



IPL

escola superior de saúde
instituto politécnico de leiria

RELATÓRIO FINAL

Ana Beatriz Costa Fernandes— nº 5240094

Mestrado Em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica

**CirurgicaMENTE: Programa Psicoeducativo em Enfermagem para a
redução da ansiedade na pessoa no período pré-operatório**

Docentes Orientadores:
Professor Especialista Daniel Carvalho
Professor Doutor José Carlos Gomes

Leiria
Abril de 2026

Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Leiria

RELATÓRIO FINAL

Ana Beatriz Costa Fernandes— nº 5240094

Mestrado Em Enfermagem De Saúde Mental e Psiquiátrica

**CirurgicaMENTE: Programa Psicoeducativo em Enfermagem para a
redução da ansiedade na pessoa no período pré-operatório**

Docentes Orientadores:
Professor Especialista Daniel Carvalho
Professor Doutor José Carlos Gomes

Leiria
Abril de 2026

"O degrau da escada não foi inventado para repousar, mas apenas para sustentar o pé o tempo necessário para que o homem coloque o outro pé um pouco mais alto."

Aldous Huxley

AGRADECIMENTOS

A concretização deste relatório e de todo o percurso que ele representa não teria sido possível sem o contributo, o apoio e a presença de pessoas que, de diferentes formas, me acompanharam ao longo deste caminho.

Ao Professor Daniel Carvalho e ao Professor José Carlos, agradeço a orientação e a partilha de conhecimento ao longo deste percurso. Obrigada por terem contribuído para o desenvolvimento deste projeto e para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, por serem o meu porto seguro. Obrigada pelo amor incondicional, pelo sacrifício silencioso e por nunca me deixarem desistir, mesmo quando o cansaço parecia maior do que a vontade. Tudo o que sou devo-vos a vocês.

Ao Tiago, por ter caminhado ao meu lado em cada etapa deste percurso. Obrigada pela paciência nos dias mais difíceis, pelo carinho nos momentos de dúvida e por me lembrares, sempre, de que era capaz.

À Rita, por ser a amiga de todas as horas. Obrigada por ouvires os meus desesperos sem julgamento, por me acalmares quando tudo parecia desmoronar e por estares sempre do meu lado, pronta a dar-me força. A tua presença foi essencial.

Às minhas colegas de trabalho, que foram verdadeira luz nas noites mais escuras. Obrigada por ouvirem as minhas dúvidas, por partilharem comigo o vosso saber e por me darem força quando mais precisei. O vosso apoio fez toda a diferença.

À Luísa e à Isabel, companheiras que o mestrado me deu e que a vida me fez guardar. Obrigada por termos percorrido juntas este ano e meio — pelas partilhas, pelos risos e pelo amparo mútuo nos momentos mais exigentes.

À Carina, pela generosidade de me acolher e dar dormida para que pudesse estar presente nas aulas. Um gesto simples que tornou possível o que, de outra forma, teria sido muito mais difícil.

A todos, o meu sincero obrigada.

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

APA – *American Psychiatric Association*

BaSIQS - *Basic Scale on Insomnia Complaints and Quality of Sleep*

BDI - Inventário de Depressão de Beck

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DASS - Depression, Anxiety and Stress Scale

DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

EC - Ensino Clínico

ECSM - Equipa Comunitária de Saúde Mental

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

FIFE - *Feelings, Ideas, Functioning, Expectations*

GAD-7 - *Generalized Anxiety Disorder -7*

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

LSMq - Questionário de literacia em saúde mental

MAT - Medida de Adesão aos Tratamentos

MCEESMP - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MMSE - Mini Exame do Estado Mental

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMCQCE - Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PST - Problem-solving therapy

PSYRATS - Psychotic Symptom Rating Scales

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SEE - Social-Emotional Expertise Scale

SPSM - Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

STAI - Inventário Estado Traço de Ansiedade

SWOT – *strengths, weaknesses, oportunidades, threats*

TAS - Técnico Auxiliar de Saúde

TCC – Terapia Cognitiva-Comportamental

TMC - Treino Metacognitivo

ULS - Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization

Resumo

O presente relatório descreve o percurso de aprendizagem desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, evidenciando as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista adquiridas ao longo dos ensinamentos clínicos realizados em três contextos distintos: internamento, comunidade e respostas diferenciadas. Em cada contexto foram desenvolvidas intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, centradas nas necessidades das pessoas acompanhadas, com recurso a programas estruturados, bem como a estudos de caso, formação em serviço e reflexões críticas sustentadas no ciclo de *Gibbs*.

Integrado neste percurso, apresenta-se o projeto de melhoria contínua da qualidade CirurgicaMENTE, um programa psicoeducativo de enfermagem para a redução da ansiedade na pessoa no período pré-operatório, implementado na Consulta Externa de Psiquiatria de uma Unidade Local de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo. O programa foi estruturado em quatro sessões individuais presenciais, baseadas na abordagem cognitivo-comportamental, integrando psicoeducação, reestruturação cognitiva e treino de respiração diafragmática. Adotou-se um estudo pré-experimental de grupo único com avaliação pré e pós-intervenção, utilizando a Escala GAD-7 como instrumento principal. A amostra final foi constituída por cinco participantes. Os resultados evidenciaram uma redução estatisticamente significativa da ansiedade ($p=0,042$), com diminuição da média da GAD-7 de 9,0 para 2,2 pontos e da mediana de 9,0 para 1,0, sem qualquer caso de agravamento. Os questionários de satisfação revelaram níveis muito elevados de aceitação do programa.

Os resultados sugerem que intervenções breves, estruturadas, de base psicoeducativa e cognitivo-comportamental, conduzidas pelo enfermeiro especialista em saúde mental, podem constituir uma resposta eficaz na redução da ansiedade pré-operatória. A reduzida dimensão amostral constitui a principal limitação, recomendando-se a replicação do programa com amostras maiores.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Ansiedade Pré-operatória; Psicoeducação; Terapia Cognitivo-Comportamental; Competências Especializadas; Intervenção Não Farmacológica

Abstract

This report describes the learning path developed within the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the School of Health Sciences, Polytechnic Institute of Leiria, highlighting the common and specific competencies of the specialist nurse acquired throughout the clinical placements carried out in three distinct settings: inpatient care, community care, and specialised responses. In each setting, psychoeducational, psychotherapeutic, sociotherapeutic, and psychosocial interventions were developed, centred on the needs of the individuals receiving care, using structured programmes, case studies, in-service training, and critical reflections supported by the Gibbs reflective cycle.

As part of this learning path, the continuous quality improvement project CirurgicaMENTE is presented — a nursing psychoeducational programme for the reduction of anxiety in adults during the preoperative period, implemented at the Outpatient Psychiatry Clinic of a Local Health Unit in the Lisbon and Tagus Valley region. The programme comprised four individual face-to-face sessions based on a cognitive-behavioural approach, integrating psychoeducation, cognitive restructuring, and diaphragmatic breathing training. A pre-experimental single-group design with pre- and post-intervention assessment was adopted, using the GAD-7 Scale as the main instrument. The final sample consisted of five participants. Results showed a statistically significant reduction in anxiety ($p=0.042$), with the GAD-7 mean decreasing from 9.0 to 2.2 points and the median from 9.0 to 1.0, with no cases of worsening. Satisfaction questionnaires revealed very high levels of programme acceptance.

The findings suggest that brief, structured interventions based on psychoeducation and cognitive-behavioural therapy, delivered by specialist mental health nurses, may represent an effective response in reducing preoperative anxiety. The small sample size constitutes the main limitation, and replication with larger samples is recommended.

Keywords: Mental Health and Psychiatric Nursing; Preoperative Anxiety; Psychoeducation; Cognitive-Behavioural Therapy; Specialist Competencies; Non-Pharmacological Intervention

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1 - CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM	10
1.1– CONTEXTO DE INTERNAMENTO	10
1.2 – CONTEXTO DE COMUNIDADE	13
1.3 – CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	15
2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NAS ÁREAS-CHAVE DA ESMP EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO	20
2.1– COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	20
2.1.1- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	20
2.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade	23
2.1.3- Domínio da gestão de cuidados	25
2.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	30
2.2.1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1)	30
2.2.2 – Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2)	33
2.2.3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3)	36
3. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	47
3.1 PLAN	47
3.1.1 Identificar e descrever o problema	47
3.1.2 Formulação de objetivos iniciais/causas	51
3.1.3 Operacionalização das variáveis	53
3.1.4 População e amostra	54
3.1.5 Instrumento de recolha dos dados	54
3.1.6 Avaliação da qualidade (Heather Palmer)	55
3.1.7 Procedimentos ético-formais	58
3.2 DO - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA CIRURGICAMENTE	58
3.2.1 Descrição do programa CirurgicaMENTE	58
3.2.2 Estrutura das Sessões	59
3.2.3 Cronograma de tarefas/atividades	60
3.2.4 Metodologia do estudo	61
3.3 CHECK	61
3.3.1 Verificar Resultados	61
3.4 ACT	67
3.4.1 Propor medidas corretivas	67
3.4.2 Implicações para a prática	69
3.4.3 Reconhecer e Partilhar o Sucesso	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa - Ansiedade no doente cirúrgico	52
Figura 2 - Análise SWOT para estudo da viabilidade do projeto	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I - Nível de satisfação com a sessão 0 (n=5)	65
Gráfico II - Nível de satisfação com a sessão 1 (n=5)	66
Gráfico III - Nível de satisfação com a sessão 2 (n=5)	66
Gráfico IV - Nível médio de satisfação com o Programa CirurgicaMENTE (n=5)	67

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela I - Organização Semanal das Atividades do Serviço de Hospital de Dia	16
Tabela II - Instrumentos de Avaliação de Ansiedade	50
Tabela III - Avaliação da qualidade (Heather Palmer)	56
Tabela IV - Cronograma de tarefas/atividades do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	61
Tabela V - Caracterização sociodemográfica da amostra	62
Tabela VI - Dados do Grupo - Descritiva	63
Tabela VII - Tabela suporte SPSS	63
Tabela VIII - Sumarização de Teste de Hipótese	64
Tabela IX - Intervalo de confiança	65
Tabela X - Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	68

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de natureza profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) com relatório final, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, no qual se analisa e reflete criticamente sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, com o objetivo de evidenciar a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, previstas e reguladas pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto; Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro). Pretende-se, igualmente, demonstrar a aquisição de competências de mestre, nomeadamente de investigação, comunicação de resultados, análise crítico-reflexiva e autoaprendizagem, focadas no desenvolvimento da profissão, conforme definido pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, que regulamenta a Lei de Bases do Sistema Educativo.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) foca-se "na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental" (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427). Para tal, o EEESMP "desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais" (Regulamento n.º 515/2018, p. 21427). De acordo com os princípios orientadores do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho), é mediante esta prática profissional que o EEESMP estabelece relações de ajuda e de confiança com a pessoa ou grupo, com a intenção de promover uma melhor compreensão dos problemas, mediante a vivência de diferentes técnicas e modelos psicoterapêuticos, possibilitando o desenvolvimento de novas respostas humanas para problemas identificados ou para novos problemas que emergem ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar. As abordagens terapêuticas não farmacológicas adquirem, neste enquadramento, um papel significativo, contrariando o paradigma convencional de algumas realidades atuais.

O presente relatório integra, também, o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE), planeado e implementado de acordo com as necessidades identificadas no contexto de prática clínica onde exerço funções, com o propósito de contribuir para a demonstração das competências necessárias à aquisição do título de Mestre. O projeto centrou-se na ansiedade pré-operatória em pessoas adultas submetidas a cirurgia eletiva, uma resposta emocional frequente neste contexto, associada a piores resultados clínicos, maior consumo de fármacos anestésicos e analgésicos, recuperação mais prolongada e menor satisfação com os cuidados prestados (Shebl et al., 2025). A evidência internacional documenta uma prevalência elevada de ansiedade pré-operatória, entre 60% e 80%, podendo, em alguns estudos, atingir valores de 92%, com marcada variabilidade em função do país, do tipo de cirurgia, do género e das experiências cirúrgicas prévias (Rana et al., 2023; Shebl et al., 2025).

A evidência científica tem demonstrado que as intervenções psicoeducativas no período pré-operatório podem contribuir para a redução da ansiedade, ao promoverem informação clara, treino de estratégias de *coping*, relaxamento, reestruturação cognitiva e maior envolvimento da pessoa no processo de cuidados (Oliveira et al., 2022). A psicoeducação, enquanto competência especializada, visa capacitar a pessoa para a compreensão e gestão da sua condição de saúde mental, promovendo a literacia em saúde e a autoeficácia (Oliveira et al., 2024). Neste sentido, foi desenvolvido o programa psicoeducativo CirurgicaMENTE, implementado na Consulta Externa de Psiquiatria de uma Unidade Local de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, procurando responder à necessidade de integrar abordagens não farmacológicas, estruturadas e especializadas na preparação emocional da pessoa para a cirurgia. Neste âmbito, o EEESMP assume um papel diferenciador, pela sua competência para avaliar a resposta emocional da pessoa, estabelecer uma relação terapêutica, mobilizar intervenções psicoeducativas e promover estratégias de autorregulação emocional no período pré-operatório. Por se tratar de um programa estruturado, com sessões definidas e recurso a instrumentos de avaliação, o CirurgicaMENTE permite monitorizar resultados, sustentar a tomada de decisão clínica e perspetivar a sua adaptação e replicação em outros contextos de cuidados.

A intervenção desenvolvida foi ancorada na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, na medida em que esta perspectiva compreende a relação enfermeiro-pessoa como um instrumento terapêutico central, sustentado pela comunicação terapêutica, empatia, confiança e participação ativa da pessoa no processo de cuidados (Mersha et al., 2023; Hall & Shearer, 2025). Esta matriz teórica revelou-se particularmente adequada ao programa CirurgicaMENTE, uma vez que a ansiedade pré-operatória exige uma intervenção individualizada, relacional, capaz de promover literacia em saúde, reduzir a incerteza, favorecer estratégias de *coping* e apoiar a pessoa na preparação emocional para a cirurgia (Oliveira et al., 2024; Su et al., 2024).

O documento encontra-se estruturado em três partes. A primeira parte refere-se aos contextos de aprendizagem, com a caracterização de cada local de ensino clínico — internamento, comunidade e respostas diferenciadas —, bem como a reflexão sobre os respetivos modelos de organização e funcionamento. A segunda parte descreve as competências adquiridas nas áreas-chave da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, através da análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio. A terceira parte apresenta o projeto de melhoria contínua da qualidade, incluindo a identificação do problema, os objetivos, o plano de intervenção e a avaliação dos resultados do programa CirurgicaMENTE. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas que sustentaram a realização deste relatório, elaboradas de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA), 7.ª edição, conforme orientações da Escola Superior de Saúde de Leiria.

Parte I

1 - CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

Os Ensinos Clínicos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) têm por finalidade garantirem aos estudantes a possibilidade de concretizarem o perfil de competências especializadas definidas pela Organização Mundial de Saúde, Comissão Europeia e, em particular, pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro e Regulamento nº 515/2018 de 7 de agosto).

O Ensino clínico de ESMP (2ºS) decorreu no período compreendido entre 22 de abril e 4 de julho de 2025, numa Unidade de Psiquiatria de Adultos em regime de internamento de pessoas em fase aguda da doença de um hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo. O Estágio de natureza profissional em ESMP com Relatório final (3ºS) do Curso de MESMP realizou-se entre 8 de setembro de 2025 e 23 de janeiro de 2026, integrando diferentes contextos de prática. Inicialmente, teve lugar numa Equipa de Saúde Mental Comunitária da Região de Lisboa e Vale do Tejo, em contexto comunitário, no período de 8 de setembro a 21 de novembro de 2025. Posteriormente, decorreu num Hospital de Dia de Psiquiatria da mesma região, em contexto de respostas diferenciadas, entre 24 de novembro de 2025 e 23 de janeiro de 2026.

Neste capítulo serão descritos os diferentes contextos de ensino clínico, bem como apresentada a caracterização e reflexão sobre os seus modelos de organização e funcionamento, analisando de que forma cada contexto contribuiu para a aquisição e o desenvolvimento de competências clínicas especializadas. Esta análise procura estabelecer uma ligação direta entre as oportunidades proporcionadas por cada contexto e as competências pessoais, ético-deontológicas, clínicas e psicossociais desenvolvidas ao longo do percurso formativo, evidenciando o papel e a relevância do EEESMP na resposta às necessidades da pessoa, família, grupo e comunidade.

1.1– CONTEXTO DE INTERNAMENTO

O Ensino Clínico (EC) em contexto de internamento realizou-se entre 22 de abril e 4 de julho de 2025, numa Unidade de Psiquiatria de Adultos em regime de internamento de pessoas em fase aguda da doença, integrada num hospital da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta instituição encontra-se implantada num terreno com cerca de 9,5 hectares e presta cuidados de saúde a uma população aproximada de 250 mil habitantes. O Departamento de Psiquiatria localiza-se no piso 1 do edifício hospitalar e integra, para além da Unidade de Internamento de Agudos, o Hospital de Dia de Psiquiatria e a Consulta Externa de Psiquiatria, assegurando uma resposta articulada e diferenciada às necessidades das pessoas com doença mental.

A Unidade de Internamento funciona em regime de porta fechada, com todos os acessos controlados, incluindo gabinetes, áreas técnicas, salas de trabalho, portas de entradas e saídas, como medida de segurança destinada à prevenção de fugas e de comportamentos auto ou heteroagressivos. As instalações dispõem de um pátio exterior, aberto entre as 7h30 e as 22h30, e de uma sala de convívio, acessível das 7h30 às 21h30. O serviço é composto por 13 quartos duplos e 1 quarto destinado ao isolamento de pessoas com doença orgânica, dispondo de uma capacidade total para 25 pessoas. As visitas são previamente agendadas pelos enfermeiros ou secretários da unidade e decorrem diariamente das 16h30 às 18h10, organizadas em três turnos de 30 minutos cada, por pessoa. As refeições são servidas na copa às 9h00, 13h00, 16h00, 19h00 e 22h00, com exceção da ceia, que é distribuída nos quartos, utilizando louça e talheres de plástico reutilizável.

A equipa do Departamento de Psiquiatria é composta por 16 médicos psiquiatras, dos quais quatro são internos da especialidade, 10 enfermeiros e um enfermeiro responsável, sendo que seis dos enfermeiros possuem a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Integram ainda a equipa sete técnicos auxiliares de ação médica, dois terapeutas ocupacionais — um afeto ao internamento e outro ao Hospital de Dia — e uma assistente social a tempo parcial, não existindo psicólogos em funções à data do Ensino Clínico.

Os rácios de enfermagem por turno correspondem a dois enfermeiros no turno da manhã, dois no turno da tarde e dois no turno da noite. O Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, intitulado “Regulamento da

Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem”, publicado no Diário da República, estabelece que, perante a ausência de dados nacionais atualizados sobre as horas de cuidados de enfermagem em internamento nos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM), devem existir, no mínimo, dois Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria por cada três profissionais de enfermagem, bem como, pelo menos um EESMP em cada turno (Ministério da Saúde, 2019). No contexto analisado, com uma equipa composta por quatro enfermeiros generalistas e seis EESMP, verifica-se o cumprimento da proporção global estipulada no regulamento. No entanto, a adequação quantitativa da dotação por turno permanece insuficiente à luz das necessidades das pessoas internadas. De acordo com a Circular Normativa n.º 01/2006/SGMS (Ministério da Saúde, 2006), estima-se que cada pessoa em unidades de internamento de agudos em psiquiatria necessite, em média, de 2,85 horas diárias de cuidados de enfermagem. Complementarmente, a Ordem dos Enfermeiros, por meio da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP), recomenda, com base em evidência científica, uma média mínima de 3,4 horas de cuidados por pessoa/dia neste tipo de contexto (OE, 2019a). Tendo em conta que a Unidade de Internamento de Pessoas Agudas dispõe de 2 enfermeiros em cada turno (manhã, tarde e noite), para um total de 25 pessoas internadas, verifica-se um rácio médio de 12,5 pessoas por enfermeiro em cada turno. Considerando que cada enfermeiro presta 8 horas de cuidados por turno, obtém-se um total diário de 48 horas de cuidados de enfermagem (16 horas por turno). Assim, cada pessoa beneficia, em média, de 1,92 horas de cuidados de enfermagem por dia. Este valor encontra-se significativamente abaixo tanto da referência do Ministério da Saúde como da recomendação da Ordem dos Enfermeiros. Face a este cenário, conclui-se que, apesar do cumprimento formal da proporção de especialistas, a equipa de enfermagem está subdimensionada em termos quantitativos. Tal realidade reflete um aumento da carga de trabalho afeta a cada enfermeiro, conduzindo à insatisfação, desmotivação e *burnout* dos profissionais, colocando ainda em causa a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde (OE, 2014).

O circuito das pessoas encaminhados para a Unidade de Internamento de Agudos inicia-se, na maioria dos casos, no Serviço de Urgência geral, onde é realizada uma avaliação clínica inicial e, sempre que necessário, observação por um médico psiquiatra. Embora o hospital não disponha de um Serviço de Urgência de Psiquiatria autónomo, existe disponibilidade de psiquiatras para observação especializada nos dias úteis até às 20h. Sempre que se confirma a necessidade de internamento, as pessoas são transferidas para a Unidade de Agudos, sendo que mesmo aqueles seguidos em consulta externa são previamente encaminhados para o Serviço de Urgência para reavaliação clínica e realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica antes da admissão definitiva. A admissão na enfermaria é realizada por um enfermeiro, que procede à observação direta da pessoa, conduz uma entrevista semiestruturada e efetua o controlo e registo dos pertences pessoais, com vista à garantia da segurança individual e coletiva. Todos os registos de enfermagem são efetuados de acordo com a linguagem padronizada da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), utilizando o sistema de informação clínica *Glintt*. A prática de enfermagem neste contexto é orientada pelo modelo teórico do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem. A teoria é composta por três teorias interrelacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. A teoria geral do autocuidado é composta por conceitos e pressupostos que orientam a prática de enfermagem para incentivar a própria pessoa ao autocuidado, ou para oferecer suporte quando ela não tem autonomia suficiente para realizar esse cuidado sozinha (Taylor, 2002).

No momento da alta hospitalar, a saída das pessoas é realizada de forma controlada, sendo o destino definido de acordo com a situação individual, podendo incluir o regresso ao domicílio, o encaminhamento para instituições, soluções articuladas entre domicílio e estruturas comunitárias, ou a integração em comunidades terapêuticas. Importa referir que uma parte significativa das pessoas internadas apresenta ausência de suporte familiar ou condições habitacionais adequadas, o que tem contribuído para o prolongamento do internamento enquanto se procuram respostas sociais ajustadas.

À data do Ensino Clínico, não se encontravam em vigor programas estruturados de intervenção especializada, o que possibilitou a identificação de necessidades específicas da população internada. Com o apoio da enfermeira orientadora, foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais comuns, segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem): Adesão ao regime medicamentoso comprometida;

Comunicação comprometida; delírio; alucinação; insónia; Ansiedade; e Autocontrolo da ansiedade comprometido. Deste modo, reconheceu-se como prioritária a intervenção na adesão ao regime terapêutico e na promoção do sono, possibilitando a planificação de intervenções dirigidas a estes domínios. A baixa adesão ao tratamento, frequentemente associada a baixos níveis de literacia em saúde, é considerada um fator de risco para a ocorrência de reinternamentos (Silva *et al.*, 2009). Laranjeira *et al.*, (2023) definem a adesão terapêutica como o conjunto de “...competências orientadas para a recuperação que permitem gerir e cumprir o regime terapêutico através da autoconsciência, do conhecimento, do autocontrolo e da confiança, a fim de alcançar, manter ou promover níveis ótimos de funcionamento, saúde e bem-estar.” A não adesão tem como consequências resultados clínicos negativos, incluindo agravamento dos sintomas, aumento das taxas de hospitalização/reinternamento, prejuízo na qualidade de vida e acréscimos nos custos diretos e indiretos para o sistema de saúde (Loots *et al.*, 2021).

No campo de estágio, os diagnósticos psiquiátricos mais comuns observados foram a esquizofrenia e a perturbação bipolar, sendo que grande parte dos internamentos ocorreu devido à descompensação da doença associada ao abandono da terapêutica, sendo que muitos das pessoas encontram-se em regime de internamento involuntário. Segundo uma revisão de literatura com meta-análise realizada em 2020, cerca de 49% das pessoas com doenças psiquiátricas não aderiu à medicação psicotrópica. A não adesão à medicação entre pacientes com esquizofrenia foi de 56%, no transtorno depressivo major de 50% e na perturbação bipolar de 44% (Semahegn *et al.*, 2020). Diversas intervenções têm demonstrado ser eficazes na promoção da adesão ao tratamento, incluindo a terapia cognitivo-comportamental, a psicoeducação, as intervenções familiares, as técnicas de entrevista motivacional e as abordagens mistas. É fundamental que os profissionais de saúde adaptem estas estratégias às necessidades individuais, esclareçam os possíveis efeitos secundários e mantenham canais de comunicação mesmo após a alta hospitalar (Santin *et al.*, 2005; Loots *et al.*, 2021).

Quanto ao sono, segundo uma revisão integrativa da literatura conduzida por Silva *et al.*, (2024) distúrbios como insónia e apneia não só agravam sintomas de perturbações psiquiátricas como também podem representar fatores de risco significativos para o seu desenvolvimento. Esta relação é bidirecional: as perturbações do sono podem desencadear ou agravar perturbações mentais, e, por sua vez, as perturbações mentais podem comprometer a qualidade do sono, criando um círculo vicioso que dificulta a recuperação e compromete o sucesso terapêutico. Uma outra revisão integrativa realizada por Mattos *et al.* (2024) destaca a relevância de intervenções não farmacológicas, como modificações ambientais e psicoeducação, na promoção da qualidade do sono em contextos de saúde mental. Chien *et al.* (2015) complementam, demonstrando que a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), quando associada a técnicas de relaxamento respiratório, tem efeitos positivos na redução de pensamentos negativos e da depressão, melhorando assim a qualidade do sono.

Em termos reflexivos, o contexto de internamento revelou-se fundamental para o desenvolvimento de competências clínicas específicas, sobretudo na intervenção em situações de maior instabilidade psicopatológica, risco e vulnerabilidade. A presença de pessoas em fase aguda da doença — algumas em internamento involuntário — com alterações do comportamento, delírios, alucinações, ansiedade, insónia e dificuldades na adesão à terapêutica, exigiu a adaptação dos cuidados de enfermagem de saúde mental. Neste contexto, foram particularmente treinadas competências como a avaliação do comportamento, a monitorização da pessoa internada, a identificação de prioridades de intervenção, a formulação de diagnósticos de enfermagem e a utilização de instrumentos específicos de avaliação, que sustentaram a conceção, implementação e avaliação dos programas desenvolvidos e implementados em EC. O contexto de internamento também favoreceu o desenvolvimento de competências pessoais específicas, como a assertividade, o respeito pelas normas e procedimentos institucionais, a capacidade de negociação e a argumentação das opções com base em conhecimentos teóricos e evidência científica, sobretudo perante situações de resistência, baixa colaboração ou instabilidade clínica. Do ponto de vista ético-deontológico, foi um contexto particularmente relevante para treinar procedimentos de proteção da pessoa e do grupo, refletir sobre dilemas relacionados com autonomia, segurança, adesão terapêutica e contenção, e assumir responsabilidade nos compromissos definidos com a equipa e com as pessoas acompanhadas. Enquanto contexto de maior contenção institucional e menor contacto direto com a família e os recursos comunitários,

permitiu menor desenvolvimento de competências relacionadas com parcerias externas, mobilização de estruturas comunitárias e continuidade de cuidados no domicílio, competências que vieram a ser mais aprofundadas no contexto comunitário.

O contexto de internamento constitui, assim, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de competências específicas do EEESMP, nomeadamente ao nível da avaliação clínica do estado mental, da gestão de situações de crise e da promoção da adesão terapêutica, particularmente em pessoas em fase aguda da doença e, em alguns casos, em regime de internamento involuntário. A elevada carga assistencial e a reduzida dotação quantitativa por turno exigiram uma prática sustentada na priorização clínica, na tomada de decisão ética e na utilização intencional da relação terapêutica, confrontando-me frequentemente com a distância entre o cuidado ideal e o cuidado possível. Neste contexto, compreendi que o EEESMP se afirma como sujeito terapêutico ao mobilizar a sua presença, comunicação, empatia, escuta ativa e julgamento clínico para promover contenção emocional, segurança, confiança, literacia em saúde e adesão ao tratamento. Desta forma, tornou-se evidente o seu papel diferenciador na produção de ganhos em saúde mental e na salvaguarda de cuidados seguros, humanizados, eticamente sustentados e cientificamente fundamentados, mesmo em ambientes altamente exigentes, restritivos e marcados por recursos limitados.

1.2 – CONTEXTO DE COMUNIDADE

O Ensino Clínico em Contexto de Comunidade decorreu entre 8 de setembro e 21 de novembro de 2025, numa Equipa de Saúde Mental Comunitária parte integrante do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de uma ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta equipa assegura cuidados de saúde mental a uma população aproximada de 150 mil habitantes.

As ECSM (Equipas Comunitárias de Saúde Mental) são equipas multidisciplinares que asseguram cuidados diferenciados de saúde mental a uma população específica dentro de uma área geográfica definida, estabelecendo uma atuação clínica próxima das pessoas, das famílias e da comunidade em que se inserem, com o objetivo de aumentar a acessibilidade aos cuidados, promover a continuidade de intervenção, e apoiar a recuperação e integração familiar e social das pessoas com problemas de saúde mental (Sousa Gago *et al.*, 2023).

A ECSM em questão funciona de segunda a sexta-feira, entre as 8h00 e as 18h00, assegurando consultas de psiquiatria geral do adulto, consultas de psicologia e enfermagem, visitas domiciliárias, cuidados ambulatoriais de reabilitação psicossocial na Área de Dia e treino sócio ocupacional com Terapia Ocupacional. A nível de articulação interna, realizam-se reuniões de discussão de casos todas as terças-feiras no Hospital da ULS onde a ECSM está integrada, inicialmente em equipa e, de seguida, em conjunto com a equipa do internamento. Além disso, na última quinta-feira de cada mês, ocorre na ECSM, a reunião de serviço.

A unidade organiza-se em três pisos. No piso inferior situam-se a receção, um gabinete de enfermagem e quatro gabinetes médicos. No piso superior encontram-se a sala de refeições/ descanso e a área de Dia. A equipa é constituída por 11 médicos psiquiatras, três enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, três psicólogos, dois terapeutas ocupacionais, um assistente social, um técnico auxiliar de ação médica e duas assistentes administrativas. Segundo o Despacho n.º 2753/2020, no caso das ECSM destinadas à população adulta, a área geográfica deve corresponder a uma população entre 50 000 e 100 000 habitantes. Além disso, conforme recomendado por Sousa Gago *et al.* (2023), a ECSM deve dispor de dois enfermeiros por cada 100 000 habitantes, dos quais pelo menos um deve possuir a especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria. Assim, para a população desta ECSM que é cerca de 150 000 habitantes, o número recomendado é de 3 enfermeiros, com pelo menos 2 especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria. Portanto, o número de enfermeiros especialistas encontra-se em conformidade com as recomendações nacionais para a população abrangida, assegurando a prestação de cuidados especializados.

O encaminhamento das pessoas ocorre através de diferentes vias: após internamento, após observação no Serviço de Urgência Psiquiátrica, entre consultas externas ou por encaminhamento efetuado pelos Cuidados de Saúde Primários.

A intervenção desta ECSM fundamenta-se no modelo conceptual de Virgínia Henderson, no qual se destaca a visão unitária do agregado familiar e a ênfase atribuída à promoção da saúde e identificação de forma clara de défices e recursos da pessoa e da sua família. Enquanto no contexto de internamento a intervenção se orienta prioritariamente para o apoio à recuperação da saúde mental, em regime de ambulatório a atuação centra-se, sobretudo, na sua manutenção da mesma. Este modelo enquadra-se na escola das necessidades, inserida no paradigma da integração (Rocha & Martins, 2024). Através da sua teoria das necessidades, Henderson definiu a função da enfermagem como ajudar a pessoa — pessoa ou saudável — a realizar atividades que contribuem para a saúde, recuperação ou para uma morte tranquila, que realizaria de forma autónoma se tivesse força, vontade ou conhecimento. Esta perspetiva proporciona ao enfermeiro uma visão holística, que integra as dimensões biológica, psicológica e social (Henderson, 2006, citada por Queirós, 2024). Neste contexto, a atuação dos profissionais centra-se sobretudo na manutenção da estabilidade clínica e funcional das pessoas acompanhadas, na prevenção de recaídas e na promoção da autonomia, em contraste com o enfoque predominantemente recuperativo do contexto de internamento. As intervenções incluem a promoção da adesão terapêutica, nomeadamente através da administração de terapêutica injetável de longa duração; a psicoeducação em diversas áreas, capacitando a pessoa e a sua família para uma melhor compreensão e gestão da doença; a realização de consultas de crise, assegurando uma resposta rápida em situações de descompensação; e o reforço e manutenção da relação terapêutica, fundamental para o acompanhamento contínuo e para a prevenção de recaídas. Paralelamente, em cada consulta procede-se à monitorização sistemática do estado mental, com o intuito de identificar alterações ao nível do comportamento, do pensamento, da perceção ou de outras necessidades que requeiram intervenção especializada. Os cuidados prestados pela Equipa Comunitária às pessoas com doença mental e às respetivas famílias concretizam-se, de acordo com as necessidades identificadas, em regime de consulta ou de visita domiciliária. Estas últimas não se realizam em dias previamente definidos, ocorrendo apenas quando a situação clínica assim o justifica, sendo asseguradas por uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistente social. A referência para este tipo de intervenção pode ser efetuada por qualquer profissional de saúde.

Existe apenas um projeto de intervenção especializada no serviço, nomeadamente o Projeto “Supera”. Este projeto dirige-se a pessoas que estiveram internados no Serviço de Psiquiatria com diagnóstico de primeiro episódio psicótico, definido como a presença de sintomatologia psicótica com pelo menos uma semana de duração, em pessoas com idades compreendidas entre os 16 e os 35 anos. Após a alta hospitalar, é assegurado um seguimento estruturado em regime ambulatório, baseado no modelo de gestão de caso, durante os dois anos subsequentes ao internamento. O acompanhamento inclui uma avaliação inicial em consulta de psiquiatria, realizada pelo médico assistente até 15 dias após a alta, sendo posteriormente agendadas consultas de seguimento de acordo com a evolução clínica. Em paralelo, a pessoa é acompanhada em consulta de enfermagem por um enfermeiro especialista com funções de gestor de caso, responsável por estabelecer uma relação terapêutica de confiança e promover o envolvimento ativo da pessoa no processo terapêutico. Estas consultas decorrem semanalmente no primeiro mês, quinzenalmente entre o primeiro e o sexto mês e mensalmente a partir dos seis meses, tendo como objetivos a avaliação global do estado de saúde, incluindo o estado mental e os efeitos da medicação, bem como a monitorização regular do risco metabólico e cardiovascular. Constituem igualmente momentos de apoio à gestão do stress, resolução de problemas, promoção da adesão terapêutica e incentivo a estilos de vida saudáveis. O enfermeiro procede ainda à avaliação de situações de risco, promove a psicoeducação junto da pessoa e da família, identifica necessidades adicionais que possam justificar intervenções complementares, nomeadamente nas áreas da Terapia Ocupacional, Serviço Social, Nutrição ou Medicina Física e de Reabilitação. Atua ainda na identificação precoce de sinais de recaída, articulando-se de forma célere com o psiquiatra assistente sempre que necessário, acolhe e avalia as principais queixas e preocupações da pessoa, envolvendo a família quando aplicável, e define um plano de intervenção individualizado. Este processo visa não só apoiar a recuperação clínica, mas também promover o desenvolvimento de recursos pessoais, a definição de objetivos individuais e a construção de uma esperança realista face ao futuro.

O contexto de comunidade foi determinante para o desenvolvimento de competências clínicas e psicossociais específicas centradas na continuidade de cuidados, na prevenção da recaída, na promoção da autonomia e na

articulação com a família e com os recursos disponíveis. A intervenção em regime ambulatorial e em visita domiciliária permitiu treinar a avaliação das necessidades da pessoa, família e cuidador, a monitorização do estado mental, a avaliação da adesão terapêutica, a identificação precoce de sinais de descompensação, a avaliação dos apoios e recursos psicossociais e a definição de prioridades de intervenção ajustadas ao contexto real de vida da pessoa. Este contexto foi especialmente favorável ao desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de casos de maior complexidade, com o envolvimento da pessoa e família nos processos de decisão, com a identificação de parcerias necessárias e com a promoção de condições de articulação entre a equipa comunitária, a consulta, o internamento, a família e outros recursos de apoio. A realização de intervenções psicoeducativas individuais e grupais, permitiu ainda aplicar técnicas específicas de enfermagem de saúde mental, negociar e valorizar a participação dos intervenientes, utilizar comunicação terapêutica, reforço positivo e estratégias de envolvimento, promovendo literacia em saúde mental, *empowerment* e responsabilização da pessoa no seu processo de recuperação. Ao nível das competências pessoais, este contexto exigiu abertura, flexibilidade, capacidade de negociação e integração da reflexão crítica no comportamento diário. Do ponto de vista ético-deontológico, foi especialmente desafiante pela necessidade de equilibrar sigilo profissional, consentimento, proteção da pessoa e partilha de informação com familiares ou cuidadores. Como limitação, por se tratar de um contexto com projetos e circuitos assistenciais já definidos, houve menor oportunidade para propor novos protocolos formais de colaboração, embora o estágio tenha permitido compreender a sua importância para a otimização dos resultados em saúde mental comunitária.

Em suma, o contexto de comunidade permitiu compreender de forma mais aprofundada o papel autónomo do EEESMP na continuidade dos cuidados, na gestão de caso e na prevenção de recaídas. A proximidade à pessoa e à família, quer em consulta de enfermagem, quer em visita domiciliária, favoreceu o desenvolvimento de competências relacionadas com a deteção precoce de sinais de descompensação, a avaliação do risco, a monitorização da adesão terapêutica e a capacitação da pessoa para a autogestão da doença mental. Neste contexto, o EEESMP afirma-se como sujeito terapêutico ao mobilizar uma relação de confiança sustentada no tempo, a escuta ativa, a comunicação terapêutica, a negociação e o reforço positivo como instrumentos promotores de mudança, autonomia e responsabilização. A sua intervenção torna-se central na articulação entre a pessoa, a família e os diferentes recursos da comunidade, promovendo ganhos ao nível da estabilidade clínica, da prevenção de recaídas, da adesão terapêutica, da literacia em saúde mental e da participação ativa no processo de *recovery*. A participação no Projeto “Supera” constituiu um exemplo particularmente relevante deste modelo de intervenção, uma vez que permitiu compreender a gestão de caso como um processo estruturado, longitudinal e centrado na pessoa, no qual o enfermeiro especialista atua como elemento de referência. Através da construção de uma relação terapêutica consistente, do acompanhamento regular, da identificação precoce de necessidades e da promoção ativa da esperança, da autonomia e da responsabilização, tornou-se evidente o contributo diferenciador do EEESMP na integração da pessoa com doença mental no seu contexto de vida.

1.3 – CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O estágio em contexto de respostas diferenciadas decorreu entre 24 de novembro de 2025 e 23 de janeiro de 2026, no Hospital de Dia de Psiquiatria, integrado no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental de uma ULS da região de Lisboa e Vale do Tejo. Este departamento engloba, para além do Hospital de Dia, o serviço de internamento de pessoas agudas, a consulta externa de psiquiatria de adultos e de pedopsiquiatria e as equipas comunitárias de saúde mental, assegurando uma prestação integrada de cuidados a uma população aproximada de 242 mil habitantes.

Nos termos da Portaria n.º 234/2015, de 7 de agosto, entende-se por “Hospital de dia», a unidade orgânico-funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meios técnicos e humanos qualificados, onde a pessoa recebe cuidados de saúde de diagnóstico ou terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância médica ou de enfermagem, por um período inferior a 24 horas.

O Hospital de Dia constitui uma unidade de reabilitação psicossocial dedicada à recuperação da pessoa com doença mental através de um Plano Individual de Cuidados. Trata-se de uma unidade essencial, pois possibilita

o acesso a tratamento num ambiente pouco restritivo, assegurando a continuidade dos cuidados. Funciona como elo entre o contexto hospitalar e a comunidade, promovendo uma articulação eficaz e duradoura com os serviços comunitários, envolvendo a família como parte ativa do processo terapêutico (Mak *et al.*, 2013; Mak *et al.*, 2019; Mohammadi *et al.*, 2014; Owen *et al.*, 2016).

A reabilitação psicossocial assenta na promoção da participação e inclusão da pessoa na sua comunidade, procurando fortalecer a sua autonomia, autodeterminação e qualidade de vida, enquanto combate o estigma associado à doença mental. Para tal, defende-se não só a existência de redes de apoio social estáveis e duradouras, mas também a criação de contextos ambientais que facilitem uma verdadeira integração comunitária (WHO, 2001). Esta abordagem, de natureza holística e multidisciplinar, centra-se nos objetivos, competências, interesses e interações de cada indivíduo, valorizando intervenções flexíveis e ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa e ao seu bem-estar global (Llewellyn-Beardsley *et al.*, 2019). Trata-se de uma abordagem holística, multidisciplinar e sustentada em evidência científica, que enfatiza sobretudo o processo de *recovery*. Para além da gestão dos sintomas, esta perspetiva procura promover competências que permitam uma vida mais autónoma, com o menor nível de apoio profissional possível (Asher *et al.*, 2015).

Neste enquadramento, o conceito de *recovery* é entendido como um processo profundamente pessoal, marcado por transformações na forma como a pessoa encara a sua vida, os seus objetivos, papéis e capacidades. Apesar das limitações impostas pela doença mental, a pessoa procura construir um novo sentido para a sua existência, desenvolvendo um percurso positivo e progressivo de adaptação. Este processo exige ambientes que respeitem o grau de autonomia da pessoa, mas que simultaneamente garantam acesso às mesmas oportunidades sociais, profissionais e habitacionais disponíveis para qualquer cidadão ou cidadã. O *empowerment* assume aqui um papel central, uma vez que fortalece a capacidade de decisão, a autodeterminação, a responsabilização e a autogestão — dimensões fundamentais para sustentar um percurso de *recovery* (Leamy *et al.*, 2011; Lee *et al.*, 2021).

O serviço está localizado no piso 0 do Hospital da ULS e dispõe de um atelier, um ginásio e uma sala de multifunções, destinados ao desenvolvimento das atividades terapêuticas. A unidade funciona de segunda a sexta-feira, entre as 9h00 e as 16h00, em regime de frequência parcial, sendo que as pessoas não permanecem na unidade durante todo o dia, frequentando o Hospital de Dia apenas no período da manhã ou da tarde. A equipa do Hospital de Dia é constituída por uma médica psiquiatra em regime de tempo inteiro, uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, duas psicólogas a tempo parcial, um terapeuta ocupacional e uma técnica auxiliar de ação médica, contando ainda com o apoio dos serviços administrativos e de ação social do departamento. Durante o internamento no Hospital de Dia de Psiquiatria, as pessoas participam ativamente num conjunto de atividades destinadas ao desenvolvimento ou à modificação da estrutura psíquica, com o objetivo de promover a remissão sintomática prolongada, a reintegração sociofamiliar e profissional, e prevenir reinternamentos (Neto, 2010). A equipa faz sessões programadas em grupos de duração de 90 a 120 minutos a dois grupos de psicogeriatría e dois grupos de psiquiatria geral. Cada sessão em grupo é dirigida por apenas um profissional.

As intervenções realizadas pelo EEESMP, compreendem: psicoeducação, treino de competências sociais, treino de atividades de vida diária, técnicas de relaxamento, treino de capacidades cognitivas, dinâmicas de grupo, terapia pelo som e movimento, terapia pela arte, psicoterapia individual e grupal, reuniões de familiares/cuidadores e sessões de terapia de casal.

Na tabela n.º 1, surge de forma sucinta, o planeamento semanal deste serviço.

Tabela I - Organização Semanal das Atividades do Serviço de Hospital de Dia

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
10h- 12h	Grupo 1 Psicogeriatría	Grupo 2 Psicogeriatría	Grupo 2 Psiquiatria Geral	Grupo 1 Psicogeriatría	Grupo 1 Psicogeriatría
	Grupo 1 Psiquiatria	Grupo 2 Psiquiatria		Grupo 2 Psiquiatria	Grupo 1 Psiquiatria

	Geral	Geral		Geral	Geral
14h-15h30	Grupo 2 Psicogeriatría	Grupo 1 Psiquiatria Geral	Grupo 1 Psiquiatria Geral	Grupo 1 Psiquiatria Geral	Grupo 2 Psicogeriatría
	Grupo 2 Psiquiatria Geral			Grupo 2 Psicogeriatría	Grupo 2 Psiquiatria Geral

Fonte: elaboração própria

As reuniões multidisciplinares realizam-se às 2.ªs feiras, às 12h, para discussão de casos e evolução dos grupos de Psicogeriatría, e às 5.ªs feiras, às 9h, dos grupos de Psiquiatria Geral.

As pessoas internadas no Hospital de Dia são referenciadas após alta do internamento, através da consulta externa de Psiquiatria e através do serviço de urgência, por médicos psiquiatras ou psicólogos. Os critérios de exclusão de admissão restringem-se à presença de incapacidade de aprendizagem severa, estados confusionais graves ou agitação psicomotora severa.

O processo de admissão inicia-se com a realização de uma entrevista individual à pessoa, envolvendo, sempre que possível, os familiares próximos ou a pessoa de referência, conduzida por um elemento da equipa multidisciplinar. Esta entrevista tem como objetivos a compreensão do percurso de vida e da psicopatologia, a clarificação dos motivos da referenciação para o Hospital de Dia, a apresentação do programa terapêutico, a avaliação da motivação e disponibilidade para a adesão ao processo terapêutico e a definição conjunta de objetivos terapêuticos individualizados. Posteriormente, a situação é discutida em reunião de equipa.

A alta é programada de forma partilhada com a pessoa e a família, após a concretização dos objetivos terapêuticos previamente definidos. Após a alta, a pessoa regressa ao domicílio, sendo acompanhado por um projeto socio-ocupacional individualizado, ajustado às suas necessidades e recursos.

O Hospital de Dia fundamenta a sua intervenção no Modelo de Peplau que fornece ao enfermeiro uma estrutura para interagir com a pessoa e desenvolver a relação terapêutica, sugerindo papéis que o enfermeiro pode assumir de forma a ajudar a pessoa a ultrapassar, progredir e alcançar o nível apropriado de desenvolvimento, melhorando a sua capacidade para a confrontação, resolução das dificuldades e problemas do dia-a-dia. A Teoria Interpessoal de Hildegard Peplau constitui um dos referenciais fundadores da enfermagem de saúde mental, assumindo a relação terapêutica como o núcleo central da prática profissional. Para Peplau, a enfermagem é um processo interpessoal no qual enfermeiro e pessoa colaboram ativamente na identificação de necessidades, na definição de objetivos e na promoção de experiências transformadoras que conduzem ao crescimento pessoal, ao alívio do sofrimento e ao aumento da autonomia (O'Toole & Welt, 1996; Howk, 2004). Peplau (1991) refere que a relação terapêutica é personalizada e individualizada, pois cada pessoa é única, com as suas próprias crenças, valores, vivências, sendo a pessoa o centro de atuação do enfermeiro.

A autora descreve quatro fases estruturantes da relação terapêutica — orientação, identificação, exploração e resolução — e diferentes papéis terapêuticos assumidos pelo enfermeiro, tais como estranho, pessoa de recurso, professora, líder, substituta e conselheira.

A entrada da pessoa no Hospital de Dia marca a fase de **orientação** caracterizada pelo acolhimento, pela clarificação das razões da admissão e pela identificação das necessidades percecionadas. Nesta fase, o EEESMP ajuda a pessoa a reconhecer e a compreender o seu problema, a determinar a sua necessidade de ajuda e estabelece vínculo à medida que as preocupações vão sendo identificadas (Peplau, 1991).

À medida que a pessoa se familiariza com o funcionamento da unidade e com o plano individual de cuidados, emerge a fase de **identificação**, na qual a pessoa começa a reconhecer o enfermeiro como recurso terapêutico e a envolver-se ativamente nas intervenções propostas. No Hospital de Dia, esta fase é facilitada pela

regularidade das interações, pela dinâmica grupal e pela proximidade entre profissionais e participantes. Cada pessoa responde de maneira diferente, sendo neste momento que se estabelece a relação de ajuda, na qual a pessoa se identifica com quem pode auxiliá-la a atender às suas necessidades (Belcher & Fish, 2000).

A fase de **exploração** desenrola-se de forma particularmente rica neste contexto, e emergem com frequência os papéis de professor, líder e conselheiro, descritos por Peplau (1991), já que o enfermeiro facilita aprendizagens, promove competências de autorregulação emocional e estimula a tomada de decisões informadas. Nesta fase o enfermeiro utiliza instrumentos de comunicação para oferecer serviços à pessoa, o qual esta tira vantagens dos serviços de acordo com as necessidades e interesses (Belcher & Fish, 2000).

A fase de **resolução** manifesta-se no momento das altas programadas e na transição para cuidados comunitários ou de continuidade. Nesta etapa, a EEESMP orienta a pessoa na consolidação das competências adquiridas, de modo que esta se torne progressivamente independente do enfermeiro, enquanto o enfermeiro, por sua vez, se torna independente da pessoa (Belcher & Fish, 2000). As necessidades iniciais da pessoa são satisfeitas e novos objetivos podem surgir, promovendo a continuidade do seu desenvolvimento e crescimento pessoal (Peplau, 1991).

À data do Estágio, não se encontravam em vigor programas estruturados de intervenção especializada no serviço, o que permitiu identificar necessidades específicas das pessoas do Hospital de Dia. Com o apoio da enfermeira orientadora, foram identificados os diagnósticos de enfermagem mais comuns, segundo a CIPE: humor depressivo, baixa autoestima, isolamento social, processo de *coping* comprometido e ansiedade presente. Destes diagnósticos emergiu a pertinência da criação de um programa de intervenção Especializada em ESMP para Promoção da Autoestima, dirigido a pessoas com baixa autoestima, integrando sessões psicoterapêuticas e de mediação artístico-expressiva. A implementação deste programa teve como resultado esperado “Autoestima melhorada”.

O contexto de respostas diferenciadas, desenvolvido em Hospital de Dia de Psiquiatria, foi particularmente importante para o desenvolvimento de competências clínicas e psicossociais específicas relacionadas com a intervenção estruturada em grupo, a reabilitação psicossocial, a promoção do *recovery* e o fortalecimento da autonomia da pessoa com doença mental. Neste contexto, foram especialmente desenvolvidas competências como a aplicação de técnicas específicas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a condução de grupos terapêuticos, a gestão de dinâmicas grupais, a negociação de regras e limites, a valorização da participação dos intervenientes e a utilização de técnicas comunicacionais favorecedoras do reforço, envolvimento e expressão emocional. Este contexto foi também particularmente relevante para o desenvolvimento de competências pessoais específicas, nomeadamente a assertividade, a criatividade, a capacidade de inovação no processo de aprendizagem, a argumentação das opções terapêuticas com base na evidência científica e a integração das reflexões críticas no comportamento diário. Do ponto de vista ético-deontológico, a intervenção em grupo exigiu especial atenção à confidencialidade, à privacidade, à proteção emocional dos participantes e à gestão de conteúdos sensíveis partilhados em contexto terapêutico. Como limitação, por se tratar de um contexto estruturado, programado e com pessoas clinicamente mais estáveis, proporcionou menor desenvolvimento de competências relacionadas com a intervenção em crise aguda, a gestão imediata de risco e a articulação comunitária direta, competências mais treinadas nos contextos de internamento e comunidade.

Em termos reflexivos, o Hospital de Dia revelou-se um contexto privilegiado para a concretização da prática especializada do EEESMP, pela possibilidade de integrar a relação terapêutica, o trabalho grupal, a intervenção psicoterapêutica e a abordagem orientada para o *recovery* num plano de cuidados estruturado e continuado. A natureza programada deste contexto permitiu acompanhar a pessoa ao longo das diferentes fases da relação terapêutica, desde o acolhimento e estabelecimento de confiança, até à definição conjunta de objetivos, desenvolvimento das intervenções e avaliação dos resultados, em consonância com os pressupostos da Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. Neste contexto, o EEESMP afirma-se como sujeito terapêutico ao mobilizar intencionalmente a sua presença, comunicação, empatia, escuta ativa, capacidade de contenção e gestão das dinâmicas grupais para criar um ambiente seguro, promotor de expressão emocional, insight, autoestima, autonomia e participação ativa. Esta experiência foi particularmente relevante para consolidar competências psicoterapêuticas e de intervenção grupal, nomeadamente através da condução de sessões

terapêuticas, da promoção da expressão emocional, da definição de limites terapêuticos, da negociação de regras, da valorização, da participação dos intervenientes e da avaliação dos resultados alcançados. Assim, tornou-se evidente que a intervenção especializada do EEESMP pode produzir ganhos nas pessoas acompanhadas, ao favorecer a reconstrução de significados, o desenvolvimento de estratégias de coping, o reforço da esperança, a melhoria da autoestima e o envolvimento da pessoa no seu processo de *recovery*. Neste sentido, o Hospital de Dia contribuiu de forma significativa para o fortalecimento da minha identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ao permitir compreender que a intervenção especializada exige intencionalidade terapêutica, fundamentação científica, capacidade reflexiva e presença relacional consistente.

Parte II

2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NAS ÁREAS-CHAVE DA ESMP EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

Com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em ESMP, e contribuindo para o desenvolvimento de competências especializados, a Ordem dos Enfermeiros (OE) define um perfil de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019), assim como um perfil de competências especializadas em ESMP (Regulamento n.º 515/2018), que devem ser desenvolvidas para atribuição do título de enfermeiro especialista numa determinada área de especialidade.

Neste enquadramento, *Benner* (2001) refere que o percurso profissional do enfermeiro se constrói ao longo do tempo, sustentado no conhecimento técnico-científico, na capacidade de tomada de decisão fundamentada, na comunicação eficaz, na iniciativa, flexibilidade e responsabilidade, bem como no espírito crítico, proatividade e numa conduta ética e deontológica. A autora destaca ainda a importância da reflexão sobre a aprendizagem experiencial, defendendo a necessidade de uma análise crítica das competências desenvolvidas a partir da prática vivenciada, em articulação com a evidência científica.

Assim, numa abordagem crítico-reflexiva, procede-se à análise das atividades desenvolvidas ao longo do percurso de aprendizagem em contexto de estágio, procurando evidenciar de que forma estas contribuíram para o desenvolvimento das competências especializadas. Segue-se, deste modo, a descrição e análise reflexiva das competências comuns do enfermeiro especialista e, posteriormente, das competências específicas do EEESMP.

2.1– COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O perfil de competências do enfermeiro especialista abrange quatro domínios: domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A), domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B), domínio da Gestão dos Cuidados (C) e domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens profissionais (D) (Regulamento n.º 140/2019). A seguir, apresenta-se a descrição das atividades realizadas ao longo do percurso de aprendizagem de contextos de estágios que contribuíram para o desenvolvimento e consolidação de competências em cada um destes domínios.

2.1.1- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito do domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, o enfermeiro especialista:

- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1);
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2) (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746).

No âmbito de cada EC, houve a oportunidade de desenvolver e aprimorar competências em tomada de decisão fundamentada e refletida, tendo sido tidos em consideração o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015a). Paralelamente, assegurou-se a compreensão e aplicação dos normativos legais relevantes, nomeadamente a Lei de Saúde Mental e a Carta dos Direitos e Deveres das Pessoas.

Esta reflexão ética revelou-se particularmente relevante em ESMP, uma vez que a intervenção decorre frequentemente em contextos marcados por vulnerabilidade, sofrimento psíquico, assimetria de poder e, por vezes, limitação da autonomia da pessoa. Johnstone (2019) salienta que a ética em saúde mental exige uma ponderação permanente entre a promoção da autonomia, o apoio à tomada de decisão e a prevenção do dano, especialmente quando a capacidade de decisão se encontra comprometida. Neste sentido, a prática ética do EEESMP não se limita ao cumprimento normativo, implicando uma postura reflexiva, relacional e prudente, capaz de proteger a dignidade da pessoa sem desvalorizar a sua vontade, preferências e direitos.

No EC em contexto de internamento, quando surgiu a necessidade de aplicação de medidas de contenção mecânica – ainda que prescrita – a sua utilização foi sempre avaliada criteriosamente. Estas situações mostraram-se recorrentes, dado que algumas pessoas internadas apresentavam comportamentos agressivos e imprevisíveis, colocando em risco a sua segurança e a dos outros. Um exemplo prático foi o caso de C., de 50 anos que manifestava forte resistência ao internamento e à adesão ao regime medicamentoso. Apresentava episódios de agressividade, especialmente direcionados a profissionais de saúde do sexo feminino, tendo inclusive agredido a enfermeira orientadora durante uma tentativa de administração da medicação. Em determinado turno, aceitou tomar a medicação, mas apenas com a presença de um enfermeiro do sexo masculino. Numa ocasião mais crítica, apesar do uso de comunicação terapêutica e de técnicas assertivas de gestão de crise, estas estratégias revelaram-se insuficientes, tornando-se necessária a aplicação de contenção mecânica, de forma temporária e pelo menor tempo possível, visando garantir a segurança de todos os envolvidos. Foi necessário chamar a segurança e a polícia da instituição. Sempre que eram aplicadas medidas de contenção mecânica, era realizada uma monitorização física, minimizando qualquer desconforto, com revisões periódicas para avaliar a possibilidade da sua retirada. Esta atuação encontra-se em consonância com a Orientação n.º 021/2011 da Direção-Geral da Saúde, relativa à prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou a da sua envolvente, a qual estabelece que o recurso a medidas de contenção deve ocorrer após avaliação do risco clínico, depois de esgotadas medidas preventivas, devendo ser utilizada a medida menos restritiva, pelo menor tempo possível, com vigilância, reavaliação e registo no processo clínico. A mesma orientação reforça ainda que a contenção deve ser entendida como último recurso, considerando o seu impacto na liberdade, autodeterminação e dignidade da pessoa. Esta avaliação esteve alinhada também com as diretrizes estabelecidas pelo Código Deontológico do Enfermeiro, integrado no estatuto OE, que preconiza que se deve considerar a importância de proporcionar um ambiente o menos restritivo possível. A decisão de recorrer à contenção mecânica deve ser tomada levando em conta não apenas os aspetos clínicos, mas também os direitos e a dignidade da pessoa, garantindo uma prática de enfermagem que respeite a integridade e a autonomia da pessoa (Lei n.º 35/2023, - Lei de Saúde Mental, 2023). Esta situação levou-me também a refletir sobre a assimetria de poder existente na relação terapêutica em saúde mental, particularmente em contextos de internamento involuntário e de aplicação de medidas restritivas. Cutcliffe e Happell (2009) alertam para a existência de formas visíveis e invisíveis de poder na enfermagem de saúde mental, defendendo a necessidade de os enfermeiros reconhecerem criticamente esse poder para que a relação terapêutica não se transforme numa relação de controlo ou imposição. Assim, a utilização da contenção mecânica exigiu uma reflexão ética constante, procurando garantir que a decisão fosse proporcional, temporária, clinicamente justificada e orientada para a proteção da pessoa e de terceiros, e não para a punição, conveniência institucional ou mera gestão comportamental.

A restrição de acesso a telemóveis no contexto de internamento de acordo com o regulamento interno do serviço, foi outra situação identificada que levanta questões éticas sob o princípio da justiça, que preconiza igualdade no tratamento e direitos. Este princípio, intrínseco à prática da enfermagem, revela que segundo o Artigo 81.º da Deontologia Profissional de Enfermagem “situações idênticas devem ser tratadas igualmente e as que não são iguais, tratadas de forma diferente, de acordo com as suas diferenças” (OE, 2015, p. 60). Esta restrição, embora vise manter a segurança e o bem-estar coletivos, pode, simultaneamente, não atender às necessidades e direitos individuais das pessoas internadas. Para muitos, o telemóvel constitui um meio fundamental de contacto com a família e com a rede de apoio social. A solução implementada consistiu na autorização de chamadas supervisionadas, uma vez por dia, através do telefone fixo do hospital, sob a supervisão de um Técnico Auxiliar de Saúde (TAS). Esta medida procurou equilibrar o princípio da justiça com o respeito pela autonomia e pelos direitos das pessoas. O princípio do respeito pela autonomia tem implicações significativas na prática de Enfermagem, exigindo que os profissionais reconheçam cada pessoa como um ser humano digno, capaz de participar nas decisões que lhe dizem respeito, mesmo quando se encontra em situação de sofrimento psíquico ou de autonomia diminuída. Johnstone (2019) reforça que, em saúde mental, a autonomia deve ser compreendida de forma dinâmica e relacional, exigindo equilíbrio entre proteção, capacitação e respeito pela vontade da pessoa. De acordo com o artigo 7.º do Capítulo III da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, as pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental têm direito a ver promovida a sua capacitação e autonomia em diversas dimensões da vida, com respeito pela sua vontade, preferências,

independência e privacidade, bem como a comunicar com o exterior por quaisquer meios (Lei n.º 35/2023, - Lei de Saúde Mental, 2023). Outro desafio encontrado foi a gestão e negociação da distribuição de tabaco e isqueiros. Esta questão vai além das implicações relacionadas à saúde física e mental, envolvendo também preocupações com a segurança e o bem-estar no ambiente hospitalar. A gestão destes objetos exige um equilíbrio entre os direitos individuais das pessoas internadas e as políticas institucionais, bem como as normas de segurança. Esta gestão implicou estabelecer limites claros e negociar de forma eficaz, de modo a garantir que as necessidades das pessoas internadas fossem atendidas com responsabilidade, sem comprometer a segurança do serviço. A fim de fundamentar estas decisões foi considerado o parecer da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica número 07/2023, que orienta que os enfermeiros devem promover um ambiente confortável e seguro, e se possível, que se permita fumar nas áreas designadas, bem como que se adotem cuidados de enfermagem preventivos no sentido de evitar sintomas de abstinência (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2023). Neste sentido, o serviço dispõe de um pátio exterior, acessível das 7h30 às 22h30, onde é permitido fumar. Nessa área, os Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS) são responsáveis por fornecer lume, mantendo consigo o isqueiro, de forma a assegurar o cumprimento das normas de segurança.

Os desafios ético-legais sentidos no EC em contexto de comunidade prendem-se com o facto de partilhar ou não informação clínica relevante com familiares ou cuidadores sobre o estado da pessoa sem o seu consentimento. O enfermeiro deve equilibrar o dever de sigilo, consagrado no Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 106.º, alíneas b) e c., com o dever de proteger, previsto no artigo 100.º, alínea c., especialmente em situações de risco, como ideação suicida, comportamentos agressivos ou vulnerabilidade social. Na prática, este equilíbrio exige ponderar a autonomia da pessoa, conforme reforçado no artigo 105.º do Código Deontológico, relativo ao consentimento informado, em conjunto com a necessidade de garantir a sua segurança e a de terceiros, tomando decisões fundamentadas na legislação e nos princípios deontológicos. Ao intervir, o enfermeiro deve assegurar a defesa da dignidade e dos direitos da pessoa (artigo 99.º, n.º 3, alínea b.) e promover simultaneamente o bem-estar, a segurança e a qualidade dos cuidados (artigo 103.º, alínea a.). Outro desafio foi a manutenção de fronteiras claras na relação enfermeiro–pessoa, que constitui um desafio ético e profissional, particularmente em contextos de cuidados prolongados, como os proporcionados por equipas comunitárias de saúde mental. A proximidade do vínculo terapêutico aumenta o risco de envolvimento emocional excessivo, paternalismo ou dependência da pessoa, o que pode comprometer a objetividade e a eficácia dos cuidados prestados. Esta reflexão articula-se com Cutcliffe e Happell (2009), ao evidenciarem que a relação enfermeiro-pessoa em saúde mental é atravessada por relações de poder, nem sempre explícitas, que exigem consciência crítica por parte do profissional. Em contextos comunitários, onde a relação terapêutica é prolongada e próxima, a gestão ética dos limites torna-se essencial para evitar dependência, paternalismo ou influência indevida, preservando simultaneamente a confiança, a autonomia e a segurança da pessoa. A este respeito, Chalifour (2008) considera a relação de ajuda como uma interação profissional centrada na pessoa, sustentada pela escuta, empatia, respeito, autenticidade e ausência de julgamento. Esta perspetiva ajudou-me a compreender que a proximidade terapêutica, embora essencial em ESMP, exige autoconhecimento, intencionalidade e limites profissionais claros, para que a relação seja promotora de autonomia e não de dependência.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), o enfermeiro deve atuar com responsabilidade profissional, respeitando a autonomia e dignidade da pessoa (artigos 99.º e 100.º), evitando qualquer forma de imposição de valores pessoais ou julgamentos de valor. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e o REPE (OE, 2015a) reforçam a obrigação de exercer a profissão com competência, integridade e em conformidade com a legislação e os princípios éticos, garantindo que a relação terapêutica promova o bem-estar da pessoa sem comprometer a sua independência.

Os desafios ético-legais vivenciados no EC, em contexto de respostas diferenciadas no Hospital de Dia, evidenciaram a particular relevância da confidencialidade e da proteção da privacidade, sobretudo em contextos grupais, onde a partilha de experiências pessoais pode expor os participantes a riscos emocionais. A clarificação prévia de regras e limites constitui uma condição essencial para a segurança terapêutica e para a construção de um ambiente de confiança (Yalom & Leszcz, 2020). Ao longo do estágio, a participação em

sessões terapêuticas de grupo exigiu uma atenção contínua à confidencialidade, à proteção da privacidade e ao respeito pelos limites individuais de cada pessoa. A gestão da informação partilhada em contexto grupal revelou-se um desafio ético relevante, requerendo a definição clara das regras do grupo e uma intervenção assertiva sempre que emergiam conteúdos potencialmente invasivos ou desorganizadores para os restantes elementos. A condução de grupos terapêuticos exigiu uma reflexão constante sobre o equilíbrio entre a promoção da expressão emocional e a necessidade de contenção terapêutica. A confidencialidade em contexto grupal assume particular complexidade, uma vez que a autorrevelação constitui um elemento central do processo terapêutico, mas a informação partilhada passa a ser escutada por vários participantes, exigindo a clarificação prévia das regras, dos limites e das responsabilidades de todos os elementos do grupo (Lasky & Riva, 2006). Neste sentido, em diversas situações, tornou-se necessário intervir para regular comportamentos disruptivos ou excessivamente intrusivos, assegurando um ambiente seguro, estruturado e respeitador para todos os participantes. Estas intervenções exigiram uma postura ética assente nos princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça, procurando preservar a integridade emocional das pessoas e a finalidade terapêutica das sessões. A proximidade e a regularidade do contacto no Hospital de Dia favoreceram o desenvolvimento de vínculos significativos, mas exigiram também uma autorregulação permanente, de forma a prevenir dependências, favoritismos, exposição emocional excessiva ou diluição dos limites profissionais.

No que diz respeito à competência de garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, considera-se a realização de estudos de caso em que preservei a manutenção da privacidade e confidencialidade, através da obtenção do consentimento informado verbal, sendo que os mesmos foram informados da importância da sua colaboração no processo, podendo desistir a qualquer momento, sem lhes causar prejuízo. Durante a administração da medicação ao longo dos EC, foram igualmente observados os princípios ético-deontológicos, garantindo o respeito pela autonomia da pessoa, a segurança do procedimento e a promoção de uma relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e na responsabilidade profissional. Foi mantido, sempre, o respeito pela pessoa, na sua individualidade, intimidade e pessoa no seu todo. Esta postura encontra-se em consonância com o princípio de que “a primeira responsabilidade do enfermeiro especialista em saúde mental é respeitar a dignidade do cliente e proteger os seus direitos, zelando pela qualidade e a segurança dos cuidados” (Nunes, 2014).

Globalmente, as situações vivenciadas nos diferentes EC permitiram consolidar as competências A1 e A2 do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, conforme previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). A análise de situações como a contenção mecânica, a restrição do uso de telemóvel, a gestão do tabaco, a partilha de informação com familiares, a confidencialidade em contexto grupal e a obtenção de consentimento informado contribuiu para desenvolver a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (A1.1), a liderança e reflexão sobre processos de decisão ética na área de especialidade (A1.2) e a avaliação do processo e dos resultados dessas decisões (A1.3). Simultaneamente, estas experiências permitiram reforçar a proteção dos direitos humanos (A2.1) e a gestão de práticas de cuidados promotoras da segurança, privacidade e dignidade da pessoa (A2.2). Como principais dificuldades, destaco a necessidade de tomar decisões em situações de elevada complexidade ética, nas quais foi necessário equilibrar a autonomia da pessoa com a segurança individual e coletiva, gerir limites institucionais nem sempre coincidentes com as necessidades individuais e lidar com a tensão entre o cuidado ideal e o cuidado possível nos diferentes contextos clínicos. Estas vivências evidenciaram que a prática ética do EEESMP exige uma reflexão contínua entre autonomia, proteção, segurança e respeito pela dignidade da pessoa.

2.1.2- Domínio da melhoria contínua da qualidade

No âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1);
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2);
- Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3) (Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com Donabedian (2003), a qualidade em saúde corresponde à obtenção dos melhores resultados possíveis, considerando o que é alcançável, os recursos disponíveis e os valores sociais, minimizando ao máximo os riscos para a pessoa. A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que serviços de saúde que prestam cuidados de qualidade são eficazes, seguros, centrados nas pessoas, oportunos, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2025).

Neste domínio, a elaboração do PMCQCE constituiu uma experiência particularmente significativa, não apenas enquanto exigência académica, mas sobretudo enquanto ferramenta de governação clínica, liderança especializada e mudança nos serviços. A sua construção implicou a identificação de uma necessidade real do contexto clínico, a definição de objetivos, a seleção de intervenções sustentadas na evidência científica e a utilização de instrumentos de avaliação que permitissem monitorizar os resultados obtidos. Esta lógica aproxima-se do modelo de melhoria contínua, no qual a mudança deve ser planeada, testada, avaliada e ajustada de forma sistemática, promovendo aprendizagem e aperfeiçoamento progressivo das práticas (Deming Institute, 2022; Institute for Healthcare Improvement, 2025). Neste processo, tornou-se evidente o papel do EEESMP como dinamizador de práticas especializadas de qualidade, capaz de transformar uma necessidade identificada num projeto estruturado, mensurável e potencialmente replicável. No contexto do meu serviço, o PMCQCE representou uma oportunidade de melhoria ao introduzir uma intervenção psicoeducativa estruturada dirigida à ansiedade pré-operatória, contribuindo para a humanização dos cuidados, para a preparação emocional da pessoa, para a avaliação sistemática dos ganhos em saúde mental e para a visibilidade do contributo diferenciado da enfermagem especializada.

Ao longo dos diferentes contextos de EC, o contacto com diversos diagnósticos exigiu constante pesquisa, planeamento e integração de novas aprendizagens relativas às intervenções individuais e em grupo. Apesar da importância de uma intervenção estruturada, esta pode ser condicionada por fatores imprevistos, obrigando à adaptação dos planos inicialmente definidos. Um exemplo disso ocorreu no EC em contexto de internamento, onde estados súbitos de descompensação, horários coincidentes com outras atividades, tratamentos ou visitas, bem como a baixa colaboração de algumas pessoas nas atividades planeadas, exigiram reajustes frequentes. Esta experiência destacou a importância da capacidade de adaptação do EEESMP, da utilização crítica da tomada de decisão e da avaliação contínua dos resultados como elementos centrais para garantir cuidados eficazes e de qualidade. No EC em contexto de comunidade, com vista ao desenvolvimento deste domínio e como estratégia facilitadora da aprendizagem, desempenhei o papel de formadora, dinamizando uma formação em serviço intitulada “Comunicação terapêutica: a forma de comunicar influencia os cuidados que prestamos?” (Apêndice I). Esta atividade, fundamentada na evidência científica disponível, teve como objetivo promover a reflexão e o desenvolvimento de competências comunicacionais que favorecessem uma prática de cuidados terapêutica, eficaz e humanizada, envolvendo a equipa multidisciplinar do serviço. A formação teve feedback muito positivo por parte dos participantes, que evidenciaram elevado envolvimento e reconheceram a relevância prática dos conteúdos abordados. Os resultados observados, através das reflexões partilhadas e dos questionários de satisfação, demonstraram que os objetivos foram atingidos, contribuindo para o reforço das competências de comunicação assertiva, empática e terapêutica, essenciais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Ainda no EC em contexto de comunidade, numa perspetiva de formação contínua e de procura de evidência científica que fundamentasse a minha prática clínica, e como contributo para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista, tive a oportunidade de assistir a uma formação em serviço intitulada “Comunicação assertiva, prevenção e gestão do comportamento agressivo”. Esta formação decorreu na sala de formações do Hospital da ULS da ECSM, local onde realizei o EC, e foi ministrada pela minha enfermeira orientadora e por outra enfermeira do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM). Foram abordados temas como a desescalada da agressividade e os diferentes estilos de comunicação, proporcionando momentos de reflexão e aquisição de estratégias fundamentais para a prática clínica especializada.

No EC de contexto de respostas diferenciadas realizado em Hospital de Dia de Psiquiatria, a melhoria contínua da qualidade, concretiza-se sobretudo através da reflexão sistemática sobre as práticas terapêuticas, da adaptação das intervenções às necessidades do grupo e da integração da evidência científica na atuação clínica. A incorporação destas reflexões na prática contribuiu para a melhoria progressiva da qualidade das

sessões, promovendo maior envolvimento dos participantes e um ambiente terapêutico mais seguro e organizado. Ainda neste último EC, a observação crítica das dinâmicas grupais permitiu identificar fatores facilitadores e obstáculos à eficácia das intervenções, como a importância da estruturação das sessões e a necessidade de flexibilidade. Deparei-me assim, com a importância de incorporar a evidência científica na prática quotidiana, compreendendo que essa integração resulta de um conjunto de ações previamente delineadas, as quais facilitam intervenções orientadas para o envolvimento de todos os intervenientes. Estas iniciativas têm como objetivo aplicar o conhecimento produzido pela investigação científica como suporte à tomada de decisão, contribuindo para a melhoria contínua e sustentada da qualidade dos cuidados de saúde (Marques, Néné, & Sequeira, 2024). A consciencialização desta necessidade despertou em mim sentimentos ambivalentes: por um lado, um elevado nível de motivação e, por outro, alguma ansiedade face ao desafio de garantir que a minha atuação profissional fosse verdadeiramente sustentada em evidência científica. O desejo de contribuir para a prestação de cuidados de saúde de maior qualidade levou-me a aprofundar conhecimentos e a procurar fontes de informação credíveis. Assim, ao longo do ensino clínico, todas as intervenções planeadas e implementadas foram sustentadas por revisões sistemáticas da literatura científica, recorrendo a bases de dados como a *PubMed*, a *Scopus* e a *SciELO*, bem como a consulta de documentos normativos da profissão, assegurando a fundamentação científica das decisões clínicas e a qualidade dos cuidados prestados.

Globalmente, as experiências desenvolvidas nos diferentes EC permitiram consolidar as competências B1, B2 e B3 do domínio da melhoria contínua da qualidade, conforme previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). A elaboração do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a utilização de instrumentos de avaliação, a análise dos resultados obtidos, a adaptação das intervenções às necessidades identificadas, a dinamização da formação em serviço e a reflexão sistemática sobre as práticas contribuíram para mobilizar conhecimentos e habilidades na área da qualidade (B1.1) e para participar no desenvolvimento de iniciativas orientadas para a melhoria dos cuidados (B1.2). Simultaneamente, estas experiências permitiram avaliar a qualidade das práticas clínicas através da utilização de evidência científica, normas, instrumentos e indicadores adequados (B2.1), identificar oportunidades de melhoria, estabelecer prioridades e selecionar estratégias ajustadas ao contexto (B2.2), bem como colaborar na implementação de programas de melhoria contínua da qualidade (B2.3). A preocupação constante com a estruturação das sessões, a segurança emocional dos participantes, a adaptação das intervenções ao grupo e a criação de ambientes terapêuticos seguros contribuiu ainda para consolidar a competência B3, nomeadamente na promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção (B3.1) e na participação na gestão do risco nos contextos clínicos (B3.2). As principais dificuldades sentidas neste domínio relacionaram-se com a necessidade de transformar necessidades identificadas nos contextos clínicos em intervenções estruturadas, mensuráveis e exequíveis, num período temporal limitado e perante constrangimentos próprios dos serviços. Foi igualmente desafiante definir previamente indicadores de estrutura, processo e resultado que permitissem avaliar de forma mais rigorosa os ganhos obtidos e a qualidade das intervenções implementadas. Estas vivências permitiram compreender que a melhoria contínua da qualidade não se limita ao cumprimento de uma exigência académica, constituindo antes uma responsabilidade central do EEESMP na promoção de ganhos em saúde, segurança dos cuidados, humanização das práticas e valorização da enfermagem especializada.

2.1.3- Domínio da gestão de cuidados

No âmbito do domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1);
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2) (Regulamento n.º 140/2019, p. 4748).

Os indicadores de saúde e, em particular, os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, constituem instrumentos fundamentais para a gestão, monitorização e avaliação da qualidade dos cuidados, permitindo identificar necessidades, acompanhar processos, avaliar resultados e demonstrar ganhos em saúde. No

decurso dos EC, esta dimensão esteve presente através da utilização de instrumentos de avaliação específicos e escalas validadas, bem como da aplicação de questionários de satisfação das sessões e dos programas implementados. Estes instrumentos permitiram recolher informação relevante sobre a evolução das pessoas acompanhadas, a adequação das intervenções, a satisfação dos participantes, a utilidade percebida e os resultados obtidos após as atividades desenvolvidas. Assim, os questionários de satisfação podem ser compreendidos como indicadores da perceção da qualidade e aceitabilidade das intervenções, enquanto as escalas validadas utilizadas permitem avaliar resultados sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, nomeadamente alterações em focos de saúde mental alvo da intervenção. Ainda assim, reconheço que a utilização destes indicadores poderia ter sido mais sistematizada, nomeadamente através da definição prévia de indicadores de estrutura, processo e resultado, o que teria permitido uma monitorização mais rigorosa, comparável e sustentada dos ganhos em saúde nos diferentes contextos.

A gestão dos recursos humanos em enfermagem é essencial para que sejam prestados cuidados de qualidade e seguros. A dotação segura de enfermeiros, constitui um dos múltiplos indicadores associados a melhores resultados em saúde (Cardante, 2020; Dias, 2024). No EC em contexto de internamento, foi possível observar que a dotação por turno se revelava insuficiente face à complexidade clínica, dependência e instabilidade psicopatológica das pessoas internadas. Com dois enfermeiros por turno para um total de 25 pessoas, eram asseguradas, em média, 1,92 horas de cuidados de enfermagem por pessoa/dia, valor inferior ao recomendado pela Circular Normativa n.º 01/2006/SGMS (2,85h) e ao referencial da Ordem dos Enfermeiros (3,4h) para este tipo de contexto assistencial. Relativamente à composição da equipa, o Regulamento n.º 743/2019 recomenda que, nos serviços de internamento de Saúde Mental e Psiquiátrica, existam pelo menos dois enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica por cada três enfermeiros, bem como a presença de, pelo menos, um EEESMP em permanência 24 horas por dia. Embora o serviço apresentasse uma proporção global favorável de enfermeiros especialistas, a reduzida dotação quantitativa por turno condicionava a disponibilidade para intervenções especializadas mais prolongadas, estruturadas e individualizadas. Esta realidade permitiu compreender que a qualidade da gestão dos cuidados depende não apenas do número de profissionais, mas também do nível de diferenciação das suas competências, sendo a presença do EEESMP essencial para assegurar avaliação clínica especializada, gestão do risco, intervenção em crise, promoção da adesão terapêutica, relação terapêutica e continuidade dos cuidados.

A presença de enfermeiros especialistas nas equipas constitui, assim, um elemento estruturante da qualidade dos cuidados, uma vez que permite uma resposta mais diferenciada às necessidades da pessoa, família e grupo. No âmbito da ESMP, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados salientam que o enfermeiro especialista contribui para a adequação das respostas da pessoa e família perante problemas relacionados com a doença mental, nomeadamente adesão terapêutica, autocuidado, promoção da autonomia, identificação de situações de risco e minimização dos seus efeitos (OE, 2011). Deste modo, a integração efetiva de EEESMP nas equipas não deve ser entendida apenas como uma exigência normativa, mas como uma condição favorecedora de ganhos em saúde mental, segurança, humanização dos cuidados e melhoria da continuidade assistencial.

Neste contexto, o exercício de competências no domínio da gestão dos cuidados implicou desenvolver capacidade de priorização clínica, redistribuição dinâmica de tarefas e comunicação assertiva em momentos de maior sobrecarga assistencial. Paralelamente, tornou-se evidente que a liderança do enfermeiro especialista desempenha um papel central na mitigação dos riscos associados à insuficiência de recursos, promovendo um ambiente terapêutico seguro, apoiando a equipa e reforçando estratégias de cooperação e apoio mútuo. Esta experiência permitiu-me compreender, de forma concreta, que a garantia da qualidade dos cuidados não depende exclusivamente da competência técnica individual, mas também de condições organizacionais adequadas, sendo a dotação segura um elemento estruturante da governação clínica e da segurança da pessoa.

As instituições de saúde, através de uma gestão e liderança eficientes, necessitam de profissionais peritos e comprometidos, uma vez que só assim é possível assegurar cuidados de qualidade. Neste sentido, o enfermeiro deve estar consciente do seu próprio perfil de liderança, bem como do contexto organizacional em que se insere, adaptando o seu comportamento às diferentes situações clínicas e às dinâmicas da equipa (Belchior, 2024). Ao longo dos diferentes EC, procurei observar e refletir criticamente sobre os estilos de

liderança exercidos pelos enfermeiros especialistas, o que me permitiu identificar o meu próprio perfil e ajustar progressivamente a minha intervenção às exigências do contexto. Tive como referência os cinco estilos de liderança descritos por Weiss *et al.* (2019) — autoritário, democrático, *laissez-faire*, transacional e transformacional — compreendendo que a eficácia da liderança reside na capacidade de adequação ao momento e às necessidades da equipa e das pessoas cuidadas. Esta reflexão traduziu-se numa participação ativa nos momentos de briefing clínico, colaborando na definição de prioridades e na distribuição de tarefas, de acordo com a complexidade dos cuidados e as necessidades identificadas. Paralelamente, desenvolvi a capacidade de comunicar de forma clara, estruturada e eficaz com a equipa multidisciplinar, partilhando observações clinicamente relevantes e contribuindo para a continuidade e segurança dos cuidados.

Durante o EC em contexto de comunidade, tive oportunidade de observar de forma próxima as dinâmicas relacionadas com a organização dos cuidados e a gestão da equipa, nomeadamente no que se refere à gestão e requisição de material e medicação, à articulação com outras entidades para assegurar a continuidade dos cuidados e à resolução de situações pontuais de maior complexidade. Neste contexto, a enfermeira orientadora assumia um papel ativo na organização e coordenação da equipa, recorrendo a estratégias criativas para otimizar os recursos disponíveis e reportando constrangimentos e resultados à enfermeira gestora, promovendo uma gestão eficiente e articulada do serviço. Neste enquadramento, concebi, planeei e implementei o programa de Literacia em Saúde Mental EQUIPSI+, estruturando os seus objetivos, conteúdos e metodologia de intervenção com base na evidência científica disponível e nas necessidades identificadas na população-alvo. Contudo, o serviço não dispunha de um projetor multimédia indispensável à operacionalização das sessões. Perante esta limitação, mobilizei recursos e consegui disponibilizar o equipamento e o restante material necessário, garantindo que o programa fosse desenvolvido com qualidade, organização e eficácia. Esta iniciativa constituiu um contributo significativo para o desenvolvimento da competência de gestão dos cuidados, na medida em que evidenciou capacidade de diagnóstico de necessidades, planeamento estratégico, mobilização de recursos e concretização de intervenções estruturadas. Paralelamente, revelou autonomia, iniciativa e sentido de responsabilidade, competências fundamentais ao exercício de uma liderança orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem especializada. Durante este período tive ainda oportunidade de assistir a uma reunião de equipa multidisciplinar, onde foram discutidos casos clínicos e partilhadas decisões entre cada um dos elementos da equipa com base nas competências de cada elemento. De acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2021, artº 17, de 14 de dezembro, que estabelece os princípios e regras de funcionamento dos serviços de saúde mental “os cuidados prestados nos serviços locais de saúde mental são assegurados por equipas multidisciplinares, que integram profissionais das áreas da psiquiatria, enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e psicomotricidade, devendo integrar outros profissionais sempre que a especificidade dos referidos cuidados o justifique”. Estas reuniões revelam-se uma mais-valia para a recuperação das pessoas, promovendo uma abordagem holística e personalizada, que tem em conta as necessidades específicas de cada pessoa. A discussão interdisciplinar dos casos facilita a definição de estratégias terapêuticas adequadas, fomenta a autonomia da pessoa e contribui para a sua reinserção na comunidade e recuperação da saúde. Compete a estas equipas a avaliação de necessidades, diagnóstico, consulta, intervenções terapêuticas, visitas domiciliárias e intervenções de reabilitação, realizando a articulação com outras estruturas comunitárias tendo como objetivo a recuperação global da pessoa com doença mental (Decreto-Lei n.º 113/2021, artº 17).

Durante o estágio em contexto de respostas diferenciadas, foi possível acompanhar de forma próxima a organização dos cuidados no Hospital de Dia de Psiquiatria, um contexto em que a gestão assume características específicas, uma vez que a enfermeira orientadora é a única enfermeira afeta a esta unidade. Esta singularidade implica uma elevada autonomia na organização do trabalho, no planeamento das intervenções terapêuticas e na articulação com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar. Apesar de não existir uma equipa de enfermagem própria no Hospital de Dia, a enfermeira orientadora desempenha um papel relevante no funcionamento global do ambulatório, assumindo a posição de segundo elemento. O ambulatório integra o Hospital de Dia de Psiquiatria de Adultos, o Hospital de Dia de Pedopsiquiatria, a consulta externa de psiquiatria de adultos e a consulta externa de pedopsiquiatria. Neste enquadramento, a enfermeira orientadora é uma referência para os restantes enfermeiros do ambulatório, sendo frequentemente procurada para esclarecimento de dúvidas, partilha de experiências e apoio à tomada de decisão clínica. A articulação

regular entre a enfermeira orientadora com a enfermeira gestora do departamento constitui um aspeto central da gestão dos cuidados, permitindo a comunicação de necessidades, dificuldades e aspetos relevantes do funcionamento do Hospital de Dia e restantes unidades do ambulatório de Psiquiatria. Esta relação favorece a coerência organizacional e a adequação dos recursos às exigências do contexto, contribuindo para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados. Durante o estágio, foi possível acompanhar de perto os processos de planeamento das sessões, a distribuição de papéis na equipa e a adaptação das intervenções às necessidades individuais e coletivas das pessoas em acompanhamento. Progressivamente, assumi maior responsabilidade na condução de sessões terapêuticas, nomeadamente na liderança de grupos, na definição de objetivos e na gestão do espaço terapêutico. Estas experiências permitiram desenvolver competências de liderança clínica, tomada de decisão e gestão de situações complexas. Esta experiência permitiu-me reconhecer o valor do enfermeiro especialista enquanto elemento de referência na organização e gestão dos cuidados, particularmente em contextos onde a autonomia profissional e a articulação interprofissional são determinantes para assegurar a continuidade, a segurança e a qualidade das intervenções. A evidência tem demonstrado que enfermeiros com prática avançada/especializada contribuem positivamente para resultados clínicos e organizacionais, nomeadamente ao nível da satisfação das pessoas, da qualidade dos cuidados, da continuidade assistencial e da eficiência dos serviços (Htay & Whitehead, 2021). Também a Ordem dos Enfermeiros reconhece que a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e perfil de competências dos profissionais são aspetos fundamentais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 743/2019). No Hospital de Dia, a presença do EEESMP revelou-se fundamental para estruturar o ambiente terapêutico, planejar intervenções grupais, gerir prioridades, apoiar a tomada de decisão clínica e assegurar que as respostas desenvolvidas fossem coerentes com as necessidades individuais e coletivas das pessoas acompanhadas. Assim, o enfermeiro especialista assume um papel diferenciador não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na coordenação terapêutica, na liderança clínica, na articulação com a equipa multidisciplinar e na promoção de práticas sustentadas na evidência.

Enquanto mestranda, não assumi funções formais de gestão, para além das relacionadas com a organização das minhas intervenções, da gestão do tempo, dos recursos disponíveis e das relações terapêuticas estabelecidas. No entanto, procurei desenvolver esta competência através da participação ativa em reuniões de equipa, momentos de discussão clínica e processos de planeamento das intervenções, nos quais era partilhada informação relevante para a tomada de decisão. Sempre que considerei adequado, contribuí com observações clínicas, reflexão crítica e propostas fundamentadas, promovendo uma colaboração consciente, responsável e orientada para a continuidade e qualidade dos cuidados. Esta experiência permitiu-me compreender que a gestão dos cuidados, no âmbito da prática especializada, não se limita à gestão formal de equipas ou recursos, mas inclui também a capacidade de priorizar necessidades, articular intervenções, comunicar eficazmente e contribuir para decisões clínicas centradas na pessoa.

Globalmente, as experiências vivenciadas nos diferentes EC permitiram desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente C1 e C2, conforme previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). A participação em briefings, reuniões de equipa, discussão de casos, planeamento de intervenções e articulação com diferentes profissionais contribuiu para otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (C1.1), favorecendo a comunicação de informação clinicamente relevante, a continuidade dos cuidados e a articulação na equipa de saúde. A necessidade de adaptar intervenções aos recursos disponíveis, gerir materiais, organizar sessões, mobilizar equipamentos e ajustar a intervenção às condições reais de cada contexto permitiu desenvolver competências de adequação dos recursos às necessidades de cuidados (C2.1) e de adaptação do estilo de liderança ao contexto e às dinâmicas da equipa (C2.2). As principais dificuldades sentidas neste domínio relacionaram-se com a gestão de recursos limitados, a necessidade de ajustar intervenções às condições reais dos serviços e a articulação entre o planeamento idealizado e a disponibilidade efetiva de tempo, materiais e profissionais. Em alguns momentos, foi necessário adaptar atividades previamente planeadas, reorganizar prioridades e encontrar estratégias alternativas para assegurar a continuidade, segurança e qualidade das intervenções. Estas experiências permitiram compreender que a gestão dos cuidados, no âmbito da prática especializada, não se restringe à gestão formal de equipas, envolvendo também priorização clínica, articulação interprofissional, organização de recursos, liderança terapêutica e tomada de decisão centrada na pessoa.

2.1.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista:

-Desenvolve o autoconhecimento e assertividade (D1);

-Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2) (Regulamento n.º 140/2019).

Neste enquadramento, no decorrer dos EC houve uma grande componente reflexiva diária das vivências em EC, através de recurso a diários de aprendizagem e autoanálise, o que permitiu dar continuidade ao processo de desenvolvimento pessoal iniciado no período teórico e aprofundá-lo em contexto real de prática. Este exercício promoveu uma maior consciência de mim, não apenas enquanto pessoa, mas também enquanto profissional. Consequentemente, permitiu-me organizar e sistematizar ideias, tomar consciência das emoções e dificuldades experienciadas e refletir sobre possíveis alternativas de resposta perante diferentes situações, promovendo, assim, o autoconhecimento. Esta perspetiva encontra sustentação na literatura, uma vez que “a prática reflexiva constitui um eixo central na enfermagem, concretamente no processo de ensino/aprendizagem na relação com o desenvolvimento de competências, num contexto de constante transformação do conhecimento” (Marques et al., 2024, p. 95). De forma complementar, Benner (2002) considera que o enfermeiro de excelência demonstra abertura à aprendizagem permanente, discernimento e uma resposta emocional ajustada às situações, o que implica reflexão e questionamento contínuos. Neste sentido, ao longo do estágio em contexto de respostas diferenciadas, realizei reflexões semanais segundo o Ciclo de Gibbs (apêndice II), incidindo sobre a prática clínica desenvolvida, nomeadamente as intervenções implementadas, as dinâmicas relacionais observadas e as respostas emocionais mobilizadas durante a condução e participação em sessões terapêuticas no Hospital de Dia de Psiquiatria. Este processo estruturado de reflexão constituiu um instrumento orientador da minha evolução profissional, permitindo identificar dificuldades, reconhecer progressos e reajustar a atuação clínica de forma consciente, crítica e fundamentada, promovendo o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade na relação terapêutica. Paralelamente, a reflexão estruturada revelou-se fundamental para a integração da evidência científica na prática, na medida em que possibilitou articular a experiência vivida com referenciais teóricos e científicos. Assim, a análise crítica das situações clínicas, à luz da literatura, contribuiu para a consolidação de uma prática mais intencional, segura e alinhada com os princípios da enfermagem especializada. Adicionalmente, o contacto, em cada local de EC, com diferentes enfermeiros cooperantes, detentores de variadas perspetivas e estilos de atuação, contribuiu significativamente para a construção e consolidação da minha identidade profissional. Segundo Albuquerque (2021, p. 36), citando Pimentel, Afonso & Monteiro (2019), o conceito de identidade é “estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural”, resultando dos múltiplos processos de socialização que moldam indivíduos e instituições. Deste modo, a reflexão sobre as diferentes práticas observadas permitiu-me identificar as abordagens com que mais me identifico, clarificando quem sou e quem pretendo ser enquanto enfermeira especialista. Por fim, e em coerência com o descritor D2, ao longo de todo o estágio, todas as intervenções planeadas e implementadas foram sustentadas por revisões sistemáticas da literatura científica, recorrendo a bases de dados como a *PubMed*, a *Scopus* e a *SciELO*, assegurando a fundamentação científica das decisões clínicas e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados.

Globalmente, as experiências descritas neste domínio permitiram consolidar as competências D1 e D2, conforme previsto no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019). A realização de diários de aprendizagem, reflexões semanais, autoanálise das emoções vivenciadas e supervisão clínica contribuiu para o desenvolvimento da consciência de mim enquanto pessoa e futura enfermeira especialista (D1.1), bem como para a capacidade de gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional (D1.2), especialmente perante situações emocionalmente exigentes, contextos desconhecidos ou dinâmicas relacionais complexas. Paralelamente, a pesquisa de evidência científica, a preparação de intervenções, a consulta de normativos profissionais e a dinamização da formação em serviço permitiram consolidar a competência D2, ao sustentar a praxis clínica especializada em conhecimento válido, atual e pertinente. Em particular, a formação em serviço permitiu desenvolver os critérios D2.1.1 a D2.1.5, pela atuação como formadora em contexto de trabalho, identificação de necessidades formativas, gestão da

atividade formativa, promoção da aprendizagem da equipa e avaliação do impacto da formação, bem como D2.2.1 e D2.2.4, pela incorporação e divulgação de conhecimento sustentado na evidência científica. As principais dificuldades sentidas prenderam-se com a necessidade de transformar a evidência científica em intervenções concretas e ajustadas à realidade dos contextos, bem como com a gestão da insegurança inicial na exposição perante a equipa e na condução de momentos formativos. Este processo exigiu preparação, autorreflexão, procura de supervisão e desenvolvimento progressivo de maior confiança profissional. Estas vivências reforçaram que o desenvolvimento profissional do EEESMP exige autoconhecimento, reflexão crítica, aprendizagem contínua e integração sistemática da evidência científica na tomada de decisão.

2.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, p. 21427, o perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) contempla “o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar”, e integra as seguintes competências específicas:

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

A seguir, apresenta-se a descrição das atividades realizadas ao longo do percurso de aprendizagem de contextos de estágios que contribuíram para o desenvolvimento e consolidação de competências em cada um destes domínios.

2.2.1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (F1)

A capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal são elementos fundamentais para “a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428).

Ao longo do EC em contexto de internamento, surgiram diversas situações que suscitaram momentos de reflexão profunda, favorecendo o autoconhecimento, bem como o desenvolvimento pessoal e profissional. Um exemplo marcante ocorreu na primeira intervenção em grupo. Para além do desconforto natural associado à exposição, tratava-se também de um momento de avaliação. A diversidade de personalidades dos participantes – alguns mais reservados, outros muito comunicativos e apelativos – tornou a sessão desafiante de gerir. A sessão tinha como objetivo explorar as crenças e opiniões do grupo acerca da toma da medicação, o que, apesar de ser relevante, revelou-se difícil de conduzir: alguns participantes desviavam-se frequentemente do tema, havia dispersão e senti que a duração da sessão era excessiva para manterem o foco. Esta experiência permitiu-me perceber que as sessões seguintes deveriam ser mais curtas e focadas, recorrendo a estratégias mais estruturadas, como atividades artístico-expressivas, facilitando a participação e o envolvimento. Para além disso, foi importante refletir sobre o uso de técnicas de comunicação, utilizadas na comunicação terapêutica para “ajudar as pessoas a resolver os seus problemas, a relacionarem-se melhor consigo e com os outros, e adaptarem-se à sua condição de saúde e contexto de vida” (Sequeira, 2021, p. 74). Um dos desafios sentidos foi precisamente adaptar a mensagem ao contexto e às características únicas de

cada pessoa, garantindo que esta fosse compreendida, apesar da adequação da análise crítica, dos diagnósticos e das estratégias delineadas. Outra situação significativa envolveu uma jovem adulta internada por ideação suicida estruturada, que apresentava várias lesões de automutilação nos antebraços. Durante uma sessão de grupo, demonstrou grande sofrimento emocional e baixa autoestima. No final da sessão, sentiu-se à vontade para falar comigo em particular, revelando sentimentos de desvalorização pessoal, sensação de vazio, e impulsividade, referindo inclusive uma discussão recente com a mãe, ocorrida durante a visita do dia anterior. Este momento evidenciou a importância da criação de um ambiente seguro e acolhedor e permitiu-me refletir sobre a importância da escuta ativa, sendo esta, uma técnica de comunicação não verbal que permite ao enfermeiro demonstrar interesse genuíno sobre as necessidades, preocupações e problemas da pessoa, reconhecendo-a como ser único e significativo na relação de cuidado (Coelho & Sequeira, 2021). Este momento evidenciou a importância da criação de um ambiente seguro e acolhedor e permitiu-me refletir sobre o papel da escuta ativa enquanto habilidade indispensável na comunicação em enfermagem. Tal como referido por Rocha (2024), a comunicação terapêutica deve ser intencional e consciente, orientada para uma resposta individualizada à pessoa e centrada nas suas necessidades, contribuindo para a qualidade dos cuidados. Nesse momento, procurei estar verdadeiramente presente, prestar atenção ao que era verbalizado e ao que permanecia implícito, demonstrando interesse genuíno, favorecendo a expressão de pensamentos e sentimentos. Ao privilegiar uma postura de abertura, respeito e empatia, procurei promover uma relação de confiança que possibilitasse à jovem sentir-se compreendida e validada no seu sofrimento. Outro momento de grande impacto para mim ocorreu numa das sessões iniciais do estudo de caso. A pessoa internada encontrava-se visivelmente angustiada, ansiosa, agitada e com atividade delirante de conteúdo místico de grande dinamismo. Pediu-me insistentemente que colocasse barro ou as mãos sobre a sua cabeça, acabando por se deitar no chão, num evidente estado de angústia. A situação revelou-se desafiante de gerir, e senti frustração por não conseguir tranquilizá-lo apenas com a minha presença e comunicação terapêutica. Perante a intensidade do momento, questioneei se gostaria de tomar a medicação prescrita em SOS, ao que acabou por aceitar. Mais tarde, antes da alta, procurou-me para agradecer: “Você ajudou-me, importou-se comigo. Nunca irei esquecer isso. Continue assim.” Este episódio reforçou em mim, novamente a importância da presença genuína, da empatia e da escuta ativa, tal como referido na situação anterior.

Ao longo do EC em contexto de comunidade, emergiram diversas situações que suscitaram momentos de reflexão profunda, favorecendo o autoconhecimento e potenciando o desenvolvimento pessoal e profissional. Um exemplo disso ocorreu durante a primeira intervenção em grupo, por se tratar do primeiro contacto com este. Inicialmente senti-me apreensiva e insegura, receando não corresponder às expectativas do grupo e da enfermeira orientadora. O facto de ser a primeira experiência em grupo neste contexto, trouxe-me um misto de ansiedade e curiosidade, pela vontade de corresponder e, simultaneamente, pelo desafio de lidar com um grupo mais crítico e participativo que no EC anterior. Senti uma diferença significativa em relação às pessoas acompanhados no EC anterior, realizado no serviço de internamento de psiquiatria. Neste novo contexto, as pessoas demonstravam maior conhecimento prévio sobre os temas abordados, colocavam questões mais complexas e revelavam um elevado interesse e participação ativa nas sessões. Essa dinâmica levou-me a sentir a necessidade de estar muito bem preparada em termos de conhecimento científico, mas também de desenvolver competências de comunicação terapêutica mais ajustadas, tendo em conta a heterogeneidade e o nível de envolvimento do grupo. Com o decorrer das intervenções neste grupo, fui ganhando confiança e tranquilidade. Esta experiência permitiu-me reconhecer as minhas emoções, geri-las de forma consciente e transformá-las em motivação para melhorar, reforçando a importância do autoconhecimento na relação terapêutica. Durante o EC, desenvolvi o estudo de caso com a pessoa L.D., um jovem de 22 anos com diagnóstico de esquizofrenia e perturbação do desenvolvimento intelectual. Esta experiência constituiu um momento particularmente marcante do meu percurso, pois permitiu-me vivenciar de forma prática o impacto do processo terapêutico de enfermagem e refletir profundamente sobre o meu papel enquanto futura enfermeira especialista em SMP, em formação. Ao longo das sessões, procurei estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e respeito, reconhecendo que, para além das intervenções técnicas, era essencial criar um espaço seguro e acolhedor onde a pessoa se sentisse escutada e valorizada. Inicialmente, senti alguma ansiedade e receio de não conseguir adaptar a linguagem e a comunicação ao nível de compreensão do L.D., tendo em conta as suas limitações cognitivas e o embotamento afetivo que

apresentava. Senti satisfação e gratificação ao observar pequenas evoluções, como a melhoria na gestão da ansiedade após a prática de técnicas de relaxamento e a maior disponibilidade para interagir durante as intervenções psicossociais. Houve momentos de frustração e impotência, especialmente quando o L.D. apresentava dificuldade em reconhecer ou expressar emoções e em refletir sobre as sessões; contudo, esses desafios reforçaram a importância da paciência, da escuta ativa e da aceitação do ritmo individual de cada pessoa.

Durante o EC, tive ainda a oportunidade de participar em duas visitas domiciliárias, experiências que foram profundamente enriquecedoras para o meu crescimento pessoal e profissional. Numa das visitas, acompanhada por uma médica psiquiatra e um enfermeiro da ECSM, contactámos com a pessoa L.S., de 51 anos, com diagnóstico de esquizofrenia, medicado com zuclopentixol 600 mg de 10 em 10 dias. A pessoa encontrava-se em recuperação de uma cirurgia ortopédica, estando impossibilitado de se deslocar à equipa comunitária. Esta visita permitiu-me compreender a importância da continuidade de cuidados no domicílio e do respeito pelo ritmo e limitações físicas de cada pessoa. A segunda visita foi à pessoa G.S., de 50 anos, também com diagnóstico de esquizofrenia, cuja família — mãe e irmã — solicitou apoio. A pessoa tinha faltado recentemente à consulta médica e de enfermagem para administração da injeção trimestral de paliperidona. À chegada, encontrava-se com aspeto descuidado, barba grande, o que não era habitual. Durante a observação do G.S, foi possível perceber a presença de delírios de envenenamento e persecutórios: a pessoa afirmava que a irmã colocava lixívia na sanita para o queimar e recusava comer a comida preparada pela mãe e irmã. Negava ter uma doença psiquiátrica e recusava a medicação, dizendo que já não precisava dela. Apesar da insistência da equipa, recusou a medicação injetável, pelo que foi prescrita terapêutica oral e agendada nova consulta, à qual acabou por faltar, tendo posteriormente sido solicitado mandato de condução para observação em urgência de psiquiatria. Esta experiência foi particularmente desafiante e permitiu-me refletir sobre a complexidade da adesão terapêutica e a importância da relação de confiança com a pessoa e família. Compreendi, também, que o enfermeiro ESMP deve equilibrar a intervenção técnica com a dimensão humana, reconhecendo os próprios limites, emoções e respostas perante situações de resistência e vulnerabilidade. Este equilíbrio exige uma constante autorreflexão e autoconhecimento, pois só quando o enfermeiro se compreende enquanto pessoa consegue cuidar do outro. Percebi que em situações de recusa terapêutica ou de delírios intensos, como as vividas durante as visitas domiciliárias, senti a tensão entre o desejo de ajudar e o respeito pela autonomia da pessoa. Foi necessário encontrar um ponto de equilíbrio entre agir para promover o bem (princípio da beneficência) e evitar causar dano (princípio da não maleficência), reconhecendo que, por vezes, uma intervenção insistente pode gerar maior resistência. Estas experiências fizeram-me refletir sobre o verdadeiro significado de “fazer o bem” em saúde mental — compreender que nem sempre o bem está na ação imediata, mas sim respeitar o tempo de cada pessoa e demonstrar presença terapêutica e escuta ativa.

Ao longo do estágio em contexto de respostas diferenciadas, realizado no Hospital de Dia de Psiquiatria, o desenvolvimento desta competência foi fortemente sustentado pela realização sistemática de reflexões semanais (apêndice II), que se revelaram um instrumento fundamental para a integração das experiências vividas, a análise crítica das minhas intervenções e a compreensão das minhas reações emocionais enquanto pessoa e futura Enfermeira EESMP. Estas reflexões permitiram-me criar um espaço estruturado de pensamento, onde pude transformar a vivência imediata — muitas vezes emocionalmente intensa — em aprendizagens significativas e promotoras de desenvolvimento pessoal e profissional. Desde o início do estágio, várias situações clínicas despertaram emoções intensas, nomeadamente insegurança, ansiedade e desconforto perante o sofrimento psíquico das pessoas acompanhadas. A participação em sessões de psicogeriatría e de psiquiatria geral confrontou-me com verbalizações de ideação de morte, histórias de violência doméstica, abuso na infância e tentativas de suicídio, conteúdos que tiveram um impacto emocional significativo em mim. As reflexões semanais permitiram-me identificar estas reações internas, compreender a sua origem e evitar que interferissem de forma desajustada na minha postura, promovendo uma maior autorregulação emocional. Através da escrita reflexiva semanal, foi possível reconhecer as minhas dificuldades iniciais na comunicação terapêutica, sobretudo em situações de elevada carga emocional, bem como o receio de intervir de forma inadequada ou de invadir o espaço emocional das pessoas. Ao revisitar estas experiências nas reflexões, consegui compreender que estas dificuldades estavam relacionadas com o meu processo de

adaptação ao contexto do Hospital de Dia e com a construção progressiva da minha identidade profissional. Este exercício contínuo de reflexão contribuiu para o aumento gradual da minha segurança e confiança nas interações terapêuticas. As reflexões semanais foram igualmente determinantes para a tomada de consciência das dinâmicas grupais e do impacto que estas tinham em mim. A dificuldade em gerir comportamentos dominantes, intrusivos ou excessivamente interventivos de algumas pessoas levou-me, através da reflexão, a reconhecer a minha tendência inicial para evitar a confrontação e a necessidade de desenvolver maior assertividade e clareza na definição de limites terapêuticos. Este processo reflexivo permitiu-me compreender que a condução de grupos terapêuticos não se constrói apenas com empatia e acolhimento, mas também com firmeza, contenção e coerência, aspetos essenciais na prática do enfermeiro especialista em saúde mental. A condução autónoma das sessões do programa de promoção da autoestima “TU ÉS +” constituiu outro momento central no desenvolvimento desta competência. As reflexões semanais realizadas após cada sessão permitiram-me analisar criticamente a minha atuação, identificar fragilidades na estruturação das sessões, na gestão do tempo, no uso da linguagem terapêutica e na tendência para interpretações prematuras dos conteúdos trazidos pelas pessoas. O confronto entre a experiência vivida, o *feedback* da enfermeira orientadora e a reflexão escrita revelou-se fundamental para consolidar aprendizagens e promover mudanças concretas na minha prática nas sessões subsequentes. Algumas sessões revelaram-se particularmente exigentes do ponto de vista emocional, conduzindo a sentimentos de frustração, cansaço psicológico e questionamento das minhas capacidades enquanto futura EESMP. Mais uma vez, a prática regular da reflexão semanal permitiu-me integrar estas vivências de forma construtiva, ajudando-me a desenvolver uma maior tolerância à frustração, a aceitar os limites da minha intervenção e a compreender que o processo terapêutico nem sempre se traduz em resultados imediatos ou visíveis.

Globalmente, as experiências vivenciadas nos diferentes EC permitiram consolidar a competência F1, relacionada com o elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, conforme previsto no Regulamento das Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018). O contacto com situações de sofrimento psíquico, crise, agressividade, resistência à intervenção, silêncio terapêutico, instabilidade emocional, dinâmicas grupais complexas e narrativas de sofrimento exigiu uma reflexão contínua sobre as minhas próprias emoções, sentimentos, valores, limites pessoais e respostas comportamentais, contribuindo para identificar, no aqui e agora, fatores pessoais com potencial interferência na relação terapêutica (F1.1.1). A gestão de impasses terapêuticos, resistências, transferência, contratransferência e envolvimento emocional permitiu desenvolver maior capacidade de regulação pessoal no processo relacional (F1.1.2). Simultaneamente, a necessidade de manter uma relação empática, mas profissionalmente delimitada, contribuiu para preservar o contexto e os limites da relação terapêutica (F1.1.3) e para monitorizar as minhas reações corporais, emocionais e comportamentais durante as intervenções (F1.1.4). As principais dificuldades sentidas relacionaram-se com a gestão da insegurança perante situações clínicas imprevisíveis, a exposição emocional perante narrativas de sofrimento intenso e a necessidade de manter uma presença empática sem ultrapassar os limites da relação terapêutica. Estes desafios exigiram autorregulação, supervisão e reflexão contínua sobre a influência das minhas características pessoais no processo de ajuda. Estas experiências permitiram compreender que o autoconhecimento constitui uma condição essencial para a presença terapêutica do EEESMP, favorecendo uma intervenção mais segura, ética, consciente e centrada na pessoa.

2.2.2 – Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental (F2)

O EEESMP deve identificar as necessidades em saúde mental das pessoas alvo de cuidados ao longo do ciclo vital, a partir das quais desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença mental, dirigidos a pessoas, famílias, grupos ou comunidade (Regulamento n.º 515/2018). O processo de avaliação dessas necessidades, requer a “mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428).

No EC que realizei em contexto de internamento, face às necessidades identificadas, desenvolvi dois programas de intervenção em grupo: o Programa “Âncora”, direcionado para a promoção da adesão ao regime terapêutico, e o Programa “Pegada do Sono”, focado na promoção da qualidade do sono.

No âmbito do Programa “Âncora”, para avaliar o impacto das intervenções, utilizei a Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) (Delgado & Lima, 2001), aplicada antes e após a intervenção, permitindo avaliar o grau de adesão. Recorri ainda a um questionário de conhecimentos sobre a adesão ao regime terapêutico, elaborado com base nos indicadores dos Resultados NOC “Comportamento de aceitação: Medicamento prescrito” e “Conhecimento do medicamento”, possibilitando medir ganhos ao nível da literacia e compreensão do tratamento. Como instrumentos complementares de avaliação, apliquei o questionário de satisfação da sessão (apêndice III) e a grelha de avaliação das sessões de grupo (apêndice IV), permitindo analisar o envolvimento, participação e perceção de utilidade das intervenções. Relativamente ao Programa “Pegada do Sono”, a necessidade foi inicialmente avaliada através da *Basic Scale on Insomnia Complaints and Quality of Sleep* (BaSIQS), validada para a população portuguesa por Gomes *et al.* (2015), instrumento que permitiu identificar queixas de insónia e perceção da qualidade do sono. No final do programa, foi aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos, complementada, à semelhança do programa “Âncora” pelo questionário de satisfação da sessão e pela grelha de avaliação das sessões de grupo.

Face à instabilidade comportamental de alguns participantes, utilizei uma linguagem simples, clara e objetiva, recorrendo a técnicas de comunicação verbal como reformulação, questionamento, esclarecimento, expressão de empatia, validação, resumo, exploração e feedback, garantindo a eficácia da intervenção. A atitude profissional adotada pautou-se pela neutralidade, isenta de julgamentos ou preconceitos, numa postura não intrusiva (Leal & Ribeiro, 2021). A empatia revelou-se essencial para criar um ambiente seguro e acolhedor, onde as pessoas internadas se sentissem compreendidas e valorizadas, promovendo a sua participação ativa, quebrando barreiras e contribuindo para o processo de recuperação (Albuquerque, 2021). Ainda assim, emergiram alguns impasses terapêuticos, como resistência ao envolvimento e demonstrações de desinteresse. Em outras situações, observou-se uma tendência exagerada de alguns participantes em querer ajudar os restantes membros do grupo, bem como comportamentos impulsivos ou atitudes inadequadas, nomeadamente comentários ofensivos ou a utilização do espaço grupal com fins meramente sociais (Sampaio *et al.*, 2023).

Embora as intervenções tenham sido dirigidas maioritariamente às pessoas internadas, a dimensão familiar foi considerada sempre que pertinente, nomeadamente através da sensibilização para a importância do suporte familiar na adesão terapêutica e na regulação dos padrões de sono, reconhecendo-se a família como elemento facilitador do processo de recuperação e reintegração comunitária após a alta. Sempre que possível, foi valorizada a articulação com a rede de suporte informal e formal, reforçando a continuidade de cuidados na comunidade.

Durante o EC em contexto de comunidade realizado uma ECSM tive a oportunidade de participar em duas visitas domiciliárias, um contexto privilegiado para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa, à família e aos cuidadores. O domicílio permite uma avaliação mais abrangente da pessoa, integrando o seu agregado familiar e os fatores socioculturais, ambientais e económicos que influenciam o processo de saúde e doença, bem como os resultados das intervenções de enfermagem. Apesar de ser um espaço que proporciona uma visão mais real e completa da vida quotidiana da pessoa, o domicílio representa também um contexto de maior complexidade e imprevisibilidade para o enfermeiro, exigindo capacidade de adaptação, sensibilidade e competências de comunicação eficaz. A observação direta do domicílio possibilita uma compreensão mais profunda das necessidades básicas, das condições de vida, da rede de apoio familiar e da disponibilidade e acesso a recursos, aspetos que, de outro modo, seriam apenas conhecidos através do relato do próprio pessoa ou cuidador — uma perspetiva inevitavelmente subjetiva.

Neste EC, a intervenção junto da família assumiu particular relevância, quer na capacitação dos cuidadores informais, quer na promoção de estratégias de comunicação e gestão emocional no seio familiar, contribuindo para a diminuição da sobrecarga e para o fortalecimento das competências familiares na gestão da doença mental. Paralelamente, a articulação com recursos comunitários e respostas sociais locais permitiu potenciar

a inclusão social, a reabilitação psicossocial e a continuidade de cuidados, reforçando a ligação entre o serviço de saúde mental e a comunidade.

Assim, as visitas domiciliárias, complementadas pelas consultas de enfermagem realizadas na ECSM, constituíram uma oportunidade fundamental para uma avaliação global dos recursos internos e externos da pessoa e da sua família, contribuindo para a manutenção ou recuperação da saúde mental e permitindo identificar o impacto da doença mental na dinâmica familiar, na qualidade de vida, na funcionalidade e na autonomia (Regulamento n.º 515/2018, p. 21428).

Segundo a OMS, Literacia em Saúde é “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde” (DGS, 2019, p. 6). Com base neste princípio, desenvolvi e implementei o Programa de Literacia em Saúde Mental “EQUIPSI+”, dirigido ao grupo de reabilitação psicossocial da ESMC onde realizei o EC. Este programa teve como objetivo promover a literacia em saúde mental, fortalecer a autonomia e reduzir o estigma associado à doença mental, através de uma abordagem psicoeducativa. O EQUIPSI+ foi constituído por seis sessões temáticas e para avaliar o impacto do programa, utilizei o Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq) – versão jovem adulto, desenvolvido por Dias, Campos, Almeida e Palha (2018), aplicado no início e no final do programa, o questionário de satisfação da sessão, de preenchimento após cada sessão e, como medida complementar de aquisição de conhecimentos, a Ficha de Avaliação de Conhecimentos no término do programa (apêndice V). A análise dos resultados evidenciou um aumento global dos níveis de literacia em saúde mental entre os participantes, traduzido na melhoria das pontuações médias do LSMq. Este programa contribuiu para o reforço da autonomia e participação das pessoas no seu processo terapêutico, promovendo a reflexão, o *empowerment* e a procura ativa de ajuda.

No EC que realizei em contexto de respostas diferenciadas, no Hospital de Dia de Psiquiatria, as intervenções desenvolvidas decorreram de acordo com o modelo de funcionamento do serviço, no qual a intervenção terapêutica é realizada predominantemente em contexto grupal, não estando previstas intervenções psicoterapêuticas individuais regulares. Foram desenvolvidas intervenções dirigidas a grupos, considerando de forma integrada as diferentes fases do ciclo de vida, com especial enfoque em adultos e pessoas idosas, que apresentavam necessidades em saúde mental. As pessoas acompanhadas evidenciavam, maioritariamente, sintomatologia depressiva, isolamento social, ansiedade, ideação suicida, baixa autoestima, dificuldades na regulação emocional e experiências traumáticas associadas a violência, perdas e relações disfuncionais. A identificação destas necessidades foi realizada através da observação sistemática do comportamento, da escuta ativa, da participação em sessões grupais, bem como da análise dos registos clínicos. Foram desenvolvidas e dinamizadas sessões psicoterapêuticas em grupo, integradas no funcionamento do Hospital de Dia, dirigidas a pessoas acompanhadas em psiquiatria geral e em psicogeriatrica. Estas sessões constituíram espaços privilegiados de promoção da saúde mental, favorecendo a partilha de experiências, a validação emocional, o desenvolvimento do autoconhecimento e o reforço de competências pessoais e sociais. A observação e gestão das dinâmicas grupais permitiram identificar necessidades transversais, tais como dificuldades na autoestima, na comunicação interpessoal, no estabelecimento de limites e na gestão emocional, orientando as intervenções desenvolvidas em grupo. Neste contexto, foi planeado e implementado o programa de intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica “TU ÉS +”, dirigido a pessoas com baixa autoestima. Este programa integrou várias sessões estruturadas, com recurso a técnicas de mediação artístico-expressiva, centradas no reconhecimento e expressão emocional, na identidade pessoal, na autoimagem, na perceção de si e dos outros e na projeção de futuro. Durante a condução das sessões de grupo, foram mobilizadas competências essenciais do EEESMP, nomeadamente a comunicação terapêutica, a escuta ativa, a observação do comportamento, a gestão de dinâmicas grupais e a contenção emocional, assegurando um espaço terapêutico seguro e facilitador do processo de mudança. A avaliação contínua das respostas emocionais, cognitivas e comportamentais das pessoas permitiu ajustar as intervenções às necessidades emergentes, evidenciando uma prática centrada na pessoa e no grupo enquanto unidade de cuidado.

Embora não tenham sido realizadas intervenções diretas com as famílias, a dimensão familiar foi considerada de forma transversal ao longo do estágio, uma vez que muitas das narrativas das pessoas acompanhadas

evidenciavam relações familiares disfuncionais, dependência emocional, conflitos, perdas e impacto significativo da família no sofrimento psíquico. Esta ausência de intervenção familiar direta constituiu uma limitação, mas também uma oportunidade de reflexão sobre a importância de integrar a família no plano terapêutico, sempre que adequado e consentido pela pessoa. A evidência demonstra que as intervenções familiares psicoeducativas em saúde mental podem contribuir para melhorar o conhecimento sobre a doença, reduzir a sobrecarga dos cuidadores, fortalecer estratégias de comunicação e resolução de problemas, favorecer a adesão terapêutica e diminuir o risco de recaída (Tessier et al., 2023). Neste sentido, a inclusão de momentos estruturados de intervenção com familiares poderia potencializar os ganhos terapêuticos alcançados no Hospital de Dia, favorecendo a continuidade dos cuidados, a reorganização da dinâmica familiar e a adaptação da pessoa ao seu contexto relacional e comunitário após a alta. A exploração destes conteúdos em contexto terapêutico contribuiu para uma maior consciência relacional e para a preparação das pessoas para uma vivência mais adaptativa nos seus contextos familiares e sociais após a alta do Hospital de Dia. Relativamente à comunidade, o Hospital de Dia assumiu-se como um recurso fundamental de transição entre o internamento e a reintegração comunitária. A divulgação e apresentação de programas comunitários, como o Clube do Movimento – Desporto Sénior e o Programa Desporto Sénior, contribuíram para a promoção da atividade física, do convívio social e da continuidade de cuidados, prevenindo o isolamento social e potenciando a manutenção dos ganhos terapêuticos alcançados durante o acompanhamento em contexto hospitalar.

Globalmente, as atividades desenvolvidas nos diferentes EC permitiram consolidar a competência F2, relacionada com a assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, conforme previsto no Regulamento das Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018). A identificação das necessidades dos grupos no internamento, na comunidade e no Hospital de Dia, bem como a análise dos fatores familiares, sociais, ambientais e comunitários com impacto na saúde mental, contribuiu para executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de grupos e comunidades (F2.1). A realização de entrevistas, observação clínica, análise de registos, utilização de escalas e instrumentos específicos, construção de genograma e ecomapa e participação em visitas domiciliárias permitiu executar uma avaliação global das respostas humanas, capacidades internas, recursos externos, qualidade de vida, funcionalidade e autonomia das pessoas acompanhadas (F2.2). A conceção e implementação dos programas “Âncora”, “Pegada do Sono”, EQUIPSI+ e “TU ÉS +” permitiu coordenar, implementar e desenvolver projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental (F2.3), nomeadamente através da promoção da literacia, adesão terapêutica, autoestima, participação ativa e empoderamento. As principais dificuldades sentidas prenderam-se com a diversidade e complexidade das necessidades identificadas, a instabilidade clínica de alguns participantes, a limitação temporal dos EC e a impossibilidade de envolver a família de forma mais sistemática em todos os contextos. Estas limitações exigiram priorização das necessidades, adaptação das intervenções e utilização dos recursos disponíveis de forma realista e centrada na pessoa. Estas experiências permitiram compreender que a intervenção do EEESMP na otimização da saúde mental deve partir de uma avaliação abrangente, integrada e contextualizada, transformando necessidades identificadas em intervenções estruturadas, avaliáveis e promotoras de ganhos em saúde mental.

2.2.3 - Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto (F3)

Para o desenvolvimento desta competência, foram realizados vários estudos de caso clínico ao longo dos 3 ensinos clínicos, garantindo a avaliação das intervenções e dos potenciais ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada em saúde mental. Durante cada um destes processos, recorri à Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau e foram seguidas as quatro fases do processo interpessoal descrito por Hildegard Peplau. A fase de orientação consistiu na recolha de dados e na compreensão do problema apresentado. Seguiu-se a fase de identificação, durante a qual foram explorados os sentimentos manifestados e definidos os diagnósticos de enfermagem. Na fase de exploração, estabeleceram-se os objetivos e delinearam-se as intervenções de enfermagem. Por fim, na fase de resolução, num processo colaborativo entre enfermeiro e pessoa, procurou-se satisfazer as suas necessidades, finalizando-se com a

avaliação das intervenções implementadas (Bittencourt et al., 2018). Enquadrado na fase de orientação descrita por Peplau (primeira fase da relação enfermeira-pessoa), iniciou-se a relação terapêutica com a pessoa e realizou-se a colheita de dados (Belcher & Fish, 2000). Recorreram-se a fontes primárias, através de instrumentos como a observação, a entrevista estruturada e semiestruturada e a construção do Genograma e do Ecomapa, e a fontes secundárias (registos de enfermagem e diários clínicos). Com base no modelo Tidal e ao modelo FIFE (*Feelings, Ideas, Functioning, Expectations*) (Querido, Tomás & Laranjeira, 2019), foi realizada a entrevista inicial, o que possibilitou aceder à experiência subjetiva de doença, compreender a perceção individual da pessoa e identificar as áreas prioritárias de intervenção psicossocial. Este momento permitiu uma compreensão aprofundada da experiência subjetiva da doença, bem como a identificação de necessidades prioritárias.

A aplicação do processo de enfermagem assumiu particular relevância no desenvolvimento desta competência, uma vez que permitiu estruturar o raciocínio clínico do EEESMP de forma sistemática, desde a avaliação inicial, identificação de diagnósticos, definição de resultados esperados, planeamento e implementação das intervenções, até à avaliação dos ganhos obtidos. Neste percurso, o recurso a linguagem classificada, nomeadamente diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, revelou-se essencial para traduzir a complexidade das respostas humanas em saúde mental, favorecer a continuidade dos cuidados, apoiar a comunicação entre profissionais e tornar mais visível o contributo autónomo da enfermagem especializada. De acordo com Rutherford (2008), a utilização de linguagem padronizada em enfermagem contribui para melhorar a comunicação entre profissionais, aumentar a visibilidade das intervenções de enfermagem, melhorar os cuidados prestados e facilitar a recolha de dados para avaliação dos resultados. Assim, esta sistematização permitiu planear intervenções centradas na pessoa e avaliar de forma mais objetiva os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, reforçando a importância de uma prática especializada intencional, fundamentada e avaliável.

O plano de cuidados de cada pessoa alvo de estudo de caso foi elaborado com base nos objetivos definidos pela própria pessoa, reforçando a abordagem centrada na pessoa e promovendo maior responsabilização e envolvimento no processo terapêutico e de *recovery*. O conceito de *recovery* não se confunde com a cura, mas com a capacidade de a pessoa recuperar a esperança, reconhecer as suas potencialidades e limitações, investir numa vida ativa e significativa, e reconstruir a sua identidade e autonomia, desenvolvendo uma visão positiva de si (OMS, 2013, citado em Sequeira et al., 2019). A participação ativa da pessoa na definição das intervenções é central numa abordagem colaborativa e centrada na pessoa, alinhada com a tomada de decisão partilhada em saúde mental, na qual a pessoa é reconhecida como agente ativo do seu processo terapêutico, promovendo o seu envolvimento e participação nas decisões relativas ao plano de cuidados (Zisman-Ilani et al., 2022).

Globalmente, os estudos de caso e os planos de cuidados desenvolvidos ao longo dos três EC permitiram consolidar a competência F3, relacionada com a recuperação da saúde mental através da mobilização das dinâmicas próprias de cada contexto, conforme previsto no Regulamento das Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018). A recolha de dados, a entrevista, a observação clínica, a análise dos registos, a avaliação do estado mental e a utilização de instrumentos específicos contribuíram para estabelecer o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade (F3.1), identificando problemas, necessidades específicas, fatores de stress, risco, recursos e respostas humanas aos processos de saúde/doença mental. A definição de resultados esperados e a utilização de escalas, grelhas de avaliação, questionários de satisfação, fichas de conhecimentos e observação clínica permitiram identificar e monitorizar resultados clínicos e comportamentais sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem em saúde mental (F3.2). A participação em programas grupais e em intervenções dirigidas a necessidades identificadas nos contextos de prática contribuiu para realizar e implementar o planeamento de cuidados em saúde mental de grupo e comunidade (F3.3). A elaboração e implementação de planos de cuidados individualizados, centrados nos diagnósticos de enfermagem, nos objetivos definidos com a pessoa e nas suas respostas ao processo terapêutico, permitiu consolidar a competência F3.4, nomeadamente através da conceção de estratégias de empoderamento (F3.4.1), monitorização da segurança e avaliação contínua (F3.4.2) e implementação de planos orientados para aumentar competências, promover autonomia e favorecer a integração familiar e social

(F3.4.5). Nos contextos comunitários, a articulação com a equipa, família e recursos disponíveis permitiu ainda compreender a relevância da metodologia de gestão de caso (F3.5). As principais dificuldades sentidas relacionaram-se com a necessidade de articular avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação dos resultados de forma sistemática, sobretudo perante situações clínicas complexas e respostas humanas em constante evolução. Foi também desafiante traduzir alguns ganhos subjetivos, como esperança, *insight*, autoestima e participação ativa, em indicadores observáveis e documentáveis. Estas experiências reforçaram a importância do processo de enfermagem, da linguagem classificada, da avaliação sistemática e da participação ativa da pessoa para uma prática especializada centrada no *recovery*.

2.2.4 – Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (F4)

O EEESMP desenvolve intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, de modo a ajudar a pessoa a “alcançar um estado de saúde mental próximo do que deseja e/ou a adaptar e a integrar em si mesmo a situação de saúde/doença vivida”, atingindo um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuindo para a sociedade em que se insere (Regulamento n.º 515/2018, p.21430).

Depois de identificar, em cada contexto de ensino clínico, as principais necessidades em saúde mental das pessoas acompanhadas, planifiquei, implementei e avaliei um conjunto diversificado de intervenções especializadas, ajustadas às prioridades clínicas, às expectativas expressas pelas pessoas e às dinâmicas próprias de cada contexto. Em muitos casos, as propostas de intervenção surgiram de forma partilhada, a partir das preocupações, dificuldades e objetivos verbalizados nas entrevistas, nos grupos e nas avaliações realizadas, o que permitiu uma maior adequação das respostas e um envolvimento mais ativo da pessoa no processo terapêutico. Esta forma de intervenção encontra-se alinhada com o Regulamento n.º 515/2018, na medida em que a competência do EEESMP não se limita à execução de técnicas, implicando uma prática intencional, sustentada em diagnósticos de enfermagem, objetivos terapêuticos, intervenções especializadas e avaliação dos resultados obtidos.

Ao longo dos diferentes EC, tive oportunidade de desenvolver intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais, em formato individual e grupal, centradas na promoção da literacia em saúde mental, na otimização das competências relacionais e de coping, na facilitação da expressão emocional e na promoção de mudanças ao nível dos pensamentos, emoções e comportamentos. A avaliação das intervenções foi realizada através de escalas validadas, fichas de avaliação de conhecimentos, questionários de satisfação, grelhas de avaliação das sessões de grupo, observação clínica e feedback dos participantes e dos enfermeiros orientadores. Estes instrumentos permitiram monitorizar a adesão, a participação, a satisfação e a evolução das pessoas ao longo das intervenções, bem como identificar ganhos sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, nomeadamente ao nível do conhecimento, da autorregulação emocional, da participação ativa, da autoestima, da adesão terapêutica e da capacitação para a gestão da doença mental.

Intervenções Psicoeducacionais

No contexto da Enfermagem de Saúde Mental, a psicoeducação constitui uma abordagem estruturada de transmissão de informação que procura tornar os conhecimentos sobre doença mental e tratamento acessíveis, claros e úteis para a pessoa e/ou para a sua rede significativa. Mais do que um simples ato informativo, esta modalidade educativa pretende apoiar a compreensão do que é a doença mental, dos seus sintomas e do seu impacto no quotidiano, enquanto fornece estratégias práticas para lidar com a doença e com os seus efeitos, integrando-se como componente de um plano terapêutico mais amplo e não como intervenção isolada (Regulamento 356/2015). Uma intervenção psicoeducativa em Enfermagem de Saúde Mental pressupõe, assim, a condução por um EEESMP e tem como objetivo central o aumento da literacia em saúde mental e a capacitação da pessoa para a adoção de comportamentos promotores de saúde, podendo ser dirigida tanto a grupos que partilham uma problemática comum como a uma única pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020).

No EC em contexto de internamento, desenvolvi e implementei o programa psicoeducativo “Âncora”, com o objetivo de promover a adesão ao regime terapêutico. De acordo com a OMS, “a adesão terapêutica é o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida corresponde às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde” (Camarneiro, 2021, p.1). A psicoeducação destaca-se por reforçar os benefícios e a necessidade de tratamento, permite a desmistificação de crenças sobre medicamentos ou doenças, a identificação de motivos de não adesão e a implementação de estratégias facilitadoras da adesão terapêutica (Camarneiro, 2021).

O programa Âncora foi estruturado em quatro sessões. Na Sessão 1 – “Mitos e Crenças sobre a Medicação” (Apêndice VI), exploraram-se os fatores que influenciam a adesão terapêutica e desconstruíram-se mitos associados aos psicofármacos, recorrendo à sociometria, discussão orientada com cartões. Na Sessão 2 – “Medicação e Emoções: Construir Caminhos de Recuperação” (Apêndice VII), abordou-se a relação entre emoções e adesão terapêutica, utilizando o “Painel das Emoções” como técnica expressiva, permitindo a identificação e expressão de emoções relacionadas com a toma da medicação. Na Sessão 3 – “Tomar ou Não Tomar: A Árvore das Escolhas” (Apêndice VIII), recorreu-se a uma técnica artístico-expressiva para refletir sobre os benefícios da adesão e as consequências da não adesão. Na Sessão 4 – “Quando Surge um Obstáculo: Vamos Resolver Juntos” (Apêndice IX), aplicou-se a técnica de resolução de problemas (*Problem-Solving Therapy*) através da dinâmica “Mala das Soluções”, promovendo a identificação de obstáculos à adesão e a construção conjunta de estratégias práticas para os superar.

Ainda no âmbito do EC, em contexto de internamento, as primeiras duas sessões do programa “Pegada do Sono”, focado na promoção do sono, foram psicoeducativas. Na Sessão 1 – “Sono: aliado da saúde mental” (Apêndice X), utilizaram-se dinâmicas lúdicas para introduzir o tema do sono, promovendo debate e desconstrução de crenças disfuncionais. Na Sessão 2 – “Higiene do Sono: pequenas mudanças, grandes resultados” (Apêndice XI), recorreu-se ao jogo do semáforo e folhetos ilustrativos para identificar hábitos promotores e perturbadores do sono, facilitando a interiorização de comportamentos saudáveis. Para além das intervenções em grupo, foram também realizadas intervenções psicoeducativas individuais no âmbito do estudo de caso desenvolvido em contexto de internamento, nomeadamente com a pessoa M.C. Na Sessão n.º 2 com M.C (Apêndice XII), foi realizada uma intervenção psicoeducativa dirigida à promoção da literacia em saúde mental relativamente à ansiedade, tendo por base o diagnóstico de enfermagem ansiedade presente segundo a CIPE. Entreguei e explorei um folheto informativo sobre ansiedade (Fig. 10), promovendo a identificação de fatores desencadeantes e de sintomas que a pessoa reconhecia em si. Em seguida, utilizei “O meu diário de atividades Relax” (Fig.11), ajudando o M.C a escolher atividades prazerosas ou relaxantes para realizar diariamente como estratégias de *coping*, como tarefa de casa.

Em contexto de comunidade, desenvolvi intervenções psicoeducativas sobretudo no âmbito do programa de Literacia em Saúde Mental EQUIPSI+, dirigido a pessoas com doença mental grave seguidas na ECSM, com o objetivo de promover a literacia em saúde mental, a adesão terapêutica e o *empowerment* na gestão da doença. As seis sessões do programa foram: Sessão 1 – “Desmistificando a doença mental” (Apêndice XIII); Sessão 2 – “Doenças mentais: sinais e sintomas” (Apêndice XIV); Sessão 3 – “A medicação na doença mental” (Apêndice XV); Sessão 4 – “Ansiedade: entender, gerir e relaxar” (Apêndice XVI); Sessão 5 – “Saúde física e autocuidado: cuidar do corpo, cuidar da mente” (Apêndice XVII); e Sessão 6 – “Reconhecimento e gestão de situações de crise em saúde mental” (Apêndice XVIII), recorrendo a dinâmicas interativas, discussão orientada, exercícios práticos e materiais de apoio (folhetos, cartões, guiões). Para avaliar o impacto do programa na literacia em saúde mental e na perceção de autoeficácia, utilizei o LSMq – Questionário de Literacia em Saúde Mental – Jovem Adulto, bem como a ficha de avaliação de conhecimentos específica do programa EQUIPSI+ (Apêndice XIX), e o questionário de satisfação das sessões (apêndice III).” Para além das sessões de grupo, realizei ainda intervenções psicoeducativas individuais, integradas nos estudos de caso acompanhados ao longo do EC em contexto de comunidade. Com a pessoa L.D., na Sessão n.º 2 (Apêndice XX), desenvolvi uma intervenção psicoeducativa sobre a ansiedade, baseada em princípios da terapia cognitivo-comportamental, centrada na explicação da definição de ansiedade, na identificação de sintomas físicos e cognitivos e na exploração da relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, recorrendo a um folheto psicoeducativo sobre ansiedade (Apêndice XXI) e à ficha “Os meus pensamentos” (Apêndice XXII) como

suportes visuais e escritos para facilitar a compreensão e a reestruturação cognitiva, promovendo a aprendizagem de estratégias de autorregulação e de *coping* mais adaptativas. Com a pessoa A.M., na Sessão n.º 1 (Apêndice XXIII), para além da continuação da entrevista semiestruturada de avaliação, realizei uma intervenção psicoeducativa sobre autoestima, abordando o conceito, os fatores que a influenciam e as consequências da baixa autoestima no quotidiano, com recurso a um folheto psicoeducativo sobre autoestima (Apêndice XXIV) e ao documento “O diário das minhas qualidades” (Apêndice XXV), que permitiram à pessoa identificar qualidades pessoais e recursos internos, como primeiro passo para a reconstrução de uma autoimagem mais positiva e realista.

A implementação destas intervenções psicoeducacionais permitiu observar ganhos relevantes ao nível da literacia em saúde mental, da compreensão dos fatores associados à adesão terapêutica, da identificação de estratégias de coping e da maior participação das pessoas no seu processo de cuidados. No programa “Âncora”, os participantes foram progressivamente capazes de verbalizar crenças associadas à medicação, identificar obstáculos à adesão e discutir estratégias concretas para os ultrapassar. No programa “Pegada do Sono”, verificou-se maior capacidade de reconhecer hábitos promotores e perturbadores do sono, bem como maior envolvimento na definição de pequenas mudanças comportamentais aplicáveis ao quotidiano. Nas intervenções individuais, nomeadamente com M.C., L.D. e A.M., a utilização de folhetos, fichas de trabalho e tarefas para realizar entre sessões favoreceu a continuidade da intervenção para além do momento terapêutico, promovendo reflexão, responsabilização e treino de estratégias de autorregulação.

No contexto de comunidade, o programa EQUIPSI+ revelou-se particularmente relevante, uma vez que permitiu articular a promoção da literacia em saúde mental com a capacitação das pessoas para reconhecer sinais de crise, compreender a importância da medicação, reduzir crenças estigmatizantes e identificar recursos de ajuda. A utilização do LSMq, da ficha de avaliação de conhecimentos e dos questionários de satisfação permitiu avaliar os resultados de forma mais objetiva, tornando visíveis os ganhos obtidos e reforçando a importância da avaliação sistemática das intervenções.

Globalmente, as intervenções psicoeducacionais desenvolvidas nos diferentes contextos permitiram consolidar, em particular, as unidades de competência F4.1.1, F4.1.2, F4.1.3, F4.1.9 e F4.1.10, ao envolverem a implementação de programas de psicoeducação e treino em saúde mental, a promoção da adesão ao tratamento, a adaptação das intervenções à disponibilidade da pessoa para aprender e a capacitação para a gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, conforme previsto no Regulamento das Competências Específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018). Simultaneamente, contribuíram para a competência F3.2, uma vez que a utilização de instrumentos de avaliação permitiu monitorizar resultados clínicos e comportamentais sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem.

Intervenções Psicoterapêuticas

A intervenção psicoterapêutica, em enfermagem de saúde mental, assenta numa relação terapêutica intencional, em que enfermeiro e pessoa estabelecem objetivos partilhados e trabalham, de forma colaborativa, mudanças ao nível do pensamento, da emoção e do comportamento, reconhecendo o papel ativo da pessoa no seu próprio processo de recuperação (Sequeira & Sampaio, 2020).

O planeamento e a implementação das intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas ao longo dos EC foram orientados pelo Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, o qual contribui para a clarificação da intervenção psicoterapêutica enquanto intervenção autónoma do EEESMP (Sampaio et al., 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2023). Segundo estes autores, a intervenção psicoterapêutica em enfermagem deve assentar no conhecimento disciplinar de enfermagem, responder a diagnósticos de enfermagem e ter como matriz central a relação de ajuda profissional, articulando a relação terapêutica com técnicas específicas orientadas para a mudança ao nível dos pensamentos, emoções e comportamentos da pessoa. Este modelo foi particularmente importante para o planeamento das minhas intervenções, na medida em que reforçou a necessidade de estas serem estruturadas, sistematizadas, progressivas e sequenciais, realizadas com intencionalidade terapêutica e ajustadas às necessidades identificadas. Assim, as intervenções desenvolvidas foram planeadas a partir de diagnósticos de enfermagem, objetivos terapêuticos previamente definidos e avaliação contínua das respostas da pessoa ou do grupo. Esta orientação permitiu diferenciar a intervenção

psicoterapêutica de uma atividade meramente ocupacional ou educativa, conferindo-lhe fundamentação clínica, estrutura, finalidade terapêutica e coerência com as competências específicas do EEESMP.

No EC em contexto de internamento, desenvolvi e implementei o programa “Pegada do Sono”, centrado na promoção do sono e estruturado em 3 sessões. A Sessão 3 – “Ritual do Sono com Mindful Eating” (Apêndice XXVI), consistiu numa intervenção psicoterapêutica em grupo e integrou técnicas de *mindfulness* com alimentação consciente, promovendo o relaxamento, consciência corporal e regulação emocional.

Ainda neste contexto de internamento, foram igualmente realizadas intervenções psicoterapêuticas individuais com a pessoa M.C., integradas no plano de cuidados definido para o estudo de caso.

Na Sessão n.º 3 (Apêndice XXVIII), foi implementada uma intervenção de relaxamento baseada em exercícios de respiração. Na Sessão n.º 4 (Apêndice XXIX), foi realizada uma intervenção de *mindfulness* com movimento consciente, orientada para o desenvolvimento da atenção plena e da consciência corporal. Posteriormente, foram realizadas duas sessões de Treino Metacognitivo (TMC), um programa estruturado concebido para atenuar a atividade delirante e outros sintomas positivos, por meio da identificação e questionamento de enviesamentos cognitivos (Pinho, 2019). Na Sessão n.º 5 (Apêndice XXX), foi aplicado o Treino Metacognitivo – Módulo 2, centrado na identificação de enviesamentos cognitivos relacionados com conclusões precipitadas e interpretações rígidas da realidade. Na Sessão n.º 6 (Apêndice XXXI), foi implementado o Treino Metacognitivo – Módulo 3, que incidiu sobre processos de atribuição e interpretação de acontecimentos, incentivando a pessoa a considerar múltiplas perspetivas perante situações ambíguas. A intervenção procurou promover a capacidade de questionamento das próprias conclusões e fortalecer estratégias cognitivas mais adaptativas.

No EC em contexto de comunidade, realizaram-se intervenções psicoterapêuticas individuais integradas nos dois estudos de caso realizados. No estudo de caso de L.D., a Sessão n.º 3 (Apêndice XXXII) correspondeu a uma intervenção de reestruturação cognitiva, baseada na terapia cognitivo-comportamental, focada na identificação e questionamento de pensamentos automáticos disfuncionais, e a Sessão n.º 4 (Apêndice XXXIII) consistiu numa intervenção de imaginação guiada, orientada para a construção de imagens mentais seguras e tranquilizadoras, favorecendo o relaxamento e a regulação emocional. No estudo de caso de A.M., a Sessão n.º 2 (Apêndice XXXIV) envolveu uma intervenção de reestruturação cognitiva dirigida à autoestima, trabalhando crenças negativas sobre si própria e promovendo a construção de interpretações mais realistas e positivas. Posteriormente, no mesmo estudo de caso, foram realizadas três sessões de TMC: na Sessão n.º 3 (Apêndice XXXV) foi aplicado o Módulo 2A – “Saltar para Conclusões”, na Sessão n.º 4 (Apêndice XXXVI) o Módulo 4A – “Empatizar I” e na Sessão n.º 5 (Apêndice XXXVII) o Módulo 6A – “Empatizar II”, com o objetivo de reduzir enviesamentos cognitivos, promover o questionamento das próprias conclusões e favorecer o desenvolvimento de estratégias cognitivas mais adaptativas.

No EC em contexto de respostas diferenciadas, no Hospital de Dia de Psiquiatria, desenvolvi e implementei o programa de intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica “TU ÉS +”, composto por cinco sessões todas de natureza psicoterapêutica, dirigidas a um grupo de pessoas de Psiquiatria Geral com diagnóstico de baixa autoestima, segundo a CIPE. A Sessão 1 – “Reconhecer e Expressar Emoções” (Apêndice XXXVIII) teve como objetivo central facilitar o reconhecimento, a nomeação e a expressão de emoções, recorrendo a mediadores artístico-expressivos para favorecer a exteriorização simbólica do mundo interno e a reflexão sobre o impacto das emoções na autoestima. A Sessão 2 – “Bilhete de Identidade Pessoal – Quem sou eu?” (Apêndice XXXIX) focou-se na exploração da identidade pessoal e na identificação de qualidades, recursos e aspetos valorizados de si, utilizando o modelo de “Bilhete de Identidade Pessoal” enquanto suporte estruturante da reflexão intrapessoal. A Sessão 3 – “Como eu me vejo?” (Apêndice XL) centrou-se na autoimagem e nas narrativas pessoais sobre si, promovendo a tomada de consciência de padrões de autocritica e de desvalorização, bem como a possibilidade de construção de uma visão de si mais integrada e compassiva. A Sessão 4 – “Como os outros me veem?” (Apêndice XLI) teve como finalidade trabalhar a perceção das representações externas e o impacto do olhar do outro na autoestima, criando um espaço protegido de feedback terapêutico, no qual as participantes puderam receber devoluções positivas e realistas sobre as suas qualidades e modos de estar. Por fim, a Sessão 5 – “Sexualidade, Intimidade e

Autoestima” (Apêndice XLII) abordou a articulação entre corpo, sexualidade, intimidade e valor pessoal, permitindo a expressão de vivências muitas vezes silenciadas e favorecendo a integração da dimensão sexual na construção de uma identidade mais coerente e saudável. Paralelamente, no âmbito do estudo de caso da pessoa J., realizei uma intervenção psicoterapêutica individual com recurso à biblioterapia (Apêndice XLIII), utilizando a letra da música de Mariza “O Melhor de Mim” (Apêndice XLIV) como mediador simbólico para facilitar a expressão emocional, o reconhecimento de aspetos resilientes e a ressignificação da experiência de sofrimento.

As intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas permitiram compreender que a intervenção do EEESMP exige uma intencionalidade terapêutica clara, sustentada na relação, na avaliação contínua das respostas da pessoa e na utilização criteriosa de técnicas específicas. No contexto de internamento, as intervenções de relaxamento, mindfulness e treino metacognitivo permitiram trabalhar dimensões como a regulação emocional, a consciência corporal, a redução da tensão interna e o questionamento de interpretações rígidas da realidade. No contexto comunitário, as intervenções de reestruturação cognitiva, imaginação guiada e treino metacognitivo favoreceram a identificação de pensamentos automáticos disfuncionais, a procura de interpretações alternativas e o desenvolvimento de estratégias cognitivas mais adaptativas. No estudo de caso de A.M., por exemplo, a realização das tarefas propostas, a identificação de qualidades pessoais, a elaboração de objetivos e a adesão ao plano semanal evidenciaram progressos ao nível da reflexão sobre si, da motivação para a mudança e da participação ativa no processo terapêutico.

No Hospital de Dia, o programa “TU ÉS +” permitiu trabalhar a baixa autoestima através de uma abordagem estruturada, progressiva e centrada na expressão emocional, identidade, autoimagem, perceção do olhar do outro, sexualidade e intimidade. A utilização de mediadores artístico-expressivos e simbólicos favoreceu a exteriorização de conteúdos internos, a partilha em grupo, a validação emocional e o reforço de aspetos positivos de si. A intervenção com recurso à biblioterapia, no estudo de caso da pessoa J., constituiu igualmente uma oportunidade para facilitar a expressão emocional, reconhecer recursos de resiliência e promover a ressignificação da experiência de sofrimento.

Globalmente, as intervenções psicoterapêuticas desenvolvidas nos diferentes contextos permitiram consolidar as unidades de competência F4.2.1, F4.2.2, F4.2.3, F4.2.4 e F4.2.5 do EEESMP, conforme previsto no Regulamento n.º 515/2018, ao mobilizarem intervenções individuais e grupais centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental, no aumento do insight, na promoção de respostas adaptativas, na integração da experiência de sofrimento e na libertação de tensões emocionais.

Intervenções Socioterapêuticas

Tendo em conta que as intervenções em grupo são fundamentais para o desenvolvimento de habilidades sociais e promoção de estratégias de *coping*, bem como para a estruturação da rotina diária das pessoas (Sampaio et al., 2023; Sequeira & Sampaio, 2020), as intervenções socioterapêuticas assumiram um papel transversal nos diferentes contextos de ensino clínico.

O foco da intervenção socioterapêutica centra-se na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si, remetendo para as interações familiares, sociais, profissionais ou outras. A melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, possibilita ao cliente desenvolver novas respostas humanas para problemas de vida identificados ou para novos problemas que emergem nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida, aumentando o sentimento de bem-estar. (Regulamento 356/2015, p. 17040)

No EC em contexto de internamento, estiveram sobretudo associadas à participação regular das pessoas nos grupos estruturados dos programas “Âncora” e “Pegada do Sono”, os quais, para além da sua dimensão psicoeducativa e psicoterapêutica, funcionaram como espaços de treino de convivência, cooperação e cumprimento de regras de grupo.

No EC em contexto de comunidade, as intervenções socioterapêuticas estiveram sobretudo associadas à promoção da reabilitação psicossocial e da participação ativa das pessoas em contextos de grupo, com vista ao reforço das competências relacionais, do sentido de pertença e da estruturação de rotinas significativas. Estas intervenções ocorreram, em particular, no âmbito do grupo de reabilitação psicossocial da ECSM onde foi realizado o EC, onde o Programa de Literacia em Saúde Mental que desenvolvi e implementei, o programa “EQUIPSI+”, que funcionou não apenas como intervenção psicoeducativa, mas também como espaço estruturado de interação social, partilha de experiências e desenvolvimento de papéis sociais mais ativos e autónomos.

No EC em contexto de respostas diferenciadas, no Hospital de Dia de Psiquiatria, as intervenções socioterapêuticas estiveram sobretudo associadas à participação regular das pessoas em grupos terapêuticos e atividades estruturadas do serviço, promovendo a integração no quotidiano do Hospital de Dia, a construção de rotinas e o reforço do sentido de pertença. A dinâmica grupal, quer nas sessões de psicogeriatría e de psiquiatria geral, quer nas atividades de carácter mais ocupacional (como, por exemplo, a preparação conjunta de decorações de Natal ou a organização da banca para a feira do Hospital de Dia, descritas nas reflexões semanais realizados no EC em questão), favoreceu a cooperação, a negociação de papéis, a responsabilização pelas tarefas e a vivência de experiências de sucesso partilhado. Estas experiências permitiram às pessoas experimentar e treinar competências relacionais em contexto protegido, incrementando a participação ativa, a autonomia no desempenho de atividades significativas e a reconstrução de uma identidade social mais positiva, elementos centrais do processo de reabilitação psicossocial que caracterizam as intervenções socioterapêuticas em saúde mental.

Estas intervenções socioterapêuticas permitiram observar ganhos ao nível da interação social, do sentido de pertença, da cooperação, do cumprimento de regras, da responsabilização e da participação em atividades significativas. Em contexto de internamento, os grupos funcionaram como espaços protegidos para treinar a escuta, a partilha, o respeito pelo outro e a permanência numa atividade estruturada, aspetos particularmente importantes em pessoas em fase de maior instabilidade psicopatológica. Na comunidade, o EQUIPSI+ permitiu articular a literacia em saúde mental com a interação social e a participação grupal, favorecendo a expressão de experiências, a normalização de dificuldades e o reforço do papel ativo da pessoa no seu processo de recovery. No Hospital de Dia, as atividades grupais e socioterapêuticas contribuíram para a reconstrução de rotinas, para o desenvolvimento de papéis sociais e para a vivência de experiências de sucesso partilhado.

Globalmente, as intervenções socioterapêuticas desenvolvidas nos diferentes contextos permitiram consolidar a unidade de competência F4.2 do EEESMP, nomeadamente os critérios F4.2.1, F4.2.3, F4.2.4 e F4.2.5, conforme previsto no Regulamento n.º 515/2018, uma vez que mobilizaram processos grupais orientados para respostas mais adaptativas, vivência de experiências gratificantes e desenvolvimento de mudanças positivas no funcionamento pessoal e interpessoal. Esta experiência permitiu compreender que a intervenção socioterapêutica não se reduz à ocupação do tempo, constituindo antes uma intervenção especializada que utiliza o grupo, a relação e o contexto como instrumentos terapêuticos.

Intervenções Psicossociais

A intervenção psicossocial visa apoiar pessoas cuja capacidade de funcionamento se encontra comprometida por perturbação mental, promovendo a aquisição de competências que lhes permitam gerir o quotidiano de forma mais autónoma e participar de modo ativo na vida comunitária. Através do treino sistemático de habilidades e da criação de estratégias adaptativas, procura-se fortalecer recursos pessoais e sociais, facilitar a resolução de problemas e favorecer mudanças nas relações e contextos em que a pessoa se insere, potenciando o bem-estar e a qualidade de vida (García, 2021).

No âmbito do EC em contexto de comunidade, desenvolvi intervenções psicossociais individuais integradas no estudo de caso da pessoa L.D., centradas no treino de competências sociais e comunicacionais, com vista à melhoria da socialização e do funcionamento em contexto escolar e relacional. Na Sessão n.º 5 (Apêndice XLV), realizei uma intervenção psicossocial focada no reconhecimento de emoções, na comunicação verbal e não verbal e na empatia, recorrendo ao “Jogo das Emoções”, à exploração de imagens de comunicação não verbal e a *role plays* de situações do quotidiano, com apoio do folheto “Comunicar – O Poder das Palavras e dos Gestos” (Fig.38). Na Sessão n.º 6 (Apêndice XLVI), dei continuidade à intervenção psicossocial através do treino da assertividade, com recurso ao folheto “Estilos de Comunicação, Direitos e Responsabilidades Assertivos” (Fig.41), e à técnica dos 5 Eu’s da Assertividade. Esta técnica permite o treino das competências de assertividade, objetivando a expressão de sentimentos e ideias pessoais, sem negar os próprios direitos e sem esquecer os dos outros (Sequeira & Sampaio, 2020).

As intervenções psicossociais realizadas com L.D. permitiram trabalhar competências diretamente relacionadas com a socialização, a comunicação interpessoal, a assertividade e a gestão das relações com os outros. A utilização de *role play*, análise de situações do quotidiano, exploração de emoções e treino dos estilos de comunicação favoreceu a passagem de uma abordagem mais teórica para uma aprendizagem experiencial, permitindo à pessoa ensaiar respostas alternativas em contexto protegido. Embora se tratasse de um número limitado de sessões, foi possível observar maior envolvimento, capacidade de reflexão sobre as próprias dificuldades comunicacionais e identificação de estratégias mais adequadas para expressar necessidades, sentimentos e limites.

Globalmente, as intervenções psicossociais desenvolvidas permitiram consolidar a unidade de competência F4.3 do EEESMP, em particular o critério F4.3.2, conforme previsto no Regulamento n.º 515/2018, relacionado com a implementação de intervenções psicossociais estruturadas, individuais ou grupais, visando a inserção familiar, social e comunitária da pessoa com perturbação ou doença mental. Contribuíram também para a competência F3.4.5, uma vez que tiveram como finalidade aumentar competências e capacidades da pessoa, diminuir limitações no funcionamento social e favorecer a sua integração nos contextos de vida. Neste sentido, a intervenção psicossocial revelou-se essencial para compreender que a recuperação em saúde mental não se limita à redução de sintomas, envolvendo também a participação, a autonomia, a funcionalidade e a qualidade das relações interpessoais.

Formação em Serviço

No âmbito do EC em contexto de comunidade, dinamizei ainda uma formação em serviço intitulada “Comunicação terapêutica: a forma de comunicar influencia os cuidados que prestamos?” (Apêndice XLVII), dirigida à equipa multidisciplinar da ECSM. Esta intervenção teve como objetivo promover a reflexão e o desenvolvimento de competências comunicacionais que favorecessem uma prática de cuidados mais terapêutica, eficaz e humanizada, abordando conceitos de comunicação verbal e não verbal, estilos comunicacionais, barreiras à comunicação e estratégias de comunicação assertiva, bem como o papel da comunicação na prevenção e gestão da agressividade. A formação, com a duração de 60 minutos, recorreu a suporte audiovisual (apresentação em PowerPoint), discussão teórica, análise de casos práticos e *role play* em pequenos grupos, tendo sido aplicado no final um questionário de satisfação da formação (Apêndice XLVIII), que permitiu avaliar o impacto percebido pelos participantes e orientar futuras ações de melhoria contínua.

A formação em serviço constitui uma estratégia relevante de desenvolvimento profissional contínuo, permitindo atualizar conhecimentos, promover reflexão crítica sobre as práticas e favorecer a integração da evidência científica nos cuidados. A literatura salienta que o desenvolvimento profissional contínuo em enfermagem contribui para a melhoria dos conhecimentos, competências e padrões de cuidados, sendo percebido pelos enfermeiros como fundamental para a qualidade da prática e para a segurança das pessoas cuidadas (Mlambo et al., 2021). Embora a formação em serviço possa ser dinamizada por diferentes elementos da equipa de enfermagem, no âmbito da prática especializada esta assume particular relevância enquanto expressão do papel diferenciador do enfermeiro especialista. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, compete ao enfermeiro especialista desenvolver práticas de qualidade, colaborar em programas de melhoria

contínua e favorecer o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Neste sentido, a formação desenvolvida constituiu uma mais-valia para o crescimento e diferenciação da equipa, ao criar um espaço de partilha, treino e análise de situações clínicas relacionadas com a comunicação terapêutica e a gestão da agressividade. Esta atividade permitiu mobilizar competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, evidenciando o seu papel como dinamizador de processos formativos, promotor de boas práticas, facilitador da prática baseada na evidência e agente de mudança no contexto clínico. A escolha do tema resultou da identificação de uma necessidade relevante no contexto clínico, relacionada com a importância da comunicação terapêutica na relação com pessoas com doença mental, particularmente em situações de maior tensão emocional, resistência, ansiedade ou risco de comportamento agressivo. Neste sentido, a formação não constituiu apenas uma atividade pontual, mas uma estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados, ao procurar reforçar competências comunicacionais transversais à equipa, promover uma abordagem mais segura e humanizada e contribuir para a prevenção de situações de risco. A utilização de casos práticos e *role play* permitiu aproximar os conteúdos da realidade assistencial, favorecendo a reflexão sobre as respostas comunicacionais adotadas no quotidiano e a identificação de alternativas mais terapêuticas e eficazes. A avaliação da formação, através do questionário de satisfação e da participação ativa dos formandos, permitiu identificar ganhos ao nível da reflexão crítica sobre a comunicação terapêutica, da valorização da comunicação verbal e não verbal e da compreensão do seu impacto na prevenção e gestão de situações de agressividade. A participação de elementos de diferentes categorias profissionais revelou-se particularmente enriquecedora, uma vez que permitiu discutir a comunicação terapêutica como responsabilidade transversal da equipa e não apenas como competência individual do enfermeiro. Globalmente, esta formação permitiu consolidar competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente B2, ao colaborar no desenvolvimento de práticas de qualidade e melhoria contínua; B3, ao contribuir para um ambiente terapêutico e seguro; C1, ao favorecer a articulação e a resposta da equipa de saúde; e D2, em particular os critérios D2.1.1, D2.1.2, D2.1.3, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1 e D2.2.4, ao atuar como formadora em contexto de trabalho, identificar necessidades formativas, gerir uma atividade formativa, favorecer a aprendizagem da equipa, avaliar o impacto da formação e divulgar conhecimento sustentado na evidência científica.

Globalmente, o desenvolvimento das intervenções psicoeducacionais, psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e formativas constituiu uma oportunidade de aprendizagem significativa, permitindo-me compreender a exigência inerente à conceção, planeamento, execução e avaliação de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, conforme previsto no Regulamento n.º 515/2018. As intervenções desenvolvidas resultaram em ganhos ao nível do conhecimento, da autorregulação emocional, da participação ativa, da expressão emocional, da autoestima, da adesão terapêutica, das competências relacionais e da capacitação das pessoas para a gestão da sua condição de saúde mental. Estes ganhos foram identificados através da observação clínica, do feedback dos participantes, dos questionários de satisfação, das fichas de avaliação de conhecimentos, das grelhas de avaliação das sessões e das escalas validadas utilizadas ao longo dos EC. As intervenções desenvolvidas no âmbito desta competência permitiram consolidar a competência F4, relativa à prestação de cuidados psicoeducacionais, psicoterapêuticos, socioterapêuticos e psicossociais. As intervenções psicoeducacionais permitiram desenvolver a unidade F4.1, sobretudo na promoção da adesão terapêutica, literacia em saúde mental, capacitação para a gestão da doença e adaptação da intervenção à disponibilidade da pessoa para aprender. As intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas permitiram consolidar a unidade F4.2, ao promoverem insight, respostas adaptativas, expressão emocional, integração da experiência de sofrimento e vivência de experiências relacionais gratificantes. As intervenções psicossociais permitiram desenvolver a unidade F4.3, ao favorecerem competências sociais, comunicação, assertividade, autonomia e participação da pessoa nos seus contextos de vida. Este percurso permitiu compreender que a intervenção especializada do EEESMP exige planeamento estruturado, fundamentação científica, intencionalidade terapêutica, avaliação sistemática e capacidade de adaptação às necessidades da pessoa, grupo e contexto. Apesar dos ganhos alcançados, este percurso também me confrontou com dificuldades relevantes, nomeadamente a gestão da instabilidade clínica de algumas pessoas, a heterogeneidade dos grupos, a resistência inicial de alguns participantes, a necessidade de adaptar

linguagem e materiais ao nível de compreensão de cada pessoa, a gestão do tempo disponível e a exigência de avaliar de forma sistemática os resultados das intervenções. Estas dificuldades exigiram flexibilidade clínica, criatividade, capacidade de adaptação, supervisão e reflexão contínua sobre a prática. Perspetivando o futuro, reconheço a necessidade de aprofundar competências na definição prévia de indicadores de estrutura, processo e resultado, na utilização mais consistente de instrumentos de avaliação antes e após as intervenções, na integração da família sempre que adequado e consentido, e no aperfeiçoamento de técnicas psicoterapêuticas específicas. Este percurso reforçou a importância do planeamento estruturado, da avaliação sistemática, da fundamentação científica e da flexibilidade clínica na implementação de intervenções especializadas em saúde mental, evidenciando o papel do EEESMP enquanto profissional capaz de produzir ganhos em saúde, promover recovery e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Parte III

3. PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Para estruturar o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, optou-se pela utilização do ciclo de qualidade de *Deming* ou PDCA. Segundo Lontsikh *et al.* (2020) o PDCA é uma excelente ferramenta para ser utilizada pelo gestor do processo, pois permite o aumento da eficiência e eficácia no planeamento, análise e monitorização do processo de melhoria sobre o qual se pretende intervir.

3.1 PLAN

No ciclo de qualidade de *Deming*, a primeira etapa de um projeto de melhoria corresponde ao planeamento, no qual se analisam necessidades, se define o problema e se delineiam as estratégias de intervenção.

3.1.1 Identificar e descrever o problema

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 4 milhões de pessoas são submetidas a cirurgias todos os anos, sendo estimado que entre 50% e 75% dos pacientes possam apresentar algum grau de ansiedade ao longo desse processo (Medina-Garzón, 2019).

Numa revisão sistemática e meta-análise que incluiu 28 estudos e 14.652 participantes, a prevalência global de ansiedade pré-operatória em pessoas submetidas a cirurgia foi estimada em 48%, sendo aproximadamente quatro vezes mais provável em pessoas com medo de complicações (Abate *et al.*, 2020). Dados mais recentes indicam que até 30% das pessoas experienciam ansiedade relacionada especificamente com a anestesia, independentemente de se tratar de um procedimento eletivo ou emergente (Bello *et al.*, 2025).

Ansiedade é definida segundo o *International Council of Nurses* [ICN] (2019) como uma “emoção com características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”. Pode vir acompanhada de pânico, redução da autoconfiança, aumento da tensão muscular e da frequência cardíaca, palidez, sudorese excessiva, transpiração nas palmas das mãos, dilatação das pupilas e tremor na voz.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2015), aproximadamente 3,6% da população global sofre de perturbação de ansiedade, sendo esta, a sexta causa mais comum de perda de saúde, representando 3,4% dos anos de vida ajustados por incapacidade.

Segundo dados da *World Health Organization* (2017), em 2015, mais de 300 milhões de pessoas sofreram de depressão, o que corresponde a 4,4% da população mundial, sendo que o número de casos de perturbações de ansiedade foi quase igual. As perturbações de ansiedade são mais comuns entre as mulheres - 4,6% em comparação com 2,6% nos homens, a nível global.

Em 2017, o relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental publicado pela DGS, indicava que 21% da população portuguesa sofria de perturbação da ansiedade e 17% sofria de depressão. O maior registo de pessoas com perturbações de ansiedade encontra-se nas regiões do Centro e do Alentejo.

De acordo com os dados do Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde da Universidade de Washington, no estudo divulgado pela OCDE, indica que em 2019 as perturbações de ansiedade foram as mais frequentes, afetando cerca de 9 % da população, seguidas das perturbações depressivas, com 6 % e das perturbações associadas ao consumo de álcool e de drogas com 4 % (Comissão Europeia, 2023).

A ansiedade pode afetar negativamente os resultados da cirurgia, o controlo da dor, a segurança e a satisfação da pessoa submetida ao procedimento cirúrgico (Bello *et al.*, 2025). Níveis elevados de ansiedade podem levar ao aumento da atividade simpática, resultando em alterações fisiológicas que podem comprometer a indução anestésica e os resultados cirúrgicos (Ni *et al.*, 2023). Numa meta-análise realizada por Shebl *et al.* (2025), verificou-se que a ansiedade pré-operatória está associada a um aumento significativo das necessidades anestésicas e analgésicas, maior risco de delírio pós-operatório em adultos, tempos de recuperação prolongados e maior consumo de propofol, destacando a importância de estratégias de triagem e intervenção para mitigar esses efeitos.

A ansiedade é uma resposta comum na maioria dos indivíduos durante o período pré-operatório (Santos, 2019), independentemente do tipo de cirurgia envolvida (Pereira *et al.*, 2016). Essa resposta emocional é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo o medo do desconhecido, o tipo e a complexidade da cirurgia, experiências cirúrgicas anteriores — especialmente se negativas —, bem como sensação de perda de controle e o medo de estar vulnerável e sujeito às decisões dos profissionais de saúde (Gonçalves *et al.*, 2017; Ruiz-Hernández *et al.*, 2021; Cunha, 2011).

Vários fatores estão associados à ansiedade pré-operatória: fatores sociodemográficos, variáveis psicossociais e fatores relacionados com a cirurgia e a anestesia. A idade é uma variável relevante, sendo que crianças e idosos tendem a ser mais suscetíveis a níveis elevados de ansiedade antes da cirurgia (Eberhart *et al.*, 2020). O sexo também influencia: mulheres, em geral, apresentam níveis mais altos de ansiedade pré-operatória do que os homens (Gonçalves *et al.*, 2017).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, os dados da literatura são contraditórios. Alguns estudos referem que indivíduos com menor escolaridade demonstram maior ansiedade, frequentemente devido à dificuldade em compreender a informação médica, ao medo do desconhecido e à insegurança na tomada de decisões (Ay *et al.*, 2014). Por outro lado, há evidência de que pessoas com maior nível de instrução podem apresentar níveis mais elevados de ansiedade, possivelmente por terem maior consciência dos riscos e efeitos secundários associados à anestesia e à cirurgia (Khalili *et al.*, 2019). Este panorama reforça a importância da educação pré-operatória e da implementação de estratégias eficazes de gestão da ansiedade, que não só reduzem a ansiedade no pré e pós-operatório, como também contribuem para a diminuição das complicações cirúrgicas (Kalogianni *et al.*, 2016).

Além disso, perturbações de ansiedade preexistentes e a presença de comorbilidades estão fortemente associadas a níveis elevados de ansiedade no período perioperatório (Aminpour *et al.*, 2025; Jin *et al.*, 2015). A experiência prévia com cirurgias pode também influenciar a ansiedade: enquanto experiências positivas tendem a reduzir a ansiedade, experiências anteriores negativas, especialmente relacionadas com a anestesia, podem intensificá-la (Ay *et al.*, 2014; Cunha, 2011). Procedimentos considerados mais invasivos ou com riscos acrescidos são igualmente fatores de agravamento da ansiedade (Jin *et al.*, 2015).

O estudo realizado por Khalili *et al.* (2019) refere que pessoas solteiras, divorciadas ou viúvas apresentavam níveis mais elevados de ansiedade pré-operatória em comparação com as pessoas com um suporte familiar mais sólido, que consequentemente, têm uma maior capacidade de lidar com os seus medos e apreensões em relação ao procedimento cirúrgico.

Neste enquadramento, Salzmann *et al.* (2021), num estudo observacional com 1.000 pessoas, identificaram que 49,3% dos participantes reportaram ansiedade pré-operatória, sendo que 65% destes a percecionaram como emocionalmente perturbadora e 59% expressaram desejo de receber apoio do profissional de saúde para lidar com a sua ansiedade. Aloweidi *et al.* (2022), num estudo com 794 pessoas, corroboraram estes achados, evidenciando que 30,1% apresentavam níveis elevados de ansiedade pré-operatória, sendo o medo da dor pós-cirúrgica o fator mais frequentemente associado.

De acordo com a *scoping review* realizada por Oliveira *et al.* (2022), que teve como objetivo mapear o conhecimento existente sobre programas de psicoeducação para reduzir a ansiedade pré-operatória em adultos. As intervenções aplicadas incluíram psicoeducação associada a abordagens cognitivo-comportamentais, como técnicas de relaxamento, resolução de problemas e reestruturação cognitiva. A maioria dos estudos demonstrou que as intervenções foram eficazes na diminuição dos níveis de ansiedade.

De acordo com o regulamento nº 515/2018 do Diário da República, os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica assistem a pessoa ao longo do ciclo de vida, na otimização da saúde mental e possuem conhecimentos e competências para prestar cuidados psicoterapêuticos, sócio-terapêuticos, psicossociais e psicoeducativos, mobilizando o contexto e dinâmica. A ansiedade e o seu autocontrolo são áreas principais de intervenção do EESMP e constituem focos de intervenção dos enfermeiros, conforme definidos na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE, 2019).

Na revisão sistemática da literatura realizada por Sampaio *et al.* (2021) com o objetivo de mapear a literatura

sobre dados, diagnósticos e intervenções abordando o foco de enfermagem “ansiedade”, identificaram algumas intervenções de enfermagem que abordam de forma positiva diagnósticos no domínio do tratamento da ansiedade: intervenções educacionais, intervenções baseadas em música, psicoeducação, técnicas de relaxamento, técnicas de terapia cognitiva-comportamental, intervenções espirituais/religiosas, exercícios e cuidados de suporte intervenções de suporte.

A psicoeducação é uma competência especializada dentro da enfermagem de Saúde mental e psiquiátrica que se tem mostrado eficaz na redução da ansiedade pré-operatória e das complicações pós-operatórias (Oliveira *et al.*, 2024). O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica desempenha um papel fundamental de facilitador da interação, sendo uma peça-chave na aplicação de intervenções psicoeducativas (Fortes *et al.*, 2021). Essas intervenções visam ampliar o conhecimento, favorecer a compreensão e promover a gestão do processo de doença, ajudando a pessoa a desenvolver estratégias adequadas que contribuam para a preservação, melhoria e recuperação da sua saúde. A intervenção psicoeducativa combina suporte emocional e empowerment, auxiliando na gestão de expectativas e emoções. Ela contribui para mudar significados sobre doenças mentais, integrando abordagens psicoterapêuticas, estratégias didáticas e métodos sistemáticos de intervenção (Amaral *et al.*, 2021).

A scoping review realizada Oliveira *et al.*, (2022) sobre programas de psicoeducação para reduzir a ansiedade pré-operatória em adultos, foram incluídos 4 estudos na revisão. Os programas de psicoeducação são organizados em sessões individuais ou em grupo, desde que composto por participantes homogêneos, previamente estruturadas e com tempo delimitado. A sua duração varia entre 45 e 150 minutos, e o programa pode incluir entre uma e seis sessões, com a frequência variando de diária a semanal. A combinação de intervenções passivas (folhetos, vídeos) com intervenções ativas (sessões interativas com o enfermeiro) é recomendada, sempre com uma abordagem colaborativa com a pessoa (Fortes *et al.*, 2021; Sarkhel *et al.*, 2020).

Uma revisão sistemática conduzida por Strøm *et al.* (2018), com o objetivo de identificar fatores relacionados aos sintomas de ansiedade e depressão em adultos antes e após uma cirurgia espinhal, concluiu que a falta de informações foi um dos fatores que influenciaram esses sintomas. Dessa forma, os autores destacaram que as intervenções educacionais podem ser especialmente eficazes para reduzir os níveis de ansiedade.

Um estudo conduzido por Wang *et al.* (2022), teve como objetivo reunir e resumir, de maneira abrangente, as informações disponíveis na literatura científica a respeito das intervenções não farmacológicas para a ansiedade pré-operatória. Para isso, os autores analisaram os ensaios clínicos mais recentes de dez tipos diferentes de intervenções não farmacológicas. Entre as estratégias avaliadas, a terapia cognitivo-comportamental, a hipnose, a aromaterapia e a musicoterapia destacaram-se por apresentarem benefícios consistentes, capazes de reduzir significativamente a ansiedade pré-operatória e aumentar a satisfação das pessoas.

Mais recentemente, Salzmann *et al.* (2025), num ensaio clínico randomizado com 122 pessoas, demonstraram que uma intervenção breve, personalizada e baseada em informação — combinando uma conversa empática com um anestesiologista e, em alguns casos, um vídeo educativo — reduziu de forma estatisticamente significativa e clinicamente relevante a ansiedade relacionada com a anestesia e com a cirurgia, comparativamente à consulta pré-anestésica padrão. Estes resultados reforçam a importância de abordagens individualizadas na preparação pré-operatória, em consonância com a filosofia do programa CirurgicaMENTE.

Uma revisão sistemática realizada por Ibiapina *et al.* (2022), com o objetivo de Identificar e sintetizar as evidências de ensaios clínicos que avaliaram os efeitos da musicoterapia sobre os sintomas de ansiedade e de depressão em adultos com transtornos mentais, puderam concluir que a musicoterapia poderá ser uma potencial estratégia para reduzir a ansiedade e a depressão.

De acordo com Sampaio *et al.* (2021), algumas técnicas de relaxamento, como imagens guiadas, técnicas de respiração e relaxamento muscular têm resultados favoráveis na diminuição da ansiedade.

Em Portugal, existem diversos instrumentos de avaliação da ansiedade que foram validados para a nossa população. Neste sentido foi elaborada uma tabela, denominada Instrumentos de Avaliação de Ansiedade

validados para a população portuguesa (Tabela II), onde serão explanadas as escalas e as suas características.

Tabela II - Instrumentos de Avaliação de Ansiedade

Instrumento	Caraterísticas do instrumento
Inventário Estado Traço de Ansiedade (STAI)	Foi desenvolvido inicialmente em 1961 por Cattell e Scheir e depois Spielberger em 1972. Avalia tanto a ansiedade-estado (uma condição temporária caracterizada por tensão, apreensão e hiperatividade do sistema nervoso autónomo) quanto a ansiedade-traço (uma tendência geral de um indivíduo responder com ansiedade aos estímulos do ambiente). Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, composto por duas subescalas: ansiedade- estado e ansiedade-traço, sendo que cada uma delas contém 20 itens. A resposta a cada item é fornecida em uma escala ordinal de quatro pontos (Telles-Correia & Barbosa, 2009).
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	Esta escala foi criada por Zigmond e Snaith em 1983. Ela é composta por duas subescalas: uma destinada à avaliação da ansiedade e outra à avaliação da depressão, sendo cada subescala formada por sete itens. As duas subescalas são avaliadas separadamente. É um instrumento de autopreenchimento e cada item é respondido pela pessoa em uma escala ordinal de quatro pontos (0 – inexistente, 3 – muito grave). Apenas a HADS está validada especificamente para a população médica (Telles-Correia & Barbosa, 2009).
<i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i> (DASS)	A <i>Depression, Anxiety and Stress Scale</i> (DASS) foi construída por Lovibond e Lovibond, em 1995, para avaliar sintomas de ansiedade, depressão e stresse. É composta por 42 itens distribuídos por três subescalas, cada uma contendo 14 itens, com respostas dadas numa escala de Likert de 4 pontos, que varia de 0 (não se aplicou de maneira alguma) a 3 (aplicou-se muito ou na maioria do tempo). A DASS-21, versão reduzida da DASS, é constituída por 21 itens organizados em três subescalas (depressão, ansiedade e stresse), cada uma com sete itens. Em Portugal, a versão portuguesa da DASS-21, designada Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse de 21 itens (EADS-21), foi adaptada e estudada por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004).
Inventário de Ansiedade de Beck	Em 1993, Beck criou e desenvolveu o Inventário de Ansiedade de Beck constituído por 21 questões de autorresposta de escolha múltipla usada para detetar e quantificar a gravidade da ansiedade em quatro níveis: nível mínimo de ansiedade, ansiedade ligeira, ansiedade moderada ou ansiedade grave.
Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung	Foi construída por William Zung em 1971. A escala é de auto preenchimento, constituída no total por 20 questões. Cada questão é pontuada numa de 1 a 4, de acordo com a frequência de cada sintoma (Sequeiros, 2009).

Escala <i>General Anxiety Disorder-7</i> (GAD-7)	É um instrumento proposto por Spitzer et al. (2006), composto por 7 perguntas, com uma escala de pontuação que vai de 0 a 3 pontos por pergunta, totalizando no máximo 21 pontos, conforme a gravidade dos sintomas. A versão portuguesa da GAD-7 foi adaptada e validada por uma equipa liderada por Tiago Sousa, entre outros autores (Sousa <i>et al.</i>, 2015).
--	--

Fonte: elaboração própria

A escala de avaliação de Ansiedade de Hamilton, é um instrumento de hetero-avaliação, desenvolvido originalmente por Max Hamilton em 1959. Foi uma das primeiras escalas com objetivo de avaliar a gravidade da ansiedade percebida, isto é, enquanto sintomas somáticos e psíquicos. Contém 14 itens de sintomas, sendo atribuído a cada um deles a pontuação entre zero e quatro pontos, em que zero corresponde a ausente, um a ligeiro, dois a moderado, três a grave e quatro a muito grave. Por fim, a análise final traduz uma ansiedade que pode ser qualificada entre ansiedade ligeira, ansiedade ligeira-moderada, ansiedade moderada-grave. Não está publicada a validação/adequação desta escala para a população portuguesa (Santos, 2021).

Sendo o objetivo deste estudo, avaliar o impacto da intervenção do EESMP na ansiedade de pessoas com cirurgia eletiva, coloca-se desta forma, a seguinte questão de investigação: Qual o impacto da intervenção do EESMP na diminuição da ansiedade na pessoa submetido a cirurgia eletiva?

3.1.2 Formulação de objetivos iniciais/causas

Após o enquadramento teórico do problema, os objetivos iniciais definidos deste projeto de melhoria contínua são:

- Avaliar a ansiedade das pessoas submetidas a cirurgia eletiva;
- Avaliar o impacto da intervenção do EESMP em consulta pré-operatória de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na ansiedade dos participantes.

Para perceber as causas associadas ao problema identificado, foi utilizado o diagrama de Ishikawa, também conhecido como diagrama de causa-efeito ou espinha de peixe. Esta ferramenta é amplamente utilizada em processos de melhoria contínua da qualidade, uma vez que permite organizar, de forma visual e sistemática, as causas potenciais de um problema, facilitando a definição de áreas prioritárias de intervenção (Harel et al., 2016). No presente projeto, a construção do diagrama resultou de uma dinâmica de brainstorming realizada com enfermeiros e médicos da equipa do serviço onde o PMCQCE seria implementado, permitindo integrar a perceção dos profissionais diretamente envolvidos no percurso assistencial da pessoa submetida a cirurgia eletiva.

Figura 1 - Diagrama de Ishikawa : Ansiedade no doente cirúrgico



Fonte: elaboração própria

A análise das causas através do diagrama de Ishikawa (Fig. 1) permitiu compreender que a ansiedade na pessoa em processo cirúrgico resulta de fatores multifatoriais, relacionados não apenas com características individuais da pessoa, mas também com aspetos profissionais, ambientais, metodológicos, instrumentais e organizacionais. Ao nível dos profissionais, identificaram-se necessidades relacionadas com a formação na área da ansiedade, a utilização de linguagem excessivamente técnica e a motivação para a intervenção nesta área. Ao nível do ambiente, destacaram-se fatores como a falta de privacidade, o ruído, a iluminação hospitalar, a ausência de rede de apoio de algumas pessoas e o contacto com um ambiente hospitalar desconhecido. Relativamente à pessoa, evidenciaram-se o desconhecimento, a insegurança face à cirurgia, a ausência de estratégias de gestão da ansiedade e a existência de antecedentes de ansiedade ou depressão. No domínio do método e dos instrumentos, salientaram-se a ausência de intervenções especializadas de gestão da ansiedade, a psicoeducação insuficiente sobre a cirurgia e a inexistência de escalas de avaliação da ansiedade no serviço. Por fim, ao nível da cultura organizacional, identificou-se a inexistência de uma prática sistematizada de desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade e investigação nesta área. Esta análise foi determinante para a construção do PMCQCE, uma vez que permitiu transformar as causas identificadas em áreas de intervenção concretas. Assim, o programa CirurgicaMENTE foi estruturado como uma resposta breve, especializada e centrada na pessoa, integrando psicoeducação, comunicação terapêutica, estratégias de gestão da ansiedade e utilização de instrumentos de avaliação. Desta forma, o projeto procurou responder às causas modificáveis identificadas no contexto clínico, contribuindo para a preparação emocional da pessoa submetida a cirurgia eletiva e para a valorização do papel do EEESMP na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para o estudo da viabilidade do projeto no contexto específico onde foi implementado foi essencial realizar uma análise SWOT (Fig.2) através da dinâmica de *brainstorming* com alguns psiquiatras e equipa de enfermagem. Segundo Gürel & Tat (2017) é uma ferramenta que permite analisar de forma simplificada as forças (*strengths*), fraquezas (*weaknesses*), oportunidades (*opportunities*) e ameaças (*threats*) de um determinado problema, considerando como fatores internos as forças e fraquezas, e como fatores externos as oportunidades e ameaças. Esta análise inicial possibilita o desenvolvimento de estratégias, pois permite antecipar alguns riscos e problemas a serem resolvidos.

Figura 2 - Análise SWOT para estudo da viabilidade do projeto



Fonte: elaboração própria

A análise SWOT (Fig. 2) permitiu avaliar de forma mais concreta a viabilidade do PMCQCE no contexto onde seria implementado. Como forças internas, destacaram-se a existência de uma equipa de enfermagem dinâmica e disponível para a implementação de mudanças, a identificação de uma necessidade real de desenvolver projetos no serviço, a motivação para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e o incentivo da chefia de enfermagem à implementação de novas iniciativas. Estes aspetos constituíram fatores facilitadores para o desenvolvimento do programa CirurgicaMENTE, ao criarem condições favoráveis à aceitação de uma intervenção especializada dirigida à ansiedade pré-operatória. Por outro lado, foram identificadas fragilidades internas relevantes, nomeadamente a sobrecarga de trabalho da equipa, o número reduzido de enfermeiros, a articulação ainda pouco integrada entre equipas de diferentes serviços do mesmo hospital e o risco de reduzido envolvimento por parte dos participantes. Estes elementos exigiram que o projeto fosse planeado de forma realista, breve, estruturada e compatível com os recursos disponíveis. Relativamente aos fatores externos, a SWOT evidenciou oportunidades importantes, nomeadamente a possibilidade de melhorar os resultados gerais da cirurgia eletiva, desenvolver um projeto inovador na área da saúde mental e criar uma intervenção com potencial de expansão para outros serviços. Como ameaça principal, identificou-se a eventual demora na autorização para a implementação do PMCQCE, fator que poderia condicionar o calendário de execução e a recolha de dados. Assim, esta análise permitiu concluir que, apesar dos constrangimentos organizacionais identificados, o projeto era pertinente e viável, desde que sustentado numa intervenção exequível, articulada com a equipa, ajustada ao percurso pré-operatório e avaliada através de instrumentos que permitissem tornar visíveis os ganhos obtidos.

3.1.3 Operacionalização das variáveis

Após a definição da questão de investigação e dos objetivos, surgem as variáveis, que segundo Duarte, Gonçalves, & Sequeira (2022) são características observáveis e mensuráveis e podem ser classificadas de acordo com o seu papel no estudo e com a escala de medição.

A variável dependente “é a que se espera observar como resultado das outras variáveis do estudo” (Duarte, Gonçalves, & Sequeira, 2022, p.38) sendo neste estudo a ansiedade pois é o que se pretende avaliar como resultado da intervenção.

As variáveis independentes são “as que podem ou não influenciar o resultado da variável dependente” (Duarte, Gonçalves, & Sequeira, 2022, p.38) que neste estudo considera-se a intervenção EESMP no período pré-operatório.

Por sua vez, as variáveis categóricas “representam uma qualidade ou atributo e classificam cada indivíduo em diferentes níveis ou categorias” (Duarte, Gonçalves, & Sequeira, 2022, p.38). Neste estudo, considera-se: a idade, o sexo, as habilitações literárias, o agregado/suporte familiar, a experiência cirúrgica prévia, o nível de conhecimento em relação ao procedimento cirúrgico e a presença de comorbidades.

3.1.4 População e amostra

Duarte, Gonçalves, & Sequeira (2022) descrevem três tipos de populações: a população- alvo, a população de origem e a população de estudo ou amostra.

“A população-alvo é aquela em que são aplicáveis os resultados do nosso estudo. A população de origem representa uma parte da população-alvo, a partir da qual serão selecionados os participantes do estudo. A população de estudo inclui o conjunto de indivíduos que, finalmente participarão no estudo” (Duarte, Gonçalves, & Sequeira, 2022, p.33).

A população envolvida neste estudo abrangeu as pessoas com Cirurgia eletiva programada na ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Na impossibilidade de estudar todas as pessoas neste contexto, tornou-se imprescindível a definição de uma amostra, que segundo Duarte, Gonçalves, & Sequeira (2022), deve ser representativa da população de origem, bem como da população alvo, e deve ter um tamanho determinado. Para haver esta representatividade, deve ser garantida a definição de critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão foram considerados ter idade igual ou superior a 18 anos; pertencer à área de influência ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo onde foi implementado o estudo; capacidade de ler e escrever fluentemente em português; e ter proposta para cirurgia eletiva no período decorrente do estudo. São excluídas as pessoas que não cumpram algum destes critérios ou que não manifestaram vontade de participar.

Neste sentido, considera-se que se trata de uma amostra não probabilística por acessibilidade porque os elementos que compõem a amostra serão selecionados com base na consulta do mapa operatório, na referenciação da consulta de anestesia pré-operatória e de acordo com os critérios de inclusão.

3.1.5 Instrumento de recolha dos dados

A fim de proceder à recolha dos dados, no presente estudo foram criados dois questionários, que segundo Duarte, Gonçalves, & Sequeira (2022), é uma ferramenta estruturada frequentemente utilizada nos estudos primários para obter dados dos participantes, tendo como principal objetivo minimizar os erros de medida das variáveis mais relevantes do estudo e facilitar a análise subsequente dessas variáveis.

O primeiro questionário é o questionário pré-teste e será aplicado na sessão 0 às pessoas que cumpram os critérios de inclusão e exclusão. A primeira parte do questionário corresponde à colheita de dados sobre as características sociodemográficas (apêndice XLIX), da amostra e na segunda parte, através da escala “General Anxiety Disorder-7”(anexo I), avaliamos o nível de ansiedade da pessoa naquele momento. O segundo pós-teste será aplicado na sessão 3, e é constituído pela Escala GAD-7.

Através da GAD-7, uma escala traduzida e validada por Sousa *et al.* (2015), os participantes indicam com que frequência, na última semana, se sentiram afetados pelos seguintes aspectos: 1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou irritado/a; 2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações; 3. Preocupar-se muito com diversos assuntos; 4. Dificuldade em relaxar; 5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a; 6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a; 7. Sentir medo como se algo terrível fosse acontecer. As respostas são dadas numa escala Likert de 4 pontos, que varia de “raramente” a “quase todos os dias”. O índice GAD-7 é obtido através da soma das pontuações do questionário, permitindo classificar a ansiedade em nenhuma/ normal (0-4); leve (5-9); moderada (10-14); e severa (15-21). Esta escala demonstrou ter uma consistência interna muito boa ($\alpha=.911$) (Sousa *et al.*, 2015).

De salientar que para cada participante foi atribuído um código alfanumérico, assegurando o anonimato e permitindo a associação das respostas nos dois momentos de avaliação.

No instrumento de colheita dos dados sociodemográficos das pessoas, a idade foi avaliada através de uma questão aberta. Quanto ao sexo, foi avaliada por resposta do tipo dicotómica (masculino e feminino). A variável habilitações literárias apresentava seis possibilidades de resposta: 4º ano, 6º ano, 9º ano, ensino secundário, licenciatura e outra com resposta aberta. Relativamente à variável com quantas pessoas vive poderiam escolher viver sozinho, ou viver com 1, 2, 3 ou mais pessoas. Relativamente a presença de antecedentes pessoais, foi avaliada por resposta do tipo dicotómica (sim e não). Se a resposta for sim, terá que assinalar quais os antecedentes dentro de 9 possibilidades de resposta e apresenta também uma resposta aberta, onde a pessoa pode escrever a resposta, caso não esteja descrita no questionário. A experiência cirúrgica prévia foi avaliada através de resposta dicotómica sim/não. O nível de conhecimento foi avaliado por uma questão que permitia uma de três respostas: insuficiente, suficiente e mais do que o necessário. Relativamente à questão para avaliar o grau de preocupação relativamente à cirurgia, havia quatro possibilidades de resposta: muito preocupado(a), preocupado(a), pouco preocupado(a) ou nada preocupado(a). Quanto à avaliação do conhecimento de estratégias para lidar com a ansiedade antes da cirurgia foi avaliada por resposta do tipo dicotómica (sim/não), e por fim, à questão "Quais dessas estratégias de gestão da ansiedade você já utiliza ou conhece?" há a possibilidade de múltiplas escolhas, em que a pessoa pode selecionar todas as opções que se aplicam a questão e apresenta também uma resposta aberta, onde a pessoa pode descrever outras estratégias que utiliza ou conhece.

Para além destes instrumentos, foram ainda construídos dois questionários de satisfação, especificamente para este estudo, com o objetivo de avaliar a perceção das pessoas relativamente à intervenção de enfermagem especializada. O Questionário de Satisfação da Sessão (apêndice L), aplicado no final de cada sessão do programa, integra itens em escala de *Likert* sobre a clareza e relevância dos conteúdos, a metodologia utilizada, a organização e os recursos, bem como uma questão de avaliação global da sessão e um espaço aberto para comentários, críticas e sugestões. O Questionário de Satisfação do Programa (apêndice LI), aplicado na última sessão, apresenta estrutura semelhante, mas focaliza a avaliação global do CirurgicaMENTE, permitindo recolher a perceção de utilidade, aceitação e impacto subjetivo do programa.

3.1.6 Avaliação da qualidade (Heather Palmer)

Após a perceção das causas deste projeto, iniciou-se a preparação do estudo segundo as etapas identificadas por Heather Palmer (OE, 2013) para a avaliação da qualidade que se encontram na tabela seguinte.

Tabela III - Avaliação da qualidade (Heather Palmer)

CHECK-LIST PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE	
Dimensão estudada	✓ Eficácia - avaliar se as intervenções implementadas são eficazes na redução da ansiedade e na promoção de uma recuperação física e emocional satisfatória ✓ Adequação técnico científica - resultados obtidos tendo em conta os recursos e conhecimentos científicos ✓ Satisfação/aceitabilidade - Avalia a satisfação dos participantes com a intervenção do EESMP em relação ao suporte emocional, educacional e social fornecido, bem como a perceção deles sobre a melhoria do seu estado emocional e físico. ✓ Acessibilidade – programa fica acessível para ser consultado e utilizado por outros profissionais.
Unidades de estudo	✓ Pessoas adultos da área de influência da ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo onde o estudo foi implementado, com existência de proposta para cirurgia eletiva no período de realização do estudo; ✓ 1 psiquiatra, 1 enfermeira, 1 psicólogo ✓ Período que se avalia: outubro de 2025 a março de 2026
Tipos de dados (Donabedian)	✓ Estrutura: salas adequadas para sessões de psicoeducação, material educativo (folhetos), planos de psicoeducação, recursos de suporte social e redes de apoio aos pessoas durante o período pré e pós-operatório, ferramentas e plataformas digitais. ✓ Processo: nº de consultas realizadas; Taxa de participação nas sessões de intervenção. ✓ Resultados: Avaliar redução da Ansiedade (através de escala); Relato de satisfação por parte da pessoa e através de questionários de satisfação para os participantes.
Fonte de dados	✓ Histórias clínicas ✓ Entrevistas ✓ Escalas Psicométricas e Questionários Validados ✓ Questionário de satisfação do programa
Tipo de avaliação	✓ Interna – é executada por profissionais da própria instituição auditada, de forma a avaliar o impacto da intervenção na diminuição da ansiedade na pessoa cirúrgico. O enfermeiro responsável pela intervenção avalia a eficácia da sua intervenção e ajusta a abordagem conforme necessário, baseado no feedback dos próprios pessoas e na avaliação dos níveis de ansiedade antes e depois da intervenção. ✓ Externa – é executada por EESMP.

Critérios de avaliação	✓ Critérios implícitos: • Avaliação do conhecimento da pessoa acerca de estratégias de gestão da ansiedade através de entrevista e questionário prévio; ✓ Critérios explícitos • Avaliação da redução dos níveis de ansiedade dos pessoas cirúrgicos; • Avaliação da satisfação das pessoas; ✓ Condições a cumprir pelos critérios: • Mensuráveis: Sim, os questionários serão realizados com base em escalas; • Adaptados para o local: Sim, em contexto de serviço consulta externa de psiquiatria • Priorizados: Sim, por ser um assunto de relevância na enfermagem ✓ Baseados na evidencia (investigação): Sim, este estudo é baseado em evidência científica, com revisão da literatura.
Colheita de Dados	✓ O investigador que realiza o projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados. ✓ Questionário pré-teste – a aplicar na sessão 0 ✓ Questionário pós-teste – a aplicar na sessão 3. ✓ Escala GAD-7 ✓ Questionário de satisfação da sessão
Relação Temporal	✓ Avaliação prospetiva
Definição da população e seleção da amostra	✓ A população envolvida neste estudo abrangeu as pessoas com Cirurgia eletiva programada na ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo. ✓ Amostra não probabilística por acessibilidade - As pessoas foram selecionadas com base no encaminhamento via email dos números de processo por parte das administrativas da cirurgia, acordo com os seguintes critérios: • Critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, pertença à área de influência da ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo onde o estudo foi implementado, capacidade de ler e escrever fluentemente em português e existência de proposta para cirurgia eletiva no período de realização do estudo; • Critérios de exclusão: pessoas que não cumpram algum dos critérios de inclusão ou que não manifestem vontade de participar;
Medidas corretivas passíveis de ser usadas	✓ Medidas educacionais: • Aplicação de intervenções especializadas em saúde mental a pessoas com Cirurgia eletiva programada na ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo, a decorrer em 4 sessões, a aplicar entre outubro de 2025 e março de 2026. ✓ Mudanças estruturais: • Implementação do programa na Consulta Externa de Psiquiatria da ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

3.1.7 Procedimentos ético-formais

A condução de qualquer estudo que envolva pessoas exige o cumprimento rigoroso de princípios éticos que garantam a proteção, a dignidade e os direitos dos participantes. Neste sentido, foram assegurados todos os procedimentos formais e éticos antes do início da recolha de dados.

O presente estudo foi apresentado à Direção de Enfermagem, ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética da instituição, tendo sido obtida aprovação prévia à sua implementação (Apêndice LII). A obtenção deste parecer favorável constituiu uma condição indispensável ao início de qualquer procedimento de recolha de dados junto dos participantes.

Foi igualmente solicitada autorização formal aos autores da versão portuguesa da escala GAD-7, traduzida e validada por Sousa et al. (2015), para a sua utilização no presente estudo. A referida autorização foi concedida (Apêndice LIII), garantindo o respeito pelos direitos de propriedade intelectual do instrumento.

Todos os participantes foram previamente informados, de forma clara e acessível, sobre os objetivos do estudo, os procedimentos envolvidos, os potenciais benefícios e riscos, bem como sobre o carácter voluntário da sua participação e o direito de desistência em qualquer momento, sem que daí resultasse qualquer tipo de prejuízo na prestação de cuidados. O consentimento informado, livre e esclarecido foi obtido por escrito, mediante assinatura do respetivo formulário, previamente à recolha de qualquer dado (Apêndice LIV). A confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes foram assegurados através da atribuição de um código alfanumérico a cada pessoa, impossibilitando a sua identificação. Os dados obtidos foram utilizados exclusivamente no contexto deste estudo, que decorreu entre novembro de 2025 e março de 2026.

3.2 DO - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA CIRURGICAMENTE

Na segunda etapa do ciclo PDCA procede-se à operacionalização do plano, definindo-se os objetivos gerais e específicos, os indicadores que serão utilizados para monitorizar o progresso e o cronograma de atividades a desenvolver.

O programa CirurgicaMENTE – Programa Psicoeducativo em Enfermagem para a redução da ansiedade na pessoa no período pré-operatório – foi concebido e implementado no contexto da Consulta Externa de Psiquiatria de uma ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

O objetivo geral do programa consistiu em avaliar a eficácia da intervenção especializada de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na redução da ansiedade em pessoas submetidas a cirurgia eletiva.

Foram definidos como objetivos específicos:

- Reduzir a ansiedade pré-operatória, avaliando a ansiedade das pessoas antes e após a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP).
- Analisar os padrões de pensamento negativo das pessoas e a eficácia das estratégias de intervenção para melhorar os mecanismos de *coping* durante o período pré-operatório.
- Proporcionar um espaço seguro para as pessoas expressarem medos e emoções relacionados com a cirurgia.

3.2.1 Descrição do programa CirurgicaMENTE

O programa CirurgicaMENTE foi concebido como uma intervenção psicoeducativa breve, estruturada e individual, dirigida a pessoas adultas submetidas a cirurgia eletiva, com o objetivo de reduzir a ansiedade pré-operatória e promover estratégias de autorregulação emocional no período que antecede a cirurgia.

Do ponto de vista teórico, o programa CirurgicaMENTE foi sustentado na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, uma vez que a intervenção se desenvolveu a partir da relação terapêutica entre enfermeiro e pessoa, entendida como instrumento central de cuidado. Esta perspetiva permitiu compreender que a preparação emocional para a cirurgia não se limita à transmissão de informação, exigindo comunicação terapêutica, escuta ativa, empatia, validação emocional e participação da pessoa na identificação das suas

necessidades e estratégias de coping (Mersha et al., 2023; Hall & Shearer, 2025). Neste sentido, a intervenção do EEESMP no CirurgicaMENTE assumiu uma dimensão relacional e estruturada, permitindo acolher medos e incertezas associados à cirurgia, promover literacia em saúde mental, apoiar a identificação e reestruturação de pensamentos automáticos disfuncionais e treinar estratégias de autorregulação. A utilização deste referencial teórico reforça a coerência do programa, ao evidenciar que a relação terapêutica foi o eixo organizador da intervenção e um elemento essencial para produzir ganhos na vivência pré-operatória da pessoa. A ansiedade pré-operatória foi compreendida, neste programa, não apenas como um sintoma isolado, mas como uma resposta humana complexa, com expressão cognitiva, emocional e fisiológica, que pode interferir na forma como a pessoa vivencia a cirurgia, adere às orientações pré-operatórias e mobiliza recursos para lidar com o processo cirúrgico. Por este motivo, a intervenção desenvolvida procurou ir além da informação técnica sobre o procedimento, integrando psicoeducação, estratégias cognitivo-comportamentais breves, treino de respiração diafragmática e promoção de estratégias de *coping*. A evidência científica tem demonstrado que intervenções psicoeducativas no período pré-operatório podem contribuir para a redução da ansiedade, sobretudo quando combinam informação clara, envolvimento ativo da pessoa, estratégias de autorregulação e técnicas de relaxamento (Oliveira et al., 2022; Wang et al., 2022).

Neste enquadramento, a psicoeducação assumiu-se como uma competência especializada do EEESMP, ao permitir capacitar a pessoa para compreender a ansiedade pré-operatória, reconhecer sinais e sintomas, identificar pensamentos disfuncionais e mobilizar estratégias de autorregulação emocional. O CirurgicaMENTE reforça, assim, a necessidade e a importância da integração do EEESMP no contexto perioperatório, uma vez que este profissional possui competências diferenciadas para avaliar respostas humanas associadas à ansiedade, estabelecer uma relação terapêutica segura e implementar intervenções estruturadas, centradas na pessoa e orientadas para ganhos em saúde. Deste modo, o programa alinha-se com os focos de atenção em enfermagem e com as competências específicas do EEESMP, nomeadamente no domínio da prestação de cuidados psicoeducacionais e de suporte à adaptação da pessoa aos processos de transição saúde-doença (Regulamento n.º 515/2018; Regulamento n.º 356/2015).

O CirurgicaMENTE foi estruturado em quatro sessões individuais, da sessão 0 à sessão 3, com duração entre 35 e 60 minutos cada, realizadas semanalmente, em regime presencial, na sala de enfermagem da Consulta Externa de Psiquiatria da ULS. Todas as sessões foram dinamizadas pela estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística por acessibilidade, com definição prévia de critérios de inclusão e de exclusão. A população-alvo integrou pessoas que cumpriam cumulativamente os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos, pertença à área de influência da ULS da Região de Lisboa e Vale do Tejo onde o estudo foi implementado, capacidade de ler e escrever fluentemente em português e existência de proposta para cirurgia eletiva no período de realização do estudo. Foram excluídas as pessoas que não preenchiam algum destes critérios ou que não manifestaram vontade de participar, não tendo, por esse motivo, prestado consentimento informado, livre e esclarecido.

3.2.2 Estrutura das Sessões

No âmbito da preparação das sessões, as assistentes administrativas do serviço de cirurgia enviavam, semanalmente a lista das pessoas com proposta para cirurgia eletiva, contendo o número de processo clínico e os contactos associados. Com base nessa informação, procedia-se ao contacto telefónico com cada pessoa, com o objetivo de realizar uma primeira abordagem à presença de ansiedade, através de questões abertas sobre medos, preocupações e sintomas emocionais e físicos, e de agendar consulta de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica antes da data da cirurgia (sessão 0).

Sessão 0 – “Primeiros Passos: Compreender a Ansiedade”

A sessão 0 (apêndice LV) tem como finalidade estabelecer o primeiro contacto terapêutico, promover a literacia em saúde mental sobre a ansiedade e favorecer o reconhecimento de sintomas ansiosos relacionados com a cirurgia. Os objetivos específicos desta sessão são: realizar a anamnese, estabelecer *rapport*, esclarecer os objetivos do programa e obter o consentimento informado, livre e esclarecido.

Na sessão 0 procede-se ao acolhimento da pessoa, à apresentação e à confirmação dos critérios de inclusão e exclusão. Em seguida, explica-se de forma clara o objetivo da intervenção e lê-se o consentimento informado, esclarecendo dúvidas antes da assinatura. Depois aplica-se a escala GAD-7, em momento de pré-teste, e solicita-se o preenchimento do questionário sociodemográfico. Posteriormente, realiza-se uma intervenção psicoeducativa, com entrega e exploração de um folheto informativo sobre ansiedade pré-operatória (apêndice LVI). No final, propõe-se uma tarefa para casa, convidando a pessoa a observar e registrar os pensamentos mais recorrentes associados à ansiedade e às preocupações com a cirurgia, para serem trabalhados na sessão seguinte. No final da sessão, é solicitado o preenchimento do questionário de satisfação da sessão.

Sessão 1 – “Mente Alerta: Explorar e Desafiar Pensamentos Automáticos”

Na sessão 1 (apêndice LVII) realiza-se uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem baseada na TCC, centrada na reestruturação cognitiva de pensamentos automáticos disfuncionais relacionados com a cirurgia. O objetivo geral desta sessão é promover a identificação, a análise crítica e a modificação desses pensamentos, favorecendo a construção de respostas mais adaptativas. A sessão inicia-se com a exploração da tarefa de casa da sessão 0, promovendo a partilha dos pensamentos ansiosos registados. Utiliza-se o questionamento socrático para favorecer a reflexão e a flexibilização cognitiva. Introduce-se a tabela “O Meu Registo de Pensamentos” (apêndice LVIII) e preenche-se em conjunto com a pessoa, relacionando situações, pensamentos automáticos, emoções e respostas alternativas mais realistas. Para cada pensamento identificado constroem-se respostas adaptativas, reforçando a ligação entre cognições, emoções e comportamentos. No final, propõe-se a continuação do registo ao longo da semana, com aplicação autónoma das estratégias de reestruturação cognitiva no quotidiano, recorrendo à tabela fornecida. No final da sessão, é solicitado o preenchimento do questionário de satisfação da sessão.

Sessão 2 – “Respirar e Agir: Estratégias de Gestão da Ansiedade”

Na sessão 2 (apêndice LIX) o foco é o treino de técnicas de gestão fisiológica da ansiedade através da respiração diafragmática. Os objetivos desta sessão são reduzir a ativação fisiológica associada à ansiedade e promover uma sensação de relaxamento. A sessão inicia-se com um breve acolhimento e revisão da tarefa de casa da sessão 1. Em seguida, apresenta-se o cartão da técnica de respiração diafragmática (apêndice LX), que contém a explicação passo a passo da técnica e um “termómetro do relaxamento” para registo do nível de ansiedade no próprio dia. Explica-se como a pessoa deve assinalar, nesse termómetro, a intensidade da ansiedade antes e após o treino realizado na sessão. Posteriormente, ensina-se e treina-se a técnica de respiração diafragmática, em posição confortável (sentado ou deitado na marquesa), com música relaxante de fundo, garantindo que a pessoa compreende o ritmo e a forma de execução. No final, entrega-se a ficha “O Meu Diário de Atividades” (apêndice LXI) destinados ao registo em casa e incentiva-se a prática diária da técnica durante cerca de 5 minutos ao longo da semana. No final da sessão, é solicitado o preenchimento do questionário de satisfação da sessão.

Sessão 3 – “Reflexão e Encerramento”

A sessão 3 (apêndice LXII) é a sessão de encerramento do programa e tem como objetivos avaliar o impacto global das intervenções e consolidar as estratégias aprendidas. Em particular, pretende-se avaliar a evolução do nível de ansiedade através da reaplicação da GAD-7, promover a reflexão sobre a experiência nas sessões e recolher feedback acerca da utilidade percebida do programa. A sessão inicia-se com um momento de acolhimento e uma breve revisão das atividades realizadas desde a sessão anterior. Depois reaplica-se a escala GAD-7 (pós-teste) e aplica-se o questionário de satisfação do programa. No final, resume-se os principais pontos trabalhados ao longo das sessões, reforçam-se as estratégias identificadas como mais úteis, esclarecem-se dúvidas remanescentes e procede-se ao encerramento formal da intervenção, agradecendo a participação.

3.2.3 Cronograma de tarefas/atividades

O desenvolvimento do projeto de melhoria contínua exige organização das diferentes etapas. Assim, foi elaborado um cronograma de tarefas/atividades que contempla os momentos de preparação, implementação

do programa CirurgicaMENTE e divulgação dos resultados, permitindo monitorizar temporalmente a execução do projeto, que se encontra na tabela IV.

Tabela IV - Cronograma de tarefas/atividades do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

	Fev 202 5	Mar 202 5	Abr 202 5	Mai 202 5	Jun 202 5	Jul 2025	Ago – Out 2025	Nov 2025	Dez 2025	Jan 2026	Fev 2026	Mar 2026
Pedido de permissão do uso de Escalas validadas para a população portuguesa												
Elaboração do Programa												
Apresentação do Projeto à Direção de Enfermagem, Conselho de Administração e Comissão de Ética												
Aplicação do Programa “CirurgicaMENTE”												
Divulgação dos resultados da Implementação do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados												

Fonte: elaboração própria

3.2.4 Metodologia do estudo

O estudo que acompanha a implementação do programa CirurgicaMENTE assume um desenho de estudo pré-experimental, de grupo único, com avaliação pré e pós-intervenção, centrado na avaliação do impacto de uma intervenção especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na ansiedade pré-operatória.

Dada a natureza emparelhada dos dados, resultante da avaliação dos mesmos participantes em dois momentos distintos (pré e pós-intervenção), a comparação dos escores do GAD-7 foi realizada através do teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas. A opção por este procedimento não paramétrico prendeu-se com a reduzida dimensão amostral do estudo, a qual limita a robustez da verificação dos pressupostos exigidos pelos testes paramétricos, nomeadamente o da normalidade das diferenças emparelhadas.

Assim, privilegiou-se a utilização de um método estatístico mais conservador e menos dependente da forma da distribuição dos dados, adequado à análise de medidas repetidas em amostras pequenas. A interpretação dos resultados foi complementada com estatísticas descritivas, incluindo medidas de tendência central e dispersão, de modo a proporcionar uma apreciação mais completa das variações observadas entre os dois momentos de avaliação.

3.3 CHECK

No ciclo de qualidade de Deming, a terceira etapa corresponde à verificação dos resultados obtidos com a implementação do projeto. Nesta fase procedeu-se à análise das pontuações da GAD-7 nos momentos pré e pós-intervenção e à exploração dos questionários de satisfação aplicados após cada sessão e no final do programa. Esta verificação permitiu avaliar em que medida os objetivos definidos na fase PLAN foram alcançados, identificando simultaneamente aspetos fortes da intervenção e áreas que necessitam de ajustamento para futuras aplicações.

3.3.1 Verificar Resultados

Inicialmente, oito pessoas iniciaram o estudo. Três não concluíram: uma desistiu após a sessão nº 1 e duas foram submetidas à cirurgia antes de realizarem todas as sessões previstas. A amostra final analisada integrou,

assim, cinco participantes que completaram o programa e responderam aos momentos de avaliação pré e pós-intervenção. A caracterização sociodemográfica destes participantes encontra-se apresentada na Tabela V.

Tabela V - Caracterização sociodemográfica da amostra

Código	Idade	Sexo	Habilitações	Com quantas pessoas vive	Antecedentes pessoais principais	Já foi operado anteriormente?
PT001 C	77	Masculino	Licenciatura	Vive só 1 pessoa	Hipertensão, doença cardíaca	Sim
PT002 C	79	Masculino	Licenciatura	Vive sozinho	Hipertensão, doença neoplásica	Sim
PT005 C	51	Masculino	Licenciatura	3 ou mais pessoas	Doença autoimune	Sim
PT006 C	73	Feminino	4.º ano	Vive sozinho	Hipertensão, doença renal, doença neoplásica	Sim
PT008 C	73	Feminino	4.º ano	2 pessoas	Hipertensão	Sim

Fonte: elaboração própria

A amostra do estudo é constituída por cinco participantes (n=5), com idades compreendidas entre os 51 e os 79 anos. Do total, 60,0% (n=3) são do sexo masculino e 40,0% (n=2) do sexo feminino. No que respeita às habilitações literárias, 60,0% (n=3) possuem licenciatura e 40,0% (n=2) têm o 4.º ano de escolaridade. Relativamente ao agregado familiar, 40,0% (n=2) vivem sozinhas, 20,0% (n=1) vivem em agregados de duas pessoas e 40,0% (n=2) vivem em agregados com três ou mais pessoas, evidenciando diferentes contextos de suporte familiar. Em termos de antecedentes pessoais de saúde, destaca-se a presença de hipertensão arterial em 80,0% dos participantes (n=4) e de patologia neoplásica em 40,0% (n=2), bem como doença cardíaca, doença autoimune e doença renal em 20,0% (n=1) cada. Todos os participantes (100%, n=5) já tinham sido submetidos a cirurgia anteriormente e no que se refere à perceção de preocupação face à cirurgia, 80,0% dos participantes (n=4) referiram sentir-se “preocupado(a)” e 20,0% (n=1) “muito preocupado(a)”. Quanto ao conhecimento sobre o procedimento cirúrgico, 40,0% (n=2) classificaram-no como “suficiente”, 40,0% (n=2) como “bom” e 20,0% (n=1) como “muito bom”. Relativamente à consciência de estratégias para lidar com a ansiedade antes da cirurgia, 40,0% (n=2) indicaram estar cientes de algumas estratégias, enquanto 60,0% (n=3) referiram não conhecer nenhuma estratégia de gerir a ansiedade.

Em todos os participantes foi aplicada a escala GAD-7 em dois momentos distintos, antes do início do programa (pré-teste) e na última sessão (pós-teste), com o objetivo de avaliar a ansiedade pré-operatória e o impacto da

intervenção na sua redução. Para a realização da análise descritiva dos dados recorreu-se ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 31.0. Primeiramente, foi realizada a análise estatística descritiva dos dados que caracterizam a amostra e as variáveis em estudo: número (n), percentagem (%), a média ($\bar{X}$), mediana (Md), o desvio padrão (Dp), mínimo (Min) e o máximo (Max). Posteriormente, foi aplicado o teste não paramétrico de Wilcoxon, para comparação de duas amostras pareadas.

Como se observa na Tabela VI, verifica-se que os resultados obtidos indicam que, nesta amostra, a intervenção esteve associada a uma redução consistente das pontuações de ansiedade avaliadas pelo GAD-7. As estatísticas descritivas evidenciaram uma diminuição da média de 9,0 para 2,2 pontos e da mediana de 9,0 para 1,0, correspondendo a uma variação média de -6,8 pontos e a uma variação mediana de -8,0. Acresce que todos os participantes apresentaram diminuição das pontuações entre o pré e o pós-teste, sem qualquer caso de agravamento, e verificou-se ainda uma redução da dispersão no momento final com um desvio padrão de 2,59, face ao momento inicial em que este se encontrava nos 4,85, sugerindo que mais que uma melhoria global, mas também maior homogeneidade dos resultados após a intervenção.

Tabela VI - Dados do Grupo - Descritiva

GAD-7			
Fatores	Pré-Intervenção	Pós-Intervenção	Varição (final - Inicial)
$\bar{X}$	9,00	2,20	-6,80
Md	9,00	1,00	-8,00
Dp	4,85	2,59	- 2,26
Max	16,00	5,00	- 11,00
Min	4,00	0,00	- 4,00

Fonte: elaboração própria

A Tabela VII discrimina, para cada participante, as pontuações individuais da GAD-7 nos momentos pré e pós-intervenção, bem como a diferença absoluta entre esses dois momentos. Em todos os casos se verifica uma diminuição das pontuações, com diferenças que variam entre -4 e -11 pontos, o que evidencia uma redução consistente da ansiedade em todos os participantes incluídos no estudo.

Tabela VII -Tabela suporte SPSS

Código Participante	GAD7_preteste	GAD7_posteste	Dif.
PT001C	5	1	-4
PT002C	4	0	-4
PT005C	16	5	-11
PT006C	9	0	-9
PT008C	11	5	-6

Fonte: elaboração própria

Após a análise descritiva, procede-se à comparação das pontuações totais do GAD-7 entre o pré e o pós-intervenção. Atendendo ao caráter pareado dos dados e à reduzida dimensão amostral, a utilização do teste de Wilcoxon para amostras relacionadas revelou-se metodologicamente apropriada. Formulam-se as seguintes hipóteses:

- H0: Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações totais do GAD-7 dos participantes avaliados no pré e no pós-intervenção.
- H1: Existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações totais do GAD-7 dos participantes avaliados no pré e no pós-intervenção.

De acordo com a Tabela VIII, o teste de Wilcoxon para as diferenças entre GAD7_pós-teste e GAD7_pré-teste apresenta um valor de significância assintótica $p = 0,042$, para um nível de significância $\alpha = 0,05$, conduzindo à rejeição da hipótese nula. Assim, existe evidência estatisticamente significativa de que a mediana das diferenças entre as pontuações totais do GAD-7 no momento final e no momento inicial é diferente de zero, indicando diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação.

Tabela VIII - Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig. ^{a,b}	Decisão
1	A mediana de diferenças entre GAD7_posteste e GAD7_preteste é igual a 0.	Amostras Relacionadas de Teste dos Postos Sinalizados de Wilcoxon	0,042	Rejeitar a hipótese nula.
a. O nível de significância é 0,050.				
b. A significância assintótica é exibida.				

Fonte: elaboração própria

De acordo com a Tabela IX, o IC_{95%} da diferença mediana, considerando a redução entre o momento inicial e o momento final, é [4,000; 11,000], com estimativa pontual de 6,500, não incluindo o valor 0. Este resultado, em consonância com o teste de Wilcoxon que evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação ($p = 0,042$), indica a existência de diferenças significativas entre as pontuações totais do GAD-7 no momento inicial e no momento final. Deste modo, os dados sugerem que a intervenção se associou a uma diminuição relevante das pontuações do GAD-7 nesta amostra. Ainda assim, esta conclusão deve ser interpretada com prudência, uma vez que a reduzida dimensão amostral limita a robustez inferencial, não permitindo a generalização dos resultados. Contudo, apesar desta limitação, a redução média de 6,8 pontos no GAD-7 assume relevância clínica e deve ser interpretada à luz da experiência vivida pela pessoa no período pré-operatório. Esta diminuição pode traduzir-se numa menor intensidade de sintomas ansiosos, como preocupação excessiva, tensão, inquietação, medo antecipatório e dificuldade em relaxar, aspetos que interferem diretamente na forma como a pessoa compreende, enfrenta e vivencia a cirurgia. Considerando que 80,0% dos participantes referiram sentir-se “preocupado(a)” e 20,0% “muito preocupado(a)” antes da intervenção, e que 60,0% referiram não conhecer estratégias para gerir a ansiedade, os resultados sugerem que o programa CirurgicaMENTE respondeu a uma necessidade concreta da amostra, oferecendo informação, suporte emocional e estratégias práticas de autorregulação. Do ponto de vista do processo cirúrgico, uma menor ansiedade pré-operatória pode favorecer uma maior disponibilidade da pessoa para compreender a informação transmitida, colocar dúvidas, aderir às recomendações pré-operatórias e participar de forma mais ativa e consciente no seu percurso de cuidados. Clinicamente, estes resultados acrescentam valor por

evidenciarem ganhos sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem, nomeadamente ao nível da preparação emocional, da literacia em saúde, da capacitação para a gestão da ansiedade e da promoção de uma vivência cirúrgica mais segura e humanizada. Assim, embora os resultados não possam ser generalizados, a redução observada nas pontuações do GAD-7 reforça a pertinência de programas psicoeducativos estruturados, conduzidos pelo EEESMP, enquanto intervenções capazes de produzir ganhos reais para as pessoas e de acrescentar valor ao cuidado centrado na pessoa no período perioperatório.

Tabela IX - Intervalo de confiança

Sumarização de intervalo de confiança				
Tipo de intervalo de confiança	Parâmetro	Estimativa	95,0% Intervalo de Confiança	
			Inferior	Superior
Amostras Relacionadas de Diferença Mediana de Hodges-Lehman	Mediana da diferença entre GAD7_posteste e GAD7_preteste.	6,500	4,000	11,000

Fonte: elaboração própria

Os resultados dos questionários de satisfação evidenciam, de forma consistente, níveis muito elevados de satisfação dos participantes com o Programa CirurgicaMENTE, tanto ao nível de cada sessão como na avaliação global do programa. Nos gráficos seguintes, observa-se que as médias se situam em valores altos da escala de resposta, com predominância de pontuações próximas do máximo, o que indica uma boa aceitação dos conteúdos, dos métodos utilizados e das condições em que as sessões decorreram.

O Gráfico I mostra que a sessão 0 foi avaliada com níveis máximos de satisfação em todos os itens, evidenciando um impacto muito positivo logo no momento inicial do programa e uma excelente adequação entre os conteúdos introdutórios e as expectativas dos participantes.

Gráfico I - Nível de satisfação com a sessão 0 (n=5)

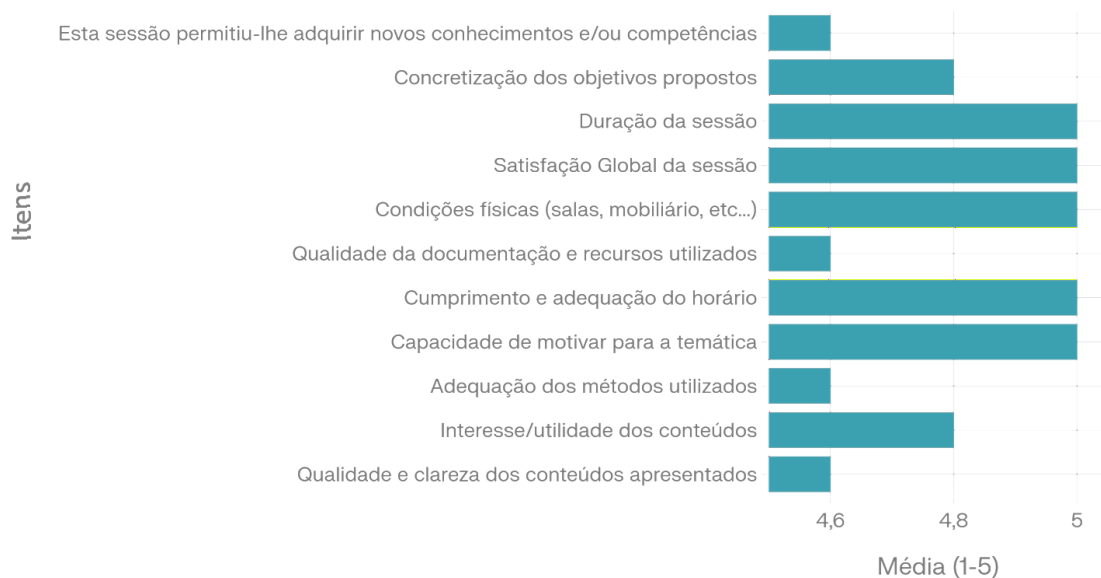


Fonte: elaboração própria

No gráfico II, relativo à sessão 1, mostra que todas as médias se situam entre 4,6 e 5, com pontuações máximas na maioria dos itens, nomeadamente na duração da sessão, satisfação global, cumprimento e adequação do horário, capacidade de motivar para a temática e condições físicas. Os itens qualidade/clareza dos conteúdos,

interesse/utilidade, adequação dos métodos e aquisição de novos conhecimentos/competências apresentam valores ligeiramente inferiores, mas ainda muito elevados, traduzindo uma perceção global muito positiva da sessão.

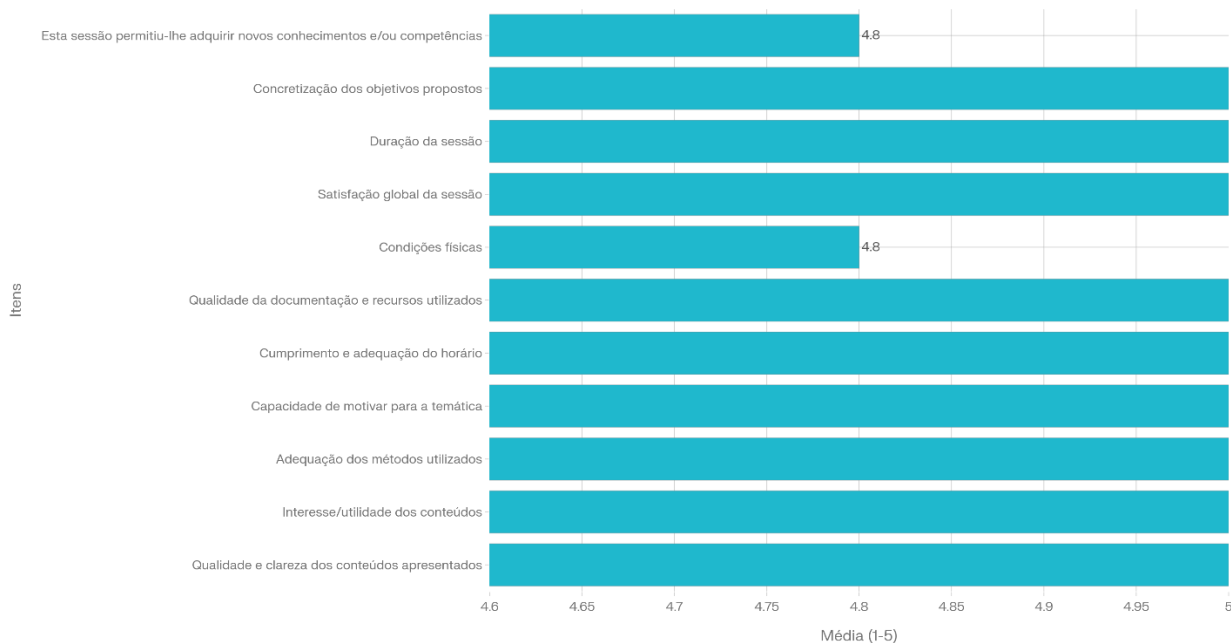
Gráfico II - Nível de satisfação com a sessão 1 (n=5)



Fonte: elaboração própria

O Gráfico III, referente à sessão 2, evidencia também níveis elevados de satisfação, verificando-se pontuações máximas na maioria dos itens e valores apenas ligeiramente inferiores em domínios como as condições físicas e a aquisição de novos conhecimentos/competências, ainda assim dentro de uma faixa de elevada satisfação.

Gráfico III - Nível de satisfação com a sessão 2 (n=5)



Fonte: elaboração própria

Por fim, o Gráfico IV, que apresenta o nível médio de satisfação com o Programa CirurgicaMENTE no seu conjunto, confirma uma avaliação global muito positiva, traduzida em médias altas em todos os domínios, o que sustenta a relevância e a aceitabilidade da intervenção.

Gráfico IV - Nível médio de satisfação com o Programa CirurgicaMENTE (n=5)



Fonte: elaboração própria

3.4 ACT

A quarta etapa do ciclo de qualidade de *Deming* diz respeito à atuação sobre os resultados, traduzindo-se na definição de medidas corretivas e de estratégias para consolidar e ampliar as melhorias identificadas na fase de verificação. Nesta etapa procede-se à definição de medidas de ajustamento e consolidação das melhorias identificadas na fase de verificação dos resultados. As medidas corretivas e implicações delineadas visam, assim, garantir a sustentabilidade das mudanças introduzidas e potenciar o impacto da intervenção nas pessoas com proposta de cirurgia eletiva.

Partindo da análise apresentada na secção anterior, são enunciadas, em seguida, as principais medidas corretivas a considerar, bem como as implicações do estudo para a prática clínica do enfermeiro EESMP.

3.4.1 Propor medidas corretivas

Enquanto processo formativo orientado para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a implementação do Programa CirurgicaMENTE exigiu uma reflexão sistemática sobre os fatores que potenciaram e os que dificultaram a concretização do projeto e a qualidade das intervenções desenvolvidas. Neste sentido, considerei imprescindível a realização de uma análise SWOT do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, de modo a sintetizar, de forma estruturada, os principais aspetos a ter em conta na reformulação e na eventual replicação futura desta intervenção.

O método SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) surgiu inicialmente como um modelo de avaliação estratégica do posicionamento de organizações face ao seu contexto, permitindo identificar forças e fraquezas internas, bem como oportunidades e ameaças externas (Gürel & Tat, 2017). Em contexto académico e de desenvolvimento de competências clínicas, esta matriz constitui igualmente uma ferramenta útil para analisar projetos formativos e intervenções em saúde, uma vez que facilita a identificação dos elementos que favorecem ou dificultam as aprendizagens, a consecução dos objetivos propostos e a sustentabilidade das mudanças introduzidas na prática.

No âmbito deste relatório, a análise SWOT foi utilizada com o propósito de refletir criticamente sobre o Programa CirurgicaMENTE, organizando a reflexão em torno de dois eixos principais: fatores intrínsecos e fatores extrínsecos. Os fatores intrínsecos dizem respeito a dimensões de ordem pessoal, individual e específica da minha trajetória enquanto estudante e futura enfermeira especialista, e os fatores extrínsecos relacionam-se com aspetos de natureza organizacional e estrutural. A partir desta grelha de análise, foi

possível identificar um conjunto de forças, fraquezas, oportunidades e ameaças associadas ao desenvolvimento do Programa CirurgicaMENTE, que se encontram sistematizadas na Tabela X.

Tabela X - Análise SWOT do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Fatores intrínsecos (âmbito pessoal/projeto)	FORÇAS (S)	FRAQUEZAS (W)
	S1- Boa aceitação do programa pelos participantes	W1- Dificuldade em recrutar participantes que, não referindo ansiedade, não sentiram necessidade de integrar o estudo.
	S2- Elevados níveis de satisfação evidenciados nos questionários aplicados	W2- Amostra reduzida de participantes, o que limita a generalização dos resultados.
Fatores extrínsecos (âmbito organizacional)	S3 - Elevado envolvimento e motivação pessoal na conceção e implementação do programa	
	OPORTUNIDADES (O)	AMEAÇAS (T)
	O1- Existência de um contexto clínico recetivo à implementação de intervenções especializadas em saúde mental dirigidas a pessoas em pré-cirurgia.	T1- Limitação de tempo para realizar as 4 sessões individuais previstas antes da cirurgia (1 sessão por semana, ao longo de 4 semanas), devido ao curto intervalo entre o primeiro contacto e a data cirúrgica.
	O2- Potencial de integração futura do programa na prática assistencial regular do serviço, em articulação com a equipa multidisciplinar.	T2- Morosidade de tempo nas burocracias para realização do Programa

Fonte: elaboração própria

Na análise SWOT supracitada, como Forças destaco a S1 – Boa aceitação do programa pelos participantes e a S2 – Elevados níveis de satisfação evidenciados nos questionários aplicados, o que confirma a pertinência do CirurgicaMENTE e a sua adequação às necessidades sentidas pelas pessoas em pré-cirurgia. A S3 – Elevado envolvimento e motivação pessoal na conceção e implementação do programa – contribuiu igualmente para a qualidade das sessões, permitindo uma preparação cuidada dos conteúdos e das estratégias utilizadas. No tópico das Fraquezas, saliento a W1 – Dificuldade em recrutar participantes que, não referindo ansiedade, não sentiram necessidade de integrar o estudo, o que restringiu o número de pessoas incluídas no programa. A W2 – Amostra reduzida de participantes, o que limita a generalização dos resultados – constitui também uma limitação metodológica, uma vez que os efeitos observados, embora positivos, devem ser interpretados com prudência face à dimensão do grupo. Relativamente às Oportunidades, evidenciam-se a O1 – Existência de um contexto clínico recetivo à implementação de intervenções especializadas em saúde mental dirigidas a pessoas em pré-cirurgia e a O2 – Potencial de integração futura do programa na prática assistencial regular do serviço, em articulação com a equipa multidisciplinar. Estas oportunidades reforçam a viabilidade de continuidade e expansão do CirurgicaMENTE, permitindo que um maior número de pessoas beneficie desta intervenção. Por fim, no que se refere às Ameaças, ressalvo a T1 – Limitação de tempo para realizar as 4 sessões individuais previstas antes da cirurgia (1 sessão por semana, ao longo de 4 semanas), devido ao curto intervalo entre o primeiro contacto e a data cirúrgica, que em alguns casos foi apenas de 15 dias. A T2 – Morosidade de tempo nas burocracias necessárias à aprovação do projeto pela Comissão de Ética e pelas instâncias institucionais competentes constitui igualmente um fator de risco para a sua implementação, podendo atrasar o início das intervenções e exigir reajustes ao cronograma inicialmente definido.

Globalmente, a análise SWOT permitiu-me explicitar de forma clara os aspetos que favoreceram o desenvolvimento das minhas competências e os que constituíram desafios à concretização do projeto, funcionando como ponto de partida para a formulação de medidas corretivas e de recomendações para futuras implementações do programa. Este exercício reforçou, ainda, a importância da reflexão crítica e sistemática sobre a prática, enquanto componente essencial da governação clínica em Enfermagem de Saúde Mental e

Psiquiátrica. A dificuldade em recrutar participantes constituiu um dos principais desafios, uma vez que algumas pessoas, apesar de terem cirurgia eletiva programada, não reconheciam a ansiedade como uma necessidade de cuidado ou não sentiam necessidade de integrar o programa. Em algumas situações, a própria abordagem ao tema da ansiedade poderia ser interpretada como sinal de fragilidade emocional ou de existência de um problema psicológico, gerando receio, resistência ou eventual desistência. Acresce que a realização das sessões na Consulta Externa de Psiquiatria poderá ter constituído, para algumas pessoas, uma barreira adicional à participação, pelo estigma ainda associado aos contextos de saúde mental. Esta situação evidencia a importância de reforçar a divulgação do CirurgicaMENTE junto da equipa multidisciplinar e das pessoas elegíveis, clarificando que a intervenção não se destina apenas a pessoas com ansiedade intensa, mas também à promoção da preparação emocional, literacia em saúde e estratégias de autorregulação. Em futuras implementações, poderá ser pertinente ponderar a realização das sessões em espaços integrados no circuito perioperatório, como a consulta de enfermagem pré-operatória, a consulta de anestesia ou outro espaço clínico menos associado à psiquiatria, de modo a reduzir barreiras relacionadas com o estigma, facilitar a adesão e normalizar a intervenção em saúde mental como parte integrante da preparação cirúrgica. Outro desafio relevante relacionou-se com os limites temporais do período pré-operatório. Em alguns casos, o intervalo entre o primeiro contacto e a data cirúrgica foi reduzido, impossibilitando a realização integral das quatro sessões previstas. A partir desta limitação, consideram-se como principais medidas corretivas a ponderar em futuras implementações a referenciação mais precoce das pessoas com proposta de cirurgia eletiva e a criação de um circuito de articulação mais formal entre a consulta de cirurgia, a consulta de anestesia, a consulta de enfermagem pré-operatória e a intervenção especializada do EEESMP. Estas medidas poderão contribuir para aumentar a adesão, reduzir perdas de participantes, melhorar a articulação interprofissional e favorecer a sustentabilidade do programa na prática assistencial. Por fim, a implementação do programa exigiu também uma reflexão sobre o impacto emocional associado ao contacto com a ansiedade, o medo e a vulnerabilidade das pessoas no período pré-operatório. A escuta de preocupações relacionadas com a cirurgia, a anestesia, a dor, a perda de autonomia ou experiências cirúrgicas anteriores exigiu presença terapêutica, empatia e capacidade de autorregulação emocional. Esta dimensão constituiu uma aprendizagem significativa, ao evidenciar que a intervenção do EEESMP implica cuidar da pessoa, mas também reconhecer os próprios limites emocionais e a necessidade de suporte reflexivo. Em futuras implementações, poderão ser integrados momentos de supervisão clínica, discussão em equipa e debriefing após situações emocionalmente mais exigentes, de modo a promover maior segurança emocional dos profissionais, qualidade da relação terapêutica e sustentabilidade da intervenção.

3.4.2 Implicações para a prática

Segundo o Regulamento n.º 356/2015 da Ordem dos Enfermeiros, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Mental incluem a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação, a organização dos cuidados de enfermagem, a relação psicoterapêutica e o estigma e exclusão social (Ordem dos Enfermeiros, 2015b). Este projeto foi sustentado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, com especial enfoque nos enunciados descritivos satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, adaptação e relação psicoterapêutica. Os resultados obtidos indicam que o programa CirurgicaMENTE encontra-se alinhado com estes padrões, uma vez que os participantes evidenciaram níveis muito elevados de satisfação com as sessões e com a relação estabelecida, referindo sentir-se ouvidos, esclarecidos e apoiados no período pré-operatório, o que contribuiu para reduzir o impacto do desconforto associado à ansiedade e ao processo cirúrgico. No domínio da promoção da saúde, o programa reforçou a literacia em saúde mental, disponibilizando informação acessível sobre ansiedade

pré-operatória, sintomas e estratégias de gestão, favorecendo decisões informadas e o reconhecimento precoce de sinais de agravamento. Em termos de prevenção de complicações, a aplicação da GAD-7 na primeira e na última sessão permitiu identificar níveis clinicamente significativos de ansiedade e avaliar o impacto global da intervenção na sua redução, fornecendo dados para a formulação de diagnósticos de enfermagem em saúde mental e para a avaliação dos ganhos em saúde percebidos pelos participantes. Relativamente ao bem-estar e autocuidado, o programa integrou treino de técnicas de respiração diafragmática e tarefas de registo de pensamentos, promovendo competências transferíveis para outros contextos de vida. No que respeita à adaptação, a intervenção centrou-se muito na identificação e reestruturação de pensamentos automáticos disfuncionais relacionados com a cirurgia, que favoreceu a construção de respostas mais adaptativas face à cirurgia e a perceção de maior controlo sobre a situação. Quanto à relação psicoterapêutica, ao longo das quatro sessões foram estabelecidas relações terapêuticas baseadas na empatia, escuta ativa e validação emocional, criando um espaço seguro para a expressão de medos, dúvidas e experiências pessoais relacionadas com a intervenção cirúrgica.

Do ponto de vista da investigação, a dimensão reduzida da amostra e a impossibilidade de aplicar o programa completo a todos os pessoas elegíveis constituem limitações importantes, que impedem a generalização dos resultados. Ainda assim, os dados apontam para boa aceitabilidade do CirurgicaMENTE e sugerem diminuição dos níveis de ansiedade em vários participantes após a intervenção, o que abre perspetivas para estudos futuros com amostras maiores, grupos de comparação e seguimento pós-operatório, bem como para adaptações do programa a diferentes tipos de cirurgia ou a formatos grupais e/ou *online*.

A evidência disponível sustenta a relevância clínica dos resultados obtidos no presente estudo. Wang et al. (2022), numa revisão abrangente dos ensaios clínicos mais recentes sobre intervenções não farmacológicas, concluíram que a terapia cognitivo-comportamental constitui uma das abordagens mais eficazes na redução da ansiedade pré-operatória, corroborando a sequência de intervenção adotada no CirurgicaMENTE. Por outro lado, Aminpour et al. (2025), num estudo prospetivo com 1.168 participantes, evidenciaram que a gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão no pré-operatório constitui um preditor significativo do agravamento pós-operatório, o que reforça a necessidade de identificação e intervenção precoces, tal como preconizado neste programa.

No plano da gestão e da organização dos cuidados, a implementação do CirurgicaMENTE demonstra que a integração do EEESMP no percurso perioperatório pode constituir uma mais-valia clínica, organizacional e económica. Ao intervir antes da cirurgia, o programa desloca o foco de uma resposta predominantemente reativa para uma lógica preventiva, permitindo identificar precocemente níveis significativos de ansiedade, capacitar a pessoa para a sua gestão e promover uma preparação emocional mais ajustada ao procedimento cirúrgico. Esta abordagem é particularmente relevante, uma vez que a ansiedade pré-operatória tem sido associada a maior consumo de fármacos anestésicos e analgésicos, maior risco de delírio pós-operatório, tempos de recuperação prolongados e pior experiência cirúrgica (Shebl et al., 2025), sendo também descrita como fator associado ao agravamento de sintomas no período pós-operatório (Aminpour et al., 2025). Neste sentido, uma intervenção breve, estruturada e centrada na pessoa pode contribuir para uma utilização mais eficiente dos recursos, ao favorecer maior adesão às recomendações pré-operatórias, melhor colaboração com a equipa e menor necessidade de respostas adicionais decorrentes de sofrimento emocional não identificado. Do ponto de vista da organização dos cuidados perioperatórios, o programa evidencia a importância de integrar a dimensão emocional, psicoeducativa e relacional no circuito de preparação cirúrgica, articulando a consulta pré-operatória, os serviços cirúrgicos e a intervenção especializada em saúde mental. A evidência demonstra que intervenções psicoeducativas e não farmacológicas podem contribuir para a redução da ansiedade pré-operatória, sobretudo quando incluem informação clara, treino de estratégias de

coping, relaxamento e maior envolvimento da pessoa no processo de cuidados (Oliveira et al., 2023; Wang et al., 2022). Esta articulação permite tornar o cuidado mais completo e centrado na pessoa, evitando que a ansiedade pré-operatória seja encarada como uma resposta esperada, mas não sistematicamente avaliada ou intervencionada. Neste sentido, o CirurgicaMENTE reforça a possibilidade de o EEESMP atuar fora do “lugar clássico” da psiquiatria, assumindo um papel transversal em contextos hospitalares onde existem respostas humanas de ansiedade, vulnerabilidade e sofrimento psicológico associadas a processos de transição em saúde, em consonância com as competências específicas previstas para o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018).

Assim, o CirurgicaMENTE permite valorizar a prevenção como dimensão estruturante dos cuidados especializados, evidenciando que a intervenção precoce na ansiedade pré-operatória pode acrescentar valor clínico, organizacional e humano ao percurso cirúrgico. Nesta perspetiva, o programa constitui uma oportunidade de melhoria para a organização dos cuidados perioperatórios, ao reforçar a necessidade de integrar a preparação emocional da pessoa como parte da qualidade, segurança e humanização dos cuidados.

3.4.3 Reconhecer e Partilhar o Sucesso

O reconhecimento e a partilha do sucesso constituem uma etapa relevante no ciclo de melhoria contínua da qualidade, na medida em que permitem valorizar os resultados alcançados, promover a aprendizagem organizacional e reforçar a continuidade das práticas que demonstraram potencial benefício. No âmbito do programa CirurgicaMENTE, os resultados obtidos evidenciaram a pertinência de uma intervenção psicoeducativa estruturada, breve e especializada, dirigida à ansiedade pré-operatória em pessoas adultas submetidas a cirurgia eletiva. A adesão das participantes, a satisfação manifestada relativamente às sessões e a utilização de instrumentos de avaliação permitiram reconhecer ganhos ao nível da literacia em saúde, da preparação emocional para a cirurgia, da autorregulação da ansiedade e da participação ativa no processo de cuidados.

Numa perspetiva de divulgação extra-institucional dos resultados, e de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros, estes podem ser divulgados “no âmbito de eventos formativos fora da instituição, publicação em revista científica ou outros meios de comunicação” (OE, 2014a, p. 8), contribuindo para aumentar a evidência científica disponível relativa a esta temática. Esta dimensão é coerente com as recomendações internacionais para a divulgação de projetos de melhoria da qualidade, uma vez que a partilha clara do contexto, da intervenção, dos resultados e das aprendizagens obtidas permite fortalecer a evidência disponível e apoiar a replicação de intervenções noutros contextos (Davidoff et al., 2008; Ogrinc et al., 2016).

No decurso do desenvolvimento do projeto, os resultados foram apresentados em comunicação livre nas IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergências em Saúde Mental, constituindo uma oportunidade para divulgar o programa CirurgicaMENTE, refletir criticamente sobre os resultados preliminares e dar visibilidade ao contributo do EEESMP na preparação emocional da pessoa submetida a cirurgia eletiva. Esta partilha permitiu, ainda, valorizar o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança, promotor de práticas baseadas na evidência e dinamizador de respostas inovadoras às necessidades identificadas nos contextos clínicos.

Assim, reconhecer e partilhar o sucesso do projeto não se limita à apresentação dos resultados obtidos, mas representa também uma oportunidade de aprendizagem, disseminação de boas práticas e valorização da intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Embora desenvolvido em contexto académico e com uma amostra limitada, o programa CirurgicaMENTE poderá constituir uma intervenção replicável e ajustável a outros contextos clínicos, desde que adaptada às características das pessoas, dos

serviços e dos recursos disponíveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório traduz o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo dos ensinamentos clínicos e estágio final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pretendendo-se relatar, analisar e comprovar o desenvolvimento das competências adquiridas, com vista à obtenção do grau de Mestre, descrevendo e refletindo, de forma crítica, os resultados alcançados.

A passagem por três contextos de prática distintos — internamento, comunidade e respostas diferenciadas — constituiu uma oportunidade singular para o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, conforme previsto nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. A avaliação contínua das necessidades das pessoas acompanhadas e a implementação de intervenções especializadas permitiram ir ao encontro das competências comuns do enfermeiro especialista, das específicas do EEESMP e das de mestre, com o aprofundamento do autoconhecimento e do conhecimento teórico-científico; do estabelecimento da relação de ajuda nos processos de cuidar da pessoa ao longo do ciclo de vida; das intervenções individuais e em grupo; da implementação de programas de intervenção estruturados; da realização de estudos de caso; da dinamização de formação em serviço; e da partilha de conhecimentos e evidências com as equipas multidisciplinares. Em cada contexto, a diversidade de situações clínicas e a complexidade das necessidades das pessoas exigiram uma mobilização constante de conhecimentos teóricos, capacidade reflexiva e flexibilidade na adequação das intervenções.

O desenvolvimento do autoconhecimento, enquanto competência transversal a todo o percurso, revelou-se essencial para o estabelecimento da relação terapêutica e para a qualidade das intervenções desenvolvidas. As reflexões críticas realizadas ao longo deste percurso, sustentadas no ciclo de Gibbs, permitiram identificar fragilidades pessoais e profissionais, transformando-as em oportunidades de crescimento e aprendizagem. A relação terapêutica foi mobilizada como intervenção central, concluindo-se que esta é facilitadora da expressão emocional e da capacitação da pessoa, reconhecida pelos participantes como fundamental para a aquisição de estratégias de *coping* e para a melhoria do seu bem-estar.

A concretização do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem — o programa psicoeducativo CirurgicaMENTE — possibilitou definir uma estratégia fundamentada na evidência científica de resposta a uma necessidade identificada na prática clínica: a ansiedade pré-operatória em pessoas submetidas a cirurgia eletiva. A combinação de psicoeducação sobre a ansiedade, reestruturação cognitiva de pensamentos automáticos disfuncionais e treino de respiração diafragmática revelou-se uma abordagem exequível e bem aceite. A implementação do CirurgicaMENTE permitiu, ainda, evidenciar que o EEESMP tem um lugar relevante para além dos contextos tradicionalmente associados à psiquiatria, uma vez que as necessidades em saúde mental atravessam diferentes momentos do percurso de vida e de doença da pessoa. O contexto pré-operatório revelou-se, neste sentido, um território legítimo de intervenção em saúde mental, marcado por vulnerabilidade emocional, incerteza, medo, perda percebida de controlo e necessidade de preparação psicológica para a cirurgia. Ao integrar intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas estruturadas e relacionais no percurso pré-operatório, o projeto demonstrou que o EEESMP pode acrescentar valor aos cuidados cirúrgicos, promovendo literacia em saúde, autorregulação emocional, participação ativa da pessoa e humanização dos cuidados. Esta experiência reforçou a importância de uma prática especializada mais transversal, preventiva e centrada na pessoa, contribuindo para dar visibilidade ao papel do EEESMP na produção de ganhos em saúde em contextos não exclusivamente psiquiátricos.

O estudo apresenta, contudo, limitações que devem ser consideradas. A reduzida dimensão amostral limita a robustez inferencial e a generalização dos achados, acrescendo a dificuldade no recrutamento de participantes, decorrente do curto intervalo entre o primeiro contacto e a data cirúrgica. Apesar destas limitações, os resultados apresentam valor clínico, na medida em que todos os participantes beneficiaram da intervenção.

Recomenda-se a replicação e continuidade do programa CirurgicaMENTE, com amostras de maior dimensão, de modo a consolidar a evidência sobre a sua eficácia. Sugere-se, igualmente, a sua integração na prática

assistencial regular, em articulação com a equipa multidisciplinar, potenciando a resposta do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na redução da ansiedade pré-operatória.

Considera-se que o presente documento demonstra que a consolidação das aprendizagens efetuadas ao longo do período formativo foi alcançada, atendendo a que se descrevem os contextos da prática clínica e a forma como estes contribuíram para uma análise e reflexão crítica das atividades e situações neles vivenciadas, contribuindo para a obtenção das competências do EEESMP preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Além disso, expõe-se o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade, a sua justificação de implementação em conformidade com a evidência, e as suas implicações para a prática, para a teoria e para a investigação.

Em síntese, este percurso formativo contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo-me adquirir e consolidar competências essenciais para uma prática clínica de qualidade, centrada na pessoa, sustentada na melhor evidência disponível e capaz de reconhecer a saúde mental como dimensão transversal a todos os contextos de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.05.010>
- Albuquerque, J. (2021). *Integração dos enfermeiros e Construção da Identidade Profissional: Contributos da Supervisão Clínica*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/39577>
- Aloweidi, A., Abu-Halaweh, S., Almustaafa, M., Marei, Z., Yaghi, S., Hababeh, L., Al-Gallab, N., Al-Jaberi, S., Ghattas, L., Alrabadi, S. R., Al-Oweidi, A., & Bsisu, I. (2022). Preoperative Anxiety among Adult Patients Undergoing Elective Surgeries at a Tertiary Teaching Hospital: A Cross-Sectional Study during the Era of COVID-19 Vaccination. *Healthcare*, 10(3), 515. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030515>
- Amaral, A., Almeida, E., & Sousa, L. (2021). Intervenção psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (2ª ed.). Virginia: LIDEL.
- Aminpour, E., Holzer, K. J., Frumkin, M., Rodebaugh, T. L., Jones, C., Haroutounian, S., & Fritz, B. A. (2025). Preoperative predictors of acute postoperative anxiety and depression using ecological momentary assessments: a secondary analysis of a single-centre prospective observational study. *British journal of anaesthesia*, 134(1), 102–110. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2024.08.035>
- Asher L, Fekadu A, Hanlon C, Mideksa G, Eaton J, et al. (2015) Development of a Community-Based Rehabilitation Intervention for People with Schizophrenia in Ethiopia. *PLOS ONE* 10(11): e0143572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143572>
- Ay, A. A., Ulucanlar, H., Ay, A., & Ozden, M. (2014). Risk factors for perioperative anxiety in laparoscopic surgery. *JSLs : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 18(3), e2014.00159. <https://doi.org/10.4293/JSLs.2014.00159>
- Belcher, J., & Fish, L. (2000). Hildegard E. Peplau. In George, J. (Eds). *Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional*. (pp. 45-57) Porto Alegre. Artmed Editora.
- Belchior, A. (2024). *Práticas de liderança dos enfermeiros diretores*. In Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem avançada*. Lidel. ISBN 978-989-752-924-5.
- Bello, C. M., Eisler, P., & Heidegger, T. (2025). Perioperative Anxiety: Current Status and Future Perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 14(5), 1422. <https://doi.org/10.3390/jcm14051422>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Benner, P. (2002). Caring for the silent patient. Current controversies in critical care. *American Journal of Critical Care*, 11(5), 480-481. DOI:10.4037/ajcc2002.11.5.480
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/riv18015>
- Camarneiro, A. (2021). Adesão terapêutica: contributos para a compreensão e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (7). Doi: <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Cardante, F. (2020). *Consulta de Enfermagem Pré-Operatória e de Follow-Up em Cirurgia de Ambulatório: A perspetiva dos Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/34037>.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Lusodidacta.

- Chien, C., Chung, Y., Yeh, M., & Lee, J. (2015). Breathing exercise combined with cognitive behavioural intervention improves sleep quality and heart rate variability in major depression. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21–22), 3206–3214. <https://doi.org/10.1111/jocn.12972>
- CIPE (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Coelho, J., & Sequeira, C., (2021). Escuta Ativa. In C. Sequeira, & F. Sampaio. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 177-179). Lisboa. Lidel.
- Comissão Europeia. (2023). State of Health in the EU: Portugal - Perfil de saúde do país 2023. Recuperado de: https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_pt_portuguese.pdf
- Cunha, A. (2011). Avaliação de expectativas e grau de ansiedade pré e pós operatórias em cirurgia de ambulatório: estudo de pessoas de cirurgia geral e cirurgia vascular (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal.
- Cutcliffe, J. R., & Happell, B. (2009). Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: Exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 116–125. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x>
- Davidoff, F., Batalden, P., Stevens, D., Ogrinc, G., & Mooney, S. (2008). Publication guidelines for quality improvement studies in health care: Evolution of the SQUIRE project. *Quality and Safety in Health Care*, 17(Suppl. 1), i3–i9. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029066>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 157. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro de 2021. Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro de 2021. *Diário da República* n.º 240/2021, Série I de 2021-12-14. Lisboa. Obtido de: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/12/24000/0010400118.pdf>
- Delgado, B.; Lima, L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*. II. 81-100.
- Dias, M., (2024). Organização dos cuidados hospitalares. In Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem avançada*. Lidel. ISBN 978-989-752-924-5.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, Article 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Orientação n.º 021/2011: Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. DGS. Ministério da Saúde
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. DGS. Ministério da Saúde
- Direção-Geral de Saúde. (2019). Plano de Ação Para a Literacia em Saúde 2019-2021 - Portugal.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Duarte, J., Gonçalves, A., & Sequeira, C. (2022). Metodologia de Investigação Quantitativa. Em M. Néné, & C. Sequeira, *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática* (pp. 15-50). Lidel.
- Eberhart, L., Aust, H., Schuster, M., & et al. (2020). Preoperative anxiety in adults: A cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry*, 20, 140. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02552-w>
- Fortes, B. M. P., Marques, M. F. S. R., & Malheiro, M. L. R. (2021). Eficácia da intervenção psicoeducativa na pessoa com sintomatologia depressiva e ansiosa. *Revista RIASE – Revista Interinstitucional de Atenção à Saúde*, 7(3), 357–374. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).450.357-374](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).450.357-374)

García, E. (2021). *A intervenção psicossocial na saúde mental*. A Mente é Maravilhosa.

Gomes, A., Marques, D., Meia-Via, A., Meia-Via, M., Tavares, J., Silva, C., & Azevedo, M. H. (2015). *Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (BaSIQS): Reliability, initial validity and normative scores in higher education students*. *Chronobiology International*, 32(3), 428-440. <https://doi.org/10.3109/07420528.2014.986681>

Gonçalves, M. A., Cerejo, M. N., & Martins, J. C. (2017). *A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>

Gürel, E. & Tat, M. (2017). Swot analysis: a theoretical review. *Journal of International Social Research*, 10(51), 994-1006. <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>

Hall, S., & Shearer, K. (2025). Applying Peplau's interpersonal relations theory to enhance older adults' health literacy through nursing care: A theory analysis. *Journal of Holistic Nursing*. <https://doi.org/10.1177/08980101251345027>

Harel, Z., Silver, S., McQuillan, R., Weizman, A., Thomas, A., Chertow, G., Nesrallah, G., Chan, C., & Bell, C. (2016). *How to Diagnose Solutions to a Quality of Care Problem*. *Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN*, 11(5), 901–907. <https://doi.org/10.2215/CJN.11481015>

Htay, M., & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100034. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2021.100034>

Hernández, C. R., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Roman, K. V., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Fuente, G. A. (2021). *Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3274-3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>

Howk, C. (2004). Hildegard Peplau - Enfermagem Psicodinâmica. Em A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem, 5ª edição (pp. 423-444)*. Loures: Lusociência.

Ibiapina, A., Lopes-Junior, L., Veloso, L., Costa, A. P. C., Silva Júnior, F. J. G., Sales, J., & Monteiro, C. (2022). Effects of music therapy on anxiety and depression symptoms in adults diagnosed with mental disorders: a systematic review. *Acta Paul Enferm*, 35, <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR02212>

Institute for Healthcare Improvement. (2025). Model for improvement. <https://www.ihl.org/library/model-for-improvement>

Jin, Z., Ding, P., Liu, L., Yang, Q., Chen, M., & Liu, L. (2015). Factors related to anxiety and depression in patients undergoing adrenalectomy in 220 Chinese people. *International journal of clinical and experimental medicine*, 8(5), 8168–8172.

Johnstone, M. (2019). *Bioethics: a nursing perspective (5th edition)*. Australia: Elsevier.

Kalogianni, A., Almpiani, P., Vastardis, L., Baltopoulos, G., Charitos, C., & Brokalaki, H. (2016). Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery?. *European journal of cardiovascular nursing*, 15(6), 447–458. <https://doi.org/10.1177/1474515115602678>

Khalili, N., Karvandian, K., Ardebili, H. E., Eftekhar, N., & Nabavian, O. (2019). Predictive factors of preoperative anxiety in the anesthesia clinic: A survey of 231 surgical candidates. *Archives of Anesthesia and Critical Care*, 5(4), 122–127. <https://doi.org/10.18502/aacc.v5i4.1452>

Laranjeira, C., Carvalho, D., Valentim, O., Moutinho, L., Morgado, T., Tomás, C., Gomes, J., & Querido, A. (2023). *Adesão Terapêutica de Pessoas com Perturbações Mentais: Uma Análise Evolutiva de Conceitos*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 3869. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053869>.

- Lasky, G. B., & Riva, M. T. (2006). Confidentiality and privileged communication in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 56(4), 455–476. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2006.56.4.455>
- Leal, I., & Ribeiro, J. L. P. (2021). *Manual de Psicologia da Saúde*. Pactor.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lee, K. T., Lee, S. K., Lu, M. J., Hsieh, W. L., & Liu, W. I. (2021). Mediating effect of empowerment on the relationship between global function and personal recovery among community-dwelling patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, 21(1), 241. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03239-6>
- Lei n.o 35/2023, de 21 de julho - Lei de Saúde Mental (2023). https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=3679A0013&nid=3679&nversao=&tabela=leis
- Lontsikh, N. P., Livshitz, I. e Vladimirtsev, A. V (2020). Information Security Methods’ Application Based on the Digital Management Approaches and the Deming Cycle in Improving the Modern Production’s Processes. *International Conference Quality Management, Transport and Information Security, Information Technologies (IT&QM&IS)*, (123-126). DOI:10.1109/ITQMIS51053.2020.9322856
- Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Callard, F., Crawford, P., Farkas, M., Hui, A., Manley, D., McGranahan, R., Pollock, K., Ramsay, A., Sælør, K. T., Wright, N., & Slade, M. (2019). Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PloS one*, 14(3), e0214678. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214678>
- Loots, E., Goossens, E., Vanwesemael, T., Morrens, M., Van Rompaey, B., & Dilles, T. (2021). Interventions to Improve Medication Adherence in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 18(19), 10213. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910213>.
- Mak, M., Tybura, P., Bieńkowski, P., Karakiewicz, B., & Samochowiec, J. (2013). Skuteczność rehabilitacji neuropsychologicznej z wykorzystaniem programów rehacom u pacjentów z rozpoznana schizofrenia [The efficacy of cognitive neurorehabilitation with RehaCom program in schizophrenia patients]. *Psychiatria polska*, 47(2), 213–223.
- Mak, M., Tyburski, E., Starkowska, A., Karabanowicz, E., Samochowiec, A., & Samochowiec, J. (2019). The efficacy of computer-based cognitive training for executive dysfunction in schizophrenia. *Psychiatry research*, 279, 62–70. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.06.041>
- Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem avançada*. Lidel. ISBN 978-989-752-924-5.
- Mattos, L., Silva, F., & Bard, N. (2024). Qualidade do sono em saúde mental: Cuidados de enfermagem. *Saúde Coletiva* (Edição Brasileira), 14(91), 13612–13620. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2024v14i91p13612-13620>
- Medina Garzón, M. (2019). Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e07>
- Mersha, A., Abera, A., Tesfaye, T., Belay, A., Melaku, T., Shiferaw, M., Shibiru, S., Estifanos, W., & Wake, S. K. (2023). Therapeutic communication and its associated factors among nurses working in public hospitals of Gamo zone, southern Ethiopia: Application of Hildegard Peplau’s nursing theory of interpersonal relations. *BMC Nursing*, 22, 381. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01526-z>

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2023). Parecer N.º07/2023: Papel da/o Enfermeira/o face ao Consumo de Tabaco em Serviços de Internamento de Saúde Mental e Psiquiatria.

Ministério da Saúde. (2006). *Circular Normativa n.º 01/2006/SGMS, de 4 de janeiro*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development: A metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20, 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>

Mohammadi, M. R., Keshavarzi, Z., & Talepasand, S. (2014). The effectiveness of computerized cognitive rehabilitation training program in improving cognitive abilities of schizophrenia clients. *Iranian journal of psychiatry*, 9(4), 209–215.

Neto, I. M. (2010). Moving groupwork into the day hospital setting. In J. Radcliffe et al. (Eds.), *Psychological groupwork with acute psychiatric inpatients* (pp. 325–342). Whiting & Birch. (ISBN 9781861771186)

Ni, K., Zhu, J., & Ma, Z. (2023). Preoperative anxiety and postoperative adverse events: A narrative overview. *APS*, 1(1), 23. <https://doi.org/10.1007/s44254-023-00019-1>

Nunes, L. (2014). Responsabilidade profissional, ética e legal em enfermagem de saúde mental. Ordem dos Enfermeiros.

Ogrinc, G., Davies, L., Goodman, D., Batalden, P. B., Davidoff, F., & Stevens, D. P. (2016). SQUIRE 2.0: Revised publication guidelines from a detailed consensus process. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 986–992. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004411>

Oliveira, E. (2011). *Ansiedade Pré-operatória*. (Tese de Mestrado Integrado em Medicina). Universidade do Porto, Porto. [Consultado em 2019-10-09]. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62152/2/Ansiedade%20PrOperatria.pdf>

Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J. C., Costa, T., & Sequeira, C. (2022). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 327. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010327>

Oliveira, P. C. M. da, Porfírio, C. R. F., Pires, R. M. F., Pires, M., Lopes, G. M. F., Pinto, C. M. C. B., & Sequeira, C. A. C. (2023). Impacte de um programa psicoeducativo em enfermagem na ansiedade da pessoa adulta em situação pré-operatória: Resultados preliminares. In *Enfermagem: Autonomia e processo de cuidar 2* (pp. 47–54). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1272312055>

Oliveira, P., Pires, R., Silva, R., & Sequeira, C. (2024). Design of a nursing psychoeducation program to reduce preoperative anxiety in adults. *Frontiers in public health*, 12, 1391764. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1391764>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Programa de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Obtido de: <https://www-ordemenfermeiros-pt.webpkgcache.com/doc/>

/s/www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2014a). Programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE)[Guião].<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/acoress/Documentos/Gui%C3%A3o%20PMCQCE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia profissional de enfermagem. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documentos/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2.ª série, n.º 122. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 515/2018, de 7 agosto - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário Da República, 2a Série, Anexo I, 21427–21430. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019a). Cálculo de dotações seguras nos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Parecer nº01/2019.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoapsicoterapeutica_ok.pdf

OMS. (2025). Quality health services. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/quality-health-services>. O'Toole, A. W., & Welt, S. R. (1996). Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería : trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Espanha.: Barcelona : Masson.

Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *Lancet (London, England)*, 388(10039), 86–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 229-239. <http://hdl.handle.net/10400.12/1058>

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York: G.P: Putnam's Sons. Obtido de https://books.google.pt/books?id=ck8-E6FL-1UC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., & Carvalho, I. P. (2016). *Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes*. *Patient education and counseling*, 99(5), 733–738. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.016>

Portaria n.º 234/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: I série, n.º 153, <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/234-2015-69968713>

Queirós P. J. P. (2024). Escolas do pensamento em enfermagem: paradigma da integração. In R. Marques, M. Nené & C. Sequeira (Eds.), *Enfermagem Avançada* (pp.44-57). Lidel.

Querido, A., Tomás, C., & Laranjeira, C. (2019). Evidências em saúde mental: Da conceção à ação (1ª ed.) [E-book]. Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Departamento de Ciências de Enfermagem | Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <https://doi.org/10.25766/m459-3b92>

Rana, A., Pathak, B. D., Ghimire, B., Dhakal, B., Pathak, I. D., Regmi, L., Rawal, N., Simkhada, N., Tandon, O. P., Kafle, P., Joshi, P., Adhikari, P., Baniya, S., & Adhikari, S. P. (2023). Prevalence of pre-operative anxiety and associated risk factors among patients awaiting elective surgery in a tertiary care hospital. *F1000Research*, 12, 1207. <https://doi.org/10.12688/f1000research.136320.2>

Regulamento das Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, no 26 Diário da República, 2ª série 4744 (2019). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª Série, n.º 122. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>

Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Diário da República, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Rocha, P. (2024). O uso terapêutico da comunicação. Açoriano Oriental. Ordem dos Enfermeiros.

Rocha, M. C. J., & Martins, M. R. J. (2024). *A evolução do conhecimento científico em enfermagem: metaparadigma, paradigma, filosofia, modelos e teorias de enfermagem*. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Coords.), *Enfermagem avançada* (pp. 36–43). Lidel.

Rutherford, M. A. (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05>

Salzmann, S., Rienmüller, S., Kampmann, S., Euteneuer, F., & Rüschi, D. (2021). Preoperative anxiety and its association with patients' desire for support – An observational study in adults. *BMC Anesthesiology*, 21, 149. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01361-2>

Salzmann, S., Kikker, L., Tosberg, E., Becker, N., Spies, M., Euteneuer, F., & Rüschi, D. (2025). Impact of a Personalized Intervention on Preoperative Anxiety and Determination of the Minimal Clinically Important Difference in Anxiety Levels: A Randomized Clinical Trial. *Anesthesiology*, 142(4), 680–691. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000005351>

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 1, 103–108. <https://hdl.handle.net/2445/144883>

Santin, A., Cereser, K., & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(Supl. 1), 105–109. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/20202/000543917.pdf>

Santos, E. (2021). Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Institucional.

Santos, T. (2019). Ansiedade pré-operatória: O reflexo no doente cirúrgico (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Leiria). Leiria, Portugal: ESSLei.

Sampaio, F., Gonçalves, P., Parola, V., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2021). Nursing Process Addressing the Focus "Anxiety": A Scoping Review. *Clinical nursing research*, 30(7), 1001–1011. <https://doi.org/10.1177/1054773820979576>

Sarkhel, S., Singh, O., & Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders: General principles of psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(Suppl. 2), 319–323. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19

- Sequeiros, S. (2009). Podem variáveis psicológicas ser marcadores úteis da polineuropatia amiloidótica familiar? [Dissertação de mestrado, ISPA – Instituto Universitário]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/4187>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). *Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis*. *Systematic reviews*, 9(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>.
- Sequeira, C., Costa, A., Amaral, A., Henriques, B., Almeida, E., Borda de Água, N., Cruz, V. (2019). Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.
- Sequeira, C. (2021). Comunicação em Saúde Mental. Sequeira, C. & Sampaio, F. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 74-75). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem de Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Shebl, M. A., Toraih, E., Shebl, M., Tolba, A. M., Ahmed, P., Banga, H. S., Orz, M., Tammam, M., Saadalla, K., Elsayed, M., Kamal, M., Abdulla, M., Eldessouky, A. I., Moustafa, Y. T., Mohamed, O. A., & Aiash, H. (2025). Preoperative anxiety and its impact on surgical outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical and translational science*, 9(1), e33. <https://doi.org/10.1017/cts.2025.6>
- Silva, E., Gilbertoni, G., Gilbertoni, J., Medeiros, E., Neves, A., Evangelista da Costa, J., Velasques, B., Bessa e Silva, G., Ramos, A., Vasconcelos, B., Filho, & Silva, P. (2024). Sono e saúde mental: O papel dos distúrbios do sono na etiologia de transtornos psiquiátricos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(10), 1136–1147. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p1136-1147>
- Silva, N., Bassani, D., & Palazzo, L. (2009). A case-control study of factors associated with multiple psychiatric readmissions. *Psychiatric Services*, 60(6), 786–791. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.6.786>
- Sousa Gago, J., Matos Pires, A., Sena e Silva, F., Barreto, H., Marques, M. J., Narigão, M., Domingos, P., & Xavier, M. (2023). Manual para a implementação e desenvolvimento de equipas comunitárias de saúde mental (J. Sousa Gago & M. Xavier, Eds.). Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/9afc ceib>
- Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and quality of life outcomes*, 13, 50. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Strøm, J., Bjerrum, M., Nielsen, V., Thisted, N., Nielsen, L., Laursen, M., & Jørgensen, B. (2018). Anxiety and depression in spine surgery – a systematic integrative review. *The Spine Journal*, 18(7), 1272–1285. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2018.03.017>
- Su, X., Wu, S., He, H., Lin, C., Lin, S., & Weng, P. (2024). The effect of multimodal care based on Peplau's interpersonal relationship theory on postoperative recovery in lung cancer surgery: A retrospective analysis. *BMC Pulmonary Medicine*, 24, 59. <https://doi.org/10.1186/s12890-024-02874-5>
- Taylor, S. (2002). Dorothea E. Orem – Teoria do Déficit de Auto-Cuidado de Enfermagem. Em A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem, 5ª edição* (pp. 211-235). Loures: Lusociência.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e Depressão em Medicina - Modelos Teóricos e Avaliação. *Ata Médica Portuguesa, revista Científica da Ordem dos Médicos*
- The W. Edwards Deming Institute. (2022). PDSA cycle. <https://deming.org/explore/pdsa/>

- Tessier, A., Roger, K., Gregoire, A., Desnavailles, P., & Misdrahi, D. (2023). Family psychoeducation to improve outcome in caregivers and patients with schizophrenia: a randomized clinical trial. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1171661. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1171661>
- Wang R, Huang X, Wang Y and Akbari M (2022) Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review. *Front. Public Health* 10:854673. doi: 10.3389/fpubh.2022.854673
- Weiss, S. A., Tappen, R. M., & Grimley, K. (2019). *Essentials of nursing leaderships & management*. F.A. Davis Company.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. <https://shre.ink/8bA9>.
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Disponivel em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.
- Zisman-Ilani, Y., Barnett, E., Harik, J., Pavlo, A., & O'Connell, M. (2022). Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(11), CD007297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub3>