Teste do desenho do relógio. De acordo com a evidência disponível, a aplicação repetida de instrumentos cognitivos num curto intervalo pode não revelar alterações clinicamente significativas e até contribuir para aumento da ansiedade na pessoa avaliada (Nasreddine et al., 2005; Clare et al., 2008). O MMSE revelou um score de 27/30 e o Teste do relógio 2/5, confirmando défices cognitivos ligeiros compatíveis com PNM. Assim, optou-se por considerar os dados recentes como válidos e suficientes para caracterizar o funcionamento cognitivo da cliente e orientar a conceção de cuidados.

A cliente encontra-se a vivenciar um processo de transição múltipla, que engloba diferentes tipos de transição da Teoria das Transições de Meleis. Observa-se uma transição relacionada com a saúde/doença, marcada pela necessidade de gestão desta condição, que embora ligeira, tem impacto significativo na perceção de competência pessoal e no planeamento da vida quotidiana. Esta transição exige a adoção de comportamentos adaptativos, ainda que a cliente mantenha autonomia nas atividades de vida diária. Adicionalmente, é considerada uma transição do desenvolvimento, inerente à etapa do envelhecimento, que envolve mudanças progressivas nas esferas física, psicológica e social. A combinação destes dois tipos de transições no momento presente salienta a importância do acompanhamento por parte do EEESMP, com uma intervenção centrada na promoção da adaptação saudável e da capacitação da cliente.

Durante a intervenção, a cliente demonstrou evolução positiva na verbalização de conteúdos mais positivos sobre si mesma, maior envolvimento nas atividades propostas e progressiva

capacidade de aplicar estratégias de autorreflexão e regulação emocional. A opção de abordar, numa mesma sessão, conteúdos relativos ao conhecimento (ex.: autoestima, pensamentos automáticos) e à consciencialização (ex.: reflexão sobre o autoconceito) foi uma decisão clínica sustentada na evidência. Estudos demonstram que pessoas com PNM mantêm intactas competências como a memória implícita, o raciocínio verbal e a capacidade de aprender quando os conteúdos são apresentados em pequenos blocos, com suporte visual, repetição e ligação à experiência pessoal (Clare et al., 2008; Gates et al., 2011).

A cliente demonstrava também linguagem fluente, atenção sustentada e elevada motivação para participar no processo terapêutico, o que constituía um alicerce seguro para a implementação de estratégias educativas e capacitadoras. As intervenções foram cuidadosamente adaptadas a este perfil, priorizando a utilização de linguagem clara e acessível, a apresentação de conteúdos intercalando momentos expositivos curtos com atividades práticas, escritas e reflexivas. As sessões foram estruturadas de forma progressiva, com repetição espaçada e sistemática de conceitos-chave, garantindo assim a consolidação gradual dos conhecimentos e competências abordadas. Foi dada especial atenção à integração dos conteúdos nas experiências pessoais da cliente, promovendo significado e ligação afetiva, facilitadores reconhecidos da aprendizagem em adultos com PNM (Clare et al., 2008; Gates et al., 2011). Em simultâneo, as atividades foram desenhadas para serem flexíveis, com espaço para reformulação, reforço e apoio verbal contínuo, respeitando o tempo de resposta da cliente e evitando sobrecarga cognitiva. Esta abordagem permitiu promover ganhos efetivos em termos de autoestima, autorregulação emocional, consciencialização e participação ativa no processo terapêutico, sem desrespeitar os limites impostos pela condição neurocognitiva da cliente.

As principais intervenções de Enfermagem mobilizadas foram de natureza educativa, reflexiva e capacitadora, tendo como base os julgamentos clínicos identificados nos diferentes domínios da Ontologia de Enfermagem. No domínio do autoconceito, as principais intervenções realizadas foram a reestruturação cognitiva e a técnica de modificação de comportamentos, integradas no Projeto de intervenção realizado para o domínio do autoconceito em contexto de estágio (Anexo IX do Relatório final). Este projeto teve por base um dos artigos incluídos da *scoping review* realizada e os resultados da mesma alinhado com a população específica do contexto e as suas necessidades. A intervenção focou-se na autoestima (conceito pertencente ao domínio do autoconceito, segundo a Ontologia de Enfermagem) e teve como objetivo geral melhorar a autoestima da cliente, e como objetivos específicos promover o autocontrolo dos processos de pensamento promotores da autoestima, promover mudança no comportamento relacionado com o autoconceito, melhorar o conhecimento sobre a autoestima e melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras da autoestima. No domínio da emoção, aplicaram-se intervenções com o objetivo de promover o autocontrolo da ansiedade, na promoção de pensamentos positivos e no ensino de estratégias de relaxamento. A escolha da técnica de respiração diafragmática teve em consideração o perfil da cliente, por ser uma intervenção simples, com

evidência a demonstrar a redução da ativação fisiológica associada à ansiedade e na promoção do relaxamento. Estudos demonstram que a prática regular desta técnica contribui para a modulação do sistema nervoso autónomo, redução do cortisol e melhoria do foco/atenção (Ma et al., 2017). Além disso, esta intervenção foi, uma vez mais, adaptada à condição da cliente, com a entrega de um folheto informativo, a utilização de um ritmo pausado e a supervisão contínua, respeitando a sua capacidade cognitiva e assegurando a eficácia terapêutica da intervenção.

Ainda que o domínio "Memória" tenha sido identificado como comprometido, não se procedeu a uma intervenção direta sobre esse diagnóstico, uma vez que a cliente já se encontrava inserida num programa específico de estimulação cognitiva. A atuação neste domínio centrou-se no incentivo ao uso de estímulos da memória, no suporte e reforço positivo e na terapia de orientação para a realidade. A evidência indica que a orientação sistemática para a realidade, através de estímulos consistentes, repetição estruturada e ativação da biografia pessoal, contribui para a redução da confusão, o aumento da segurança emocional e a preservação da funcionalidade residual (Spector et al., 2003; Woods et al., 2012). No caso da cliente, a intervenção foi operacionalizada em momentos específicos de cada sessão, com referência à data, local, profissionais presentes, objetivos do encontro e ligação com conteúdos anteriores. Esta consistência favoreceu a integração cognitiva e o envolvimento ativo da cliente ao longo do processo terapêutico.

A progressão da cliente foi particularmente evidente nos domínios do autoconceito e da emoção, refletindo-se na melhoria da autoestima, na diminuição dos níveis de ansiedade e na maior disponibilidade para interações sociais consequente da aceitação e da melhoria do significado atribuído ao diagnóstico médico de PNM. Contudo, o comprometimento cognitivo obrigou a uma adaptação constante das intervenções, nomeadamente através da utilização de linguagem simples, reforço visual, repetição espaçada e contextualização dos conteúdos em experiências pessoais. Esta flexibilidade foi essencial para promover uma transição saudável, com ganhos observáveis em termos de autoconhecimento, valorização pessoal e autorregulação emocional. A cliente demonstrou, então, uma evolução positiva na perceção de si própria. Na reavaliação com a Escala de Autoestima de Rosenberg, a cliente referiu que “tem boas qualidades”, que é “capaz de fazer coisas tão bem como os outros” e já não se descreveu como um “fracasso”. Apesar de ainda ter expressado algum desejo de maior autovalorização, demonstrou melhor aceitação pessoal e maior reconhecimento das suas capacidades. Estes dados sugerem uma melhoria na autoestima e indicam progressão na reestruturação do autoconceito.

No domínio da emoção, a cliente apresentou diminuição dos indicadores de ansiedade, verificada com a reaplicação do Inventário de Ansiedade Geriátrica que reflete uma ansiedade muito ligeira. A cliente identificou com menor frequência sintomas como “nervosismo” ou “nó no estômago” e verbalizou maior controlo sobre os pensamentos que anteriormente a

perturbavam, demonstrando ao longo das sessões uma maior tendência para a utilização de pensamentos positivos. Mostrou-se mais tranquila, com menos interferência da preocupação nas suas atividades diárias e referiu a eficácia da técnica de respiração diafragmática no seu dia a dia. Quanto ao humor depressivo, com a segunda avaliação com a Escala Geriátrica de Depressão observou-se uma diminuição dos sintomas iniciais. A cliente negou sentimentos de inutilidade ou desesperança e referiu sentir-se mais interessada pelas atividades do dia a dia. Verbalizou menor preocupação com o passado e referiu que se sente “mais animada e com mais vontade de sair de casa”. Apesar de ainda existirem momentos de abatimento, os dados sugerem melhoria do humor e reforço do envolvimento em atividades significativas.

No domínio do sono, a cliente verbalizou uma melhoria ligeira, com menor dificuldade em adormecer e uma redução nos despertares noturnos, associando essa evolução à aplicação regular das estratégias aprendidas, nomeadamente a técnica de respiração diafragmática e a diminuição do uso de telas antes da hora de dormir. Indicou que o número médio de horas de sono aumentou para cerca de sete horas por noite. Demonstrou consciência do impacto positivo que a melhoria do sono tem no bem-estar geral, particularmente no humor e nos níveis de energia durante o dia, e expressou intenção de manter as rotinas e estratégias implementadas.

Em retrospectiva, reconhece-se que outros domínios de atenção em Enfermagem poderiam ter sido considerados de forma mais abrangente. Contudo, tendo em conta o tempo disponível para a intervenção e as prioridades de cuidados previamente definidas, as decisões refletidas neste processo de tomada de decisão em Enfermagem foram fundamentadas na avaliação das necessidades identificadas e orientadas para a melhoria da saúde mental da cliente no seu contexto específico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alzheimer's Association. (2021). 2021 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 17(3), 327-406. <https://doi.org/10.1002/alz.12328>

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). *American Psychiatric Publishing*.

BNF. (2024). British National Formulary (Vol. 87). *BMJ Publishing Group and Royal Pharmaceutical Society*.

Blondell, S. J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J. L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*, 14, 510. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-510>

Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., & Wagner, C. M. (2018). Nursing Interventions classification (NIC). 7th Edition Missouri: Elsevier Health Sciences.

Clare, L., Linden, D. E., Woods, R. T., Whitaker, R., Evans, S. J., Parkinson, C. H., ... & Nelis, S. M.

(2008). Goal-oriented cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer disease: A single-blind randomized controlled trial of clinical efficacy. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 928-939. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181d5792a>

Dunlosky, J., Rawson, K. A., Marsh, E. J., Nathan, M. J., & Willingham, D. T. (2013). Improving students' learning with effective learning techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(1), 4-58. <https://doi.org/10.1177/1529100612453266>

European Medicines Agency. (2023). Lisinopril, Indapamide, Alprazolam – Product Information. <https://www.ema.europa.eu>

Faria, C. A., Alves, H. V., & Charchat-Fichman, H. (2019). Autoconceito em idosos com comprometimento cognitivo leve: Uma revisão sistemática. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0133-8>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Gates, N., Sachdev, P., Fiatarone Singh, M. A., & Valenzuela, M. (2011). Cognitive and memory training in adults at risk of dementia: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 11(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-55>

Gonçalves, P. D. B. (2020). Formalização do conhecimento disciplinar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados centrados no Delírio e na Alucinação [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/132948>

Gonçalves, S. P., Ferreira, J. V., & Pereira, M. (2022). Depressão e cognição no envelhecimento: implicações para o cuidado. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 27, 30-39. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0.2022.27911>

Guerreiro, M. (1998). Contributo da neuropsicologia para o estudo das Demências. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Infarmed. (2023). Base de Dados de Medicamentos e Produtos de Saúde. *Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde*. <https://www.infarmed.pt>

Ingersoll, K. S., & Cohen, J. (2008). The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: A review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 213-224. <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9147-y>

Júnior, E., Cruz, D., Siqueira, L., Rosa, R., Silva, C., Biondo, C., & Sawada, N. (2022). Is self-esteem associated with the elderly person's quality of life? *Revista Brasileira de Enfermagem*,

75(4) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0388>

Kan, C., Silva, E., de Wit, K., & Sapkota, S. (2022). Benzodiazepine use and cognitive impairment in older adults: A review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 35(1), 10-20. <https://doi.org/10.1177/08919887211029201>

Katzung, B. G., Vanderah, T. W., & Trevor, A. J. (2021). Basic and Clinical Pharmacology (15th ed.). McGraw-Hill Education.

Lin, Z., & Feng, Z. (2024) Influence of physical activity on self-esteem in elderly population narrative review. *International Neuropsychology Journal*, 28(1), 555-562. [10.5123/inj.2024.1.inj62](https://doi.org/10.5123/inj.2024.1.inj62)ISSN:2093-4777

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., ... & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 404(10375), 572-628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Ma, X., Yue, Z.-Q., Gong, Z.-Q., Zhang, H., Duan, N.-Y., Shi, Y.-T., Wei, G.-X., & Li, Y.-F. (2017). The effect of diaphragmatic breathing on attention, negative affect and stress in healthy adults. *Frontiers in Psychology*, 8, 874. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00874>

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., ... & Kjeldsen, S. E. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Morin, C. M., & Benca, R. (2012). Chronic insomnia. *The Lancet*, 379(9821), 1129-1141. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60750-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60750-2)

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>

Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., ... & Kivipelto, M. (2015). A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)

Rocha, A. (2007). O autoconceito dos idosos (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10451/1103>

Scarmeas, N., Anastasiou, C. A., & Yannakoulia, M. (2018). Nutrition and prevention of cognitive

impairment. *The Lancet Neurology*, 17(11), 1006-1015. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30338-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30338-7)

Silva, M. (2011). Intenções dominantes nas concepções de enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas. Porto: Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem apresentada à Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.

Spector, A., Orrell, M., Davies, S., & Woods, B. (2003). Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *The Gerontologist*, 43(5), 697-711. <https://doi.org/10.1093/geront/43.5.697>

Stahl, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (5th ed.). Cambridge University Press.

Stern, Y., Arenaza-Urquijo, E. M., Bartrés-Faz, D., Belleville, S., Cantilon, M., Chetelat, G., ... & Vemuri, P. (2020). Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, 16(9), 1305-1311. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>

Tullis, J. G., & Benjamin, A. S. (2015). Cueing others' memory. *Memory & Cognition*, 43(4), 608-622. <https://doi.org/10.3758/s13421-014-0495-5>

Wilson, R. S., Boyle, P. A., Segawa, E., Yu, L., Begeny, C. T., Anagnos, S. E., & Bennett, D. A. (2013). The influence of cognitive decline on well-being in old age. *Psychology and aging*, 28(2), 304-313. <https://doi.org/10.1037/a0031196>

Woods, R. T., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD005562. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>

Yaffe, K., Falvey, C. M., & Hoang, T. (2014). Connections between sleep and cognition in older adults. *The Lancet Neurology*, 13(10), 1017-1028. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(14\)70172-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70172-3)

**Anexo XI – Planos de sessão do contexto de respostas diferenciadas e outras
atividades realizadas**

Contexto	Internamento de pedopsiquiatria
População alvo	Utente internado com diagnóstico médico de anorexia nervosa
Domínio de Enfermagem	Autoconceito
Dados relevantes para o diagnóstico	- Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal; - Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo; - Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo; - Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade; - Desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.
Diagnóstico de Enfermagem	Autoconceito comprometido
Intervenção de Enfermagem	As sessões planeadas têm por base o estudo de Rosewall et al. (2020), que obteve resultados positivos na validação do programa <i>Teen Bodywise</i> . Este programa tem como objetivo a melhoria da IC em adolescentes (dos 13 aos 18 anos de idade) com diagnóstico de anorexia nervosa. Utiliza a terapia cognitivo-comportamental, que fazendo a ponte para as intervenções psicoterapêuticas, verifica-se uma combinação da Reestruturação Cognitiva e a Técnica de Modificação do Comportamento.
Critérios inclusão	- Conhecimento de escrita e leitura em língua portuguesa; - Acuidade visual e auditiva íntegra; - Presença de diagnóstico de Enfermagem “autoconceito comprometido” de entre os utentes que forem indicados/referenciados pelo enfermeiro tutor (considerando o score na BAS-2).
Critérios de exclusão	- Défice cognitivo que impeça a participação; - Agitação psicomotora; - Estado confusional; - Sintomas positivos exacerbados; - Agressividade/hostilidade latente; - Falta de vontade/motivação para participar; - Incapacidade de cumprimento de regras (OE, 2023).
Objetivos	- Melhorar a autoestima dos utentes; - Melhorar o conhecimento sobre IC; - Melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras da IC; - Promover o autocontrolo dos processos de pensamento promotores da IC; - Promover mudança no comportamento relacionado com a IC.

Tema	Sessão 0				
Data	01/12/2024	Horário	14:45 – 15:30h	Local	Sala de atividades
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	35 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e participativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento dos utentes; Apresentação da estudante e do âmbito académico do estágio; Confirmar a confidencialidade da intervenção;	<u>Avaliação diagnóstica:</u> - Avaliar a IC (BAS-2); - Avaliar a motivação para participar. <u>Introdução do projeto às pessoas selecionadas:</u> Explicar funcionamento, estrutura e duração das sessões. Informar sobre os objetivos das sessões. <u>Atividade:</u> Incentivar os utentes a desenhar sobre o que entendem pelo conceito de imagem corporal. Discussão e partilha de expectativas e receios.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado. Informar sobre o dia da próxima sessão.
Recursos	Cadeiras, mesas, instrumentos de avaliação, canetas e computador.				

Tema	Sessão 1				
Data	08/12/2024	Horário	10:00 – 10:45h	Local	Sala de atividades
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	35 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento dos utentes. Questionar a existência de alguma questão sobre o projeto e apresentação do tema da sessão.	Psicoeducação sobre IC (perceção do ideal de imagem corporal). Visualizar vídeos que demonstram o trabalho realizado em fotografias publicadas nas redes sociais: Vídeo realidade das redes sociais digitais; Vídeo fotografia invertida. Reflexão sobre os vídeos. <u>Atividade:</u> “Redefinir as redes sociais digitais” - incentivar a criação de um <i>post</i> em papel para promover a IC e apresentar ao grupo.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Informar sobre o dia da próxima sessão.
Recursos	Cadeiras, mesas, folhas para atividade, material de desenho, computador, projetor e colunas.				

Tema	Sessão 2				
Data	09/12/2024	Horário	14:30 – 15:15	Local	Sala de atividades
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	35 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento dos utentes; Questionar a existência de alguma questão sobre a sessão anterior.	Assistir a identificar os fatores e comportamentos autodepreciativos que contribuem para a criação da IC ao longo do crescimento – brainstorming com uma linha do tempo.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Informar sobre o dia da próxima sessão.
		<u>Atividade:</u> entregues duas folhas a cada utente uma para escreverem caraterísticas que apreciam em si mesmos e outra que passa por todos os colegas que escrevem caraterísticas que apreciam naquela pessoa. Que depois compara as duas folhas. Posterior reflexão e discussão da atividade realizada.			
		Ensinar sobre a importância dos pensamentos positivos para a IC.			
		Estabelecer plano de ação: “Diário positivo” - registar afirmações positivas sobre a própria pessoa (entregue folha de atividade).			
Recursos	Cadeiras, mesas, folhas para atividade, canetas, computador e projetor.				

Tema	Sessão 3				
Data	12/12/2024	Horário	10:00 – 10:45h	Local	Sala de atividades
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	50 minutos			5 minutos
Metodologia	Expositiva	Expositiva e ativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento da utente; Reavaliar a motivação para a mudança; Questionar a existência de alguma questão sobre a sessão anterior; Discutir o plano de ação da semana anterior.	Consciencializar sobre o impacto da IC na identidade pessoal – atividade: utilizando as características identificadas na sessão anterior, realiza-se um gráfico de setores para identificar aspetos positivos. <u>Atividade:</u> escrever carta a uma criança “O que gostavam que ela soubesse”. Ensinar sobre estratégias promotoras da IC positiva. Estabelecer plano de ação: registar estratégias pessoais para promover uma IC positiva (entregue folha de atividade).			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Realizar síntese da sessão; Solicitar feedback; Informar sobre o dia da próxima sessão.
Recursos	Cadeiras, mesas, folhas para atividade, canetas, computador e projetor.				

Tema	Sessão 4 – Sessão final				
Data	14/12/2024	Horário	10:00 – 10:45h	Local	Sala de atividades
	Introdução	Desenvolvimento			Conclusão
Duração	5 minutos	35 minutos			5 minutos
Metodologia	Interrogativa	Ativa e participativa			Interrogativo
Conteúdos programáticos	Acolhimento dos utentes; Questionar a existência de alguma questão sobre a sessão anterior; Discutir o plano de ação da semana anterior.	Reforçar positivamente os progressos do grupo. Realizar síntese da informação das sessões realizada. <u>Atividade:</u> trabalho de colagem sobre a percepção do conceito de IC (pós-intervenção) <u>Avaliação final:</u> - Avaliar a IC (BAS-2). - Avaliação da intervenção por parte dos utentes.			Esclarecer as dúvidas relativamente ao conteúdo apresentado; Agradecer a participação; Terminar sessão.
Recursos	Cadeiras, mesas, folhas para atividade, material para colagem, instrumentos de avaliação, computador e projetor.				

NOME: _____

ESSEP ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025 - Estudante: En^h Rita Pinto

 **POST POSITIVO**

ESSEP ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025 - Estudante: En^h Rita Pinto

NOME: _____

ESSEP ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025 - Estudante: En^h Rita Pinto

 **AS MINHAS ESTRATÉGIAS**

ESSEP ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025 - Estudante: En^h Rita Pinto

AUTOCUIDADO

RESILIÊNCIA

CONTRIBUIÇÃO

VALORES

CONQUISTAS

RELAÇÕES

APARÊNCIA

HABILIDADES

ESSEP ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025 - Estudante: En^h Rita Pinto

QUALIDADES EM MIM:

 **O QUE QUERO QUE SAIBAS**

ESSEP ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica 2024/2025 - Estudante: En^h Rita Pinto

Anexo XII – Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse

Therapeutic Relationship Assessment Scale-Nurse (TRAS-Nurse)

Em seguida encontrará afirmações sobre a forma como se pode sentir ou pensar face ao seu utente. Para cada afirmação selecione a resposta com a qual mais se identifica: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Às vezes; 4 – Frequentemente; 5 – Sempre.

	1	2	3	4	5
Apresento-me à/ao utente.					
Pergunto à/ao utente como prefere ser tratada/o.					
Esclareço a/o utente sobre o seu papel e o da/o enfermeira/o na relação.					
Encorajo a/o utente a falar abertamente.					
Ajo de forma a alcançar a confiança da/o utente.					
Aplico os princípios éticos e deontológicos inerentes a uma relação terapêutica.					
Compreendo e aceito a/o utente, independentemente das suas verbalizações.					
Apoio a/o utente, de igual forma, independentemente das suas verbalizações atuais e/ou passadas.					
Compreendo e aceito a/o utente, independentemente dos seus comportamentos.					
Apoio a/o utente, de igual forma, independentemente dos seus comportamentos atuais e/ou passados.					
Consigo compreender os sentimentos da/o utente.					
Evito a interferência dos meus problemas na relação com a/o utente.					
Aceito os sentimentos que experiencio na relação com a/o utente.					
Reconheço os meus pensamentos, sentimentos e comportamentos.					
Refito sobre o potencial impacto dos meus pensamentos, sentimentos e comportamentos na relação com a/o utente.					
Refito e identifico as minhas competências relacionais.					
Refito e identifico as minhas limitações relacionais.					
Garanto a identificação, junto da/o utente, das suas necessidades, expectativas e potencialidades.					
Ajudo a/o utente na identificação do seu problema.					
Ajudo a/o utente na identificação de estratégias para lidar com / resolver o problema.					
Ajudo a/o utente a identificar os fatores que estão na base da sua incapacidade para resolver o problema.					
Negoceio os objetivos a atingir com a/o utente.					
Negoceio com a/o utente os contornos da intervenção.					
Dedico ao utente o tempo que ela/e necessita.					
Dedico ao utente a atenção que ela/e necessita.					

Joana Coelho

para mim ▾

15:55 (há 3 horas) ☆ 😊 ↩ ⋮

Boa tarde Estimada Rita Pinto,

Espero que se encontre bem!

Desde já agradeço o seu contacto e interesse na TRAS-Nurse.

Autorizo a sua utilização e remeto em anexo a mesma.

Votos de bom trabalho,

Joana Coelho

Joana Coelho

Um anexo • Verificado pelo Gmail ⓘ



**Anexo XIII – Certificado de participação "I ENCONTRO DE UCC DO ACES MAIA
VALONGO - UCC Intervenção ao Longo do Ciclo Vital"**



CERTIFICADO

DE PARTICIPAÇÃO

Rita Pinheiro Pinto

Participou no "I ENCONTRO DE UCC DO ACES MAIA VALONGO - UCC Intervenção ao Longo do Ciclo Vital", realizado no dia 14 de Novembro 2023, no Fórum Cultural de Ermesinde, com a apresentação de um poster intitulado: O PROCESSO DE REFERENCIAÇÃO PARA O PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

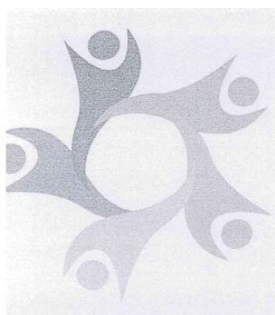
A Comissão Organizadora:

Enff Claudia Boticas
Enff Helder Lima
Enff Olga Maia
Enff Paula Martins
Enff Rui Silva
Enff Susana Cunha

ACES Grande Porto
Maia/Valongo
Dr. Júlio Nunes
Diretor Executivo

O Diretor Executivo do ACES Maia Valongo
Dr. Júlio Nunes

ACES Maia/Valongo
Aurora Jorge - Enff
Vogal da Comissão Científica Enff Aurora Jorge
Direção Enfermagem



CERTIFICADO

DE PARTICIPAÇÃO

Rita Pinheiro Pinto

Participou no "I ENCONTRO DE UCC DO ACES MAIA VALONGO - UCC Intervenção ao Longo do Ciclo Vital", realizado no dia 14 de Novembro de 2023, no Fórum Cultural de Ermesinde, com a duração de 7 horas.

A Comissão Organizadora:

Enff Claudia Boticas
Enff Helder Lima
Enff Olga Maia
Enff Paula Martins
Enff Rui Silva
Enff Susana Cunha

ACES Grande Porto
Maia/Valongo
Dr. Júlio Nunes
Diretor Executivo

O Diretor Executivo do ACES Maia Valongo
Dr. Júlio Nunes

ACES Maia/Valongo
Aurora Jorge - Enff
Vogal da Comissão Científica Enff Aurora Jorge
Direção Enfermagem



**Anexo XIV – Certificado de participação "IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros
Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - Enfermagem de Saúde
Mental a Par com o Futuro"**



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

CERTIFICA-SE QUE RITA PINHEIRO PINTO, NATURAL DE PORTUGAL, , NASCIDO A 1999-07-03, NACIONALIDADE PORTUGAL, GÉNERO FEMININO, PORTADOR(a) DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 154604461zx7, FREQUENTOU NO(S) DIA(S):

17-05-2024

A AÇÃO DE FORMAÇÃO, COM A DURAÇÃO TOTAL DE 8.5 HORAS, DESIGNADA DE

"IV Encontro do Núcleo de Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica da ULSM - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL A PAR COM O FUTURO - ONLINE"

Matosinhos, 17 de maio de 2024

O Responsável pela Entidade Formadora Certificada

Doutor Jorge Oliveira

Mod. 37

Certificado nº 3634/24 De acordo com o modelo publicado na Portaria nº 474/2010

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora de Hora

Geral. 229 391 000

ca@ulsm.min-saude.pt | www.ulsm.min-saude.pt

Contribuinte nº 506 361 390



**Anexo XV – Certificado de participação em ação de formação “Introdução à
Entrevista Motivacional”**

CUIDADOS
DE SAÚDE PRIMÁRIOS**CERTIFICADO**

Certifica-se que **RITA PINHEIRO PINTO**, Enfermeira, natural da freguesia de Nogueira, concelho de Maia, de nacionalidade Portuguesa, nascida a 3 de julho de 1999, portadora do cartão do cidadão n.º 15460446, frequentou do dia 30 de outubro de 2024 até ao dia 31 de outubro de 2024, com a duração total de 11 horas, a ação de formação: **"INTRODUÇÃO À ENTREVISTA MOTIVACIONAL"**.

Conteúdos:

"Conceitos gerais e princípios básicos; Prontidão para a mudança e a ambivalência; O processo de mudanças segundo a EM: Os Modelos da Cognição social; O Modelo Transteórico e a EM. Estratégias de intervenção em função da fase da mudança; Lidar com a ambivalência e a resistência à mudança; As atitudes comunicativas (OARS); Estratégias para estimular o compromisso com a mudança; Aplicação da EM em diversos contextos de saúde em que se impõem mudanças no estilo de vida (Diabetes, Obesidade, Tabagismo e outros comportamentos aditivos, Perturbações do comportamento alimentar)."

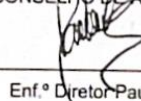
Promovida pela Unidade de Formação

Porto e Unidade Local de Saúde São João, E.P.E., 10 de fevereiro de 2025

UNIDADE DE FORMAÇÃO


Enf.ª Paula Cristina Costa

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


Enf.º Diretor Paulo Emílio Mota