



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**Estimulação Cognitiva na Doença Mental Crónica: Intervenção nos
Domínios da Atenção e Memória: Relatório de Estágio**

Elaborado por:
Dora Sofia Rodrigues Domingues



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

**Estimulação Cognitiva na Doença Mental Crónica: Intervenção nos
Domínios da Atenção e Memória**

Relatório de Estágio

Elaborado por:

Dora Sofia Rodrigues Domingues

Orientador:

Professor Doutor José Carlos Rodrigues Gomes

Leiria, abril 2026

O Júri

Presidente Doutor/a: _____

Vogais Doutor/a: _____

Doutor/a: _____

Doutor/a: _____

Doutor/a: _____

Doutor/a: _____

Doutor/a: _____

AGRADECIMENTOS

Ao Professor José Carlos, pela confiança, resiliência e empenho que em mim depositou. Agradeço por nunca ter desistido de mim, transmitindo-me sempre a força e a coragem necessárias para não baixar os braços e para acreditar nas minhas capacidades e competências. A sua disponibilidade constante e o seu espírito de entreajuda foram fundamentais; sem o seu apoio, este percurso não teria sido possível.

Um agradecimento especial à minha família (pai, mãe e irmãos) pela compreensão e paciência infinitas, nomeadamente nos momentos de maior fragilidade, em que a vontade de desistir surgia perante a incerteza das minhas capacidades. Obrigada por terem sido o pilar crucial que me sustentou. A todos vós, a minha profunda gratidão.

Com imenso amor e carinho, agradeço ao meu companheiro, pelo companheirismo e pela paciência perante as inúmeras horas de sono sacrificadas em prol da elaboração dos trabalhos escritos e das exigências deste mestrado. Obrigada, meu amor, por caminharmos sempre juntos.

Aos meus amigos e amigas, o meu obrigado pelo apoio constante e pelo incentivo ao longo de todo este trajeto.

Aos enfermeiros orientadores dos ensinios clínicos, bem como a todos os enfermeiros que se cruzaram no meu percurso académico, agradeço a generosa partilha de conhecimentos, conselhos e sugestões de melhoria. O vosso contributo foi determinante na construção da minha identidade profissional e crucial para todo este processo.

A todos os intervenientes que participaram no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, do início ao fim, o meu reconhecimento pela motivação, interesse e iniciativa demonstrados. Por fim, e não menos importante, agradeço a mim mesma, pela resiliência demonstrada ao longo deste percurso, por me manter fiel aos meus princípios e por nunca ter desistido dos meus objetivos.

A todos, o meu eterno e sincero obrigado.

"Os sonhos são como uma bússola, indicando os caminhos que seguiremos e as metas que queremos alcançar. São eles que nos impulsionam, nos fortalecem e nos permitem crescer."
Cury, A. (2004, p. 14)

RESUMO

O presente relatório de estágio descreve e analisa criticamente o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Leiria. O itinerário formativo percorreu três contextos assistenciais distintos: a Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém (ULS Médio Tejo), o Serviço de Internamento de Psiquiatria de Peniche (ULS Oeste) e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental das Caldas da Rainha.

Ancorado na Teoria das Transições de Afaf Meleis e no modelo de Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, o percurso focou-se na transição de papel do enfermeiro de cuidados gerais para o patamar de enfermeiro especialista. A prática clínica foi sustentada por intervenções de matriz cognitivo-comportamental, psicoterapêutica e socioterapêutica, centradas na capacitação do utente e da família para o processo de *recovery*.

Atendendo às necessidades identificadas, foi implementado um Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) focado na estimulação cognitiva. A operacionalização deste programa permitiu sistematizar a intervenção especializada, utilizando a estimulação cognitiva como ferramenta para otimizar a funcionalidade e a autonomia dos utentes. Os resultados obtidos evidenciam ganhos em saúde mental, nomeadamente na manutenção de capacidades cognitivas remanescentes e no reforço da aliança terapêutica através do uso terapêutico do eu.

Em conclusão, este relatório demonstra a integração de saberes teóricos e práticos, validando a aquisição das competências comuns e específicas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros. O percurso revelou-se transformador, consolidando uma identidade profissional assente na peritagem clínica, na ética e na busca incessante pela excelência e segurança dos cuidados em saúde mental.

Palavras-Chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Estímulo Cognitivo; Competência Profissional; Melhoria Contínua da Qualidade; Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

This internship report describes and critically analyzes the development of specialized competences in Psychiatric-Mental Health Nursing (PMHN), conducted as part of the Master's Degree in Psychiatric-Mental Health Nursing at the School of Health Sciences of Leiria. The clinical pathway encompassed three distinct healthcare settings: the Community Care Unit of Ourém (ULS Médio Tejo), the Psychiatric Inpatient Service in Peniche (ULS Oeste), and the Department of Psychiatry and Mental Health in Caldas da Rainha.

Grounded in Afaf Meleis' Transitions Theory and Hildegard Peplau's Theory of Interpersonal Relations, this journey focused on the role transition from general care nurse to the level of nurse specialist. Clinical practice was supported by cognitive-behavioral, psychotherapeutic, and sociotherapeutic interventions, centered on empowering the user and their family throughout the recovery process.

Addressing the identified needs, a Nursing Care Quality Continuous Improvement Program (NCQCIP) focused on cognitive stimulation was implemented. The operationalization of this program allowed for the systematization of specialized care, using cognitive stimulation as a strategic tool to optimize the users' functionality and autonomy. The results demonstrate significant mental health gains, particularly in maintaining remaining cognitive capacities and strengthening the therapeutic alliance through the therapeutic use of self.

In conclusion, this report demonstrates the integration of theoretical and practical knowledge, validating the acquisition of the core and specific competencies required by the Order of Nurses. The process proved to be transformative, consolidating a professional identity based on clinical expertise, ethics, and the pursuit of excellence and safety in mental health care.

Keywords: Psychiatric-Mental Health Nursing; Cognitive Stimulation; Professional Competence; Continuous Quality Improvement; Psychosocial Rehabilitation.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de centros de saúde
APA – American Psychological Association
AVD – Atividades de vida diária
CIPE – Classificação internacional para a prática de enfermagem
CSP – Cuidados de saúde primários
DP – Desvio-padrão
DPSM – Departamento de psiquiatria e saúde mental
EC – Estimulação cognitiva
ECSM – Equipa comunitária de saúde mental
EE – Enfermeiro especialista
EEESMP – Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica
ESMP – Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica
ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria
M – Média
Max – Máximo
MCQ – Melhoria contínua da qualidade
Me – Mediana
Mi – Mínimo
MMSE – *Mini-Mental State Examination*
Mo – Moda
NIC – Classificação das intervenções de enfermagem
NOC – Classificação dos resultados de enfermagem
OE – Ordem dos enfermeiros
OMS – Organização mundial de saúde
P – Percentis
PE – Processo de enfermagem
PEC – Programa de estimulação cognitiva
PIC – Planos individuais de cuidados
PMCQCE – Projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem
SM – Saúde mental
SNS – Serviço nacional de saúde
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
TCC – Terapia cognitivo-comportamental
UCC – Unidade de cuidados na comunidade
ULS – Unidade local de saúde
ULSO – Unidade local de saúde do Oeste
ULSRL – Unidade Local de Saúde Regional de Leiria

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
ÍNDICE DE QUADROS	xiii
ÍNDICE DE TABELAS	xiv
INTRODUÇÃO	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DA PRÁTICA CLÍNICA	19
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUÁTRICA.....	19
1.1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE OURÉM DA ULS DO MÉDIO TEJO (ANTERIORMENTE ACES MÉDIO TEJO)	19
1.2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA (PENICHE) DA ULS OESTE.....	20
1.3. UNIDADE DE CUIDADOS DIFERENCIADOS NO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (DPSM) DAS CALDAS DA RAINHA	20
PARTE III – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	22
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	22
1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	22
1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	24
1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	25
1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	25
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	26
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.....	27
2.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL.....	28
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.....	29
2.4. PRESTA CUIDADOS DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO, SOCIOTERAPÊUTICO, PSICOSSOCIAL E PSICOEDUCACIONAL, 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	32
PARTE IV – PLANO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (PMCQCE)	34
1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA.....	34
2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO	35
3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS	37

4. PERCEBER AS CAUSAS	37
5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES	47
6. VERIFICAR OS RESULTADOS.....	50
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA	51
8. RECONHECIMENTO E PARTILHA DO SUCESSO	53
CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

ANEXOS

ANEXO I – Parecer 58/CEULSRL/2025

ANEXO II – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, em conformidade com a Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde do Politécnico de Leiria

ANEXO III – *Mini-mental State Examination (MMSE)*

ANEXO IV – Indicador de resultados NOC “Cognição”

ANEXO V – Escala de Likert adaptada

ANEXO VI – Testes de normalidade das variáveis: idade, MMSE 1º momento e MMSE 2º momento

ANEXO VII – Diagrama de extremos e quartis da distribuição da variável Idade (n=20)

ANEXO VIII – Comparação das frequências da pontuação no MMSE 1º momento) entre o grupo caso e o grupo controlo (Teste U de Mann-Whitney)

ANEXO IX – Comparação das frequências da pontuação no MMSE 2º momento) entre o grupo caso e o grupo controlo (Teste U de Mann-Whitney)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guia orientador: exercite as suas capacidades mentais

APÊNDICE II – Plano de sessão “emoções” (intervenção psicoeducacional) para os utentes

APÊNDICE III – Plano de sessão “emoções” (intervenção psicoeducacional) para os familiares

APÊNDICE IV – Sessão psicoeducacional “emoções” para os utentes e familiares

APÊNDICE V – Folheto “emoções”

APÊNDICE VI – Plano de sessão “autoestima” (intervenção psicoeducacional)

APÊNDICE VII – Sessão psicoeducacional autoestima

APÊNDICE VIII – Folheto autoestima

APÊNDICE IX – Sessão psicoeducacional “sono”

APÊNDICE X – Estratégias para um sono saudável

APÊNDICE XI – Grelha de assiduidade diária

APÊNDICE XII – Grelha de observação direta do envolvimento ativo dos utentes nas dinâmicas grupais

APÊNDICE XIII – Cronograma de atividades (PMCQCE)

Nota: Os anexos/apêndices volume 2

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1– Diagrama de Causa-Efeito de Ishikawa ou Espinha de Peixe	37
---	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução das médias cognitivas entre o Momento 1 e o Momento 2, por grupo	51
--	-----------

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Domínios cognitivos e respetivos itens/tarefas da escala.....	41
Quadro 2 – Indicadores NOC selecionados e descrição na prática clínica para este projeto.....	42
Quadro 3 – Nível de concordância e interpretação no projeto	42
Quadro 4 – Critérios de avaliação definidos para o projeto	43
Quadro 5 – Proposta de sustentabilidade através da análise SWOT	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra detalhada (variáveis idade e MMSE), momentos 1 e 2, por grupo.....	45
Tabela 2 – Eixo de intervenções e medidas de ajuste	46
Tabela 3 – Planeamento do programa de intervenção do PMCQCE	47
Tabela 4 – Comparação dos resultados do MMSE entre o Momento 1 e o Momento 2, por grupo: Teste de Wilcoxon.....	51

INTRODUÇÃO

O presente documento é elaborado no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório, visando a obtenção do grau de Mestre e do título de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EEESMP), reconhecido pela ordem dos enfermeiros (OE). Este relatório consubstancia um exercício de análise crítica e sistematização do percurso de desenvolvimento de competências realizado ao longo dos ensinamentos clínicos. Mais do que um registo descritivo, este trabalho reflete o processo de transição de papel de enfermeiro de cuidados gerais para o patamar de especialista, em estrita observância dos referenciais normativos da OE (Regulamentos n.º 515/2018 e n.º 140/2019).

A elaboração deste documento visa demonstrar a aquisição de competências clínicas e científicas avançadas. Para o efeito, definiu-se como objetivo geral: analisar criticamente o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista (EE), evidenciando a integração de saberes teóricos e práticos na prestação de cuidados de elevada complexidade à pessoa, família e comunidade.

Como objetivos específicos, destacam-se:

- Refletir criticamente sobre o percurso formativo com base nas competências comuns e específicas definidas pela OE;
- Sustentar a prática clínica em modelos teóricos robustos e na evidência científica atual;
- Validar a tomada de decisão clínica à luz do código deontológico (OE, 2015);
- Avaliar o impacto das intervenções através do programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMQCE), intitulado em “estimulação cognitiva na doença mental crónica: Intervenção nos domínios da atenção e memória”.

A identidade do EEESMP alicerça-se numa práxis que privilegia a relação terapêutica e o uso deliberado do “eu” como instrumentos centrais de cuidado. As experiências clínicas decorreram em contextos distintos: a vertente comunitária na unidade local de saúde (ULS) do Médio Tejo de Ourém (anteriormente agrupamento de centros de saúde (ACES) Médio Tejo); o internamento psiquiátrico de agudos em Peniche na ULS do Oeste; e, por fim, os cuidados diferenciados no departamento de psiquiatria e saúde mental (DPSM) das Caldas da Rainha. Esta diversidade permitiu uma visão sistémica do utente, com intervenções pautadas por modelos de reabilitação psicossocial e estratégias de matriz cognitivo-comportamental, visando a capacitação para o *recovery* e o incremento da literacia em saúde mental.

No domínio das intervenções especializadas, a estimulação cognitiva (EC) assume-se como um pilar da reabilitação, transcendendo a execução de exercícios de EC. Segundo Sequeira (2018), estas intervenções são processos relacionais que visam a otimização das capacidades remanescentes e a promoção do bem-estar emocional. Esta abordagem fundamenta-se na neuroplasticidade, permitindo potenciar a reserva cognitiva e retardar o declínio funcional. Como preconizado por Townsend (2011), a intervenção de enfermagem deve focar-se na restauração da funcionalidade social, onde o treino de funções executivas e a orientação para a realidade catalisam o processo de *recovery*.

Desta interseção entre a evidência e a necessidade clínica, emergiu o meu PMQCE, intitulado em “estimulação cognitiva na doença mental crónica: Intervenção nos domínios da atenção e memória”, que visou sistematizar a EC enquanto cuidado especializado, intencional e mensurável. Ao integrar os pressupostos de Peplau na relação interpessoal, a EC tornou-se um veículo de ressignificação da vivência do utente. Neste contexto, formulou-se a seguinte questão de investigação: *“Como pode a aplicação sistemática de sessões de estimulação cognitiva, sustentada pelo uso terapêutico do eu, potenciar o desenvolvimento de competências de peritagem do enfermeiro especialista e promover o recovery do utente?”*

Estruturalmente, o relatório divide-se em quatro partes:

- Parte I: Enquadramento teórico e concetual;

- Parte II: Caracterização dos contextos de prática clínica (Ourém, Peniche e Caldas da Rainha);
- Parte III: Análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas (Regulamento n.º 515/2018);
- Parte IV: Apresentação do PMCQCE, etapas de implementação e resultados obtidos.

O documento culmina com a conclusão e sugestões de melhoria, seguindo as normas da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei), o Novo Acordo Ortográfico e as normas da American Psychological Association (APA).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A transição para o nível de EE transcende a mera titulação académica, consubstanciando-se numa profunda reconfiguração da identidade profissional. Este percurso, de natureza dinâmica e reflexiva, exige que o enfermeiro integre competências de perito com uma consciência ética apurada. No domínio da saúde mental (SM), esta identidade consolida-se através da capacidade de gerir respostas humanas complexas, em que o EE deixa de ser um executor de tarefas para se assumir como um decisor clínico autónomo, fundamentando a sua práxis nos padrões de qualidade vigentes (OE, 2014).

Mais do que um veículo para atingir um fim, a relação terapêutica em SM constitui a própria essência da intervenção especializada. É neste espaço interpessoal, deliberadamente construído, que ocorre a transformação clínica. Através do uso terapêutico do "eu" (Sequeira, 2016), o enfermeiro estabelece uma aliança assente na empatia e na confiança mútua. Esta conexão permite ao utente explorar o seu sofrimento num ambiente de segurança psicológica, facilitando a transição de um estado de vulnerabilidade para um patamar de maior resiliência e autoconhecimento.

A compreensão contemporânea dos fenómenos mentais exige uma distinção clara, embora interligada, entre os conceitos de saúde e doença. Esta dicotomia é fundamental para que o EE consiga atuar tanto na promoção do bem-estar como na gestão do sofrimento psicopatológico.

A SM é aqui entendida como um estado de equilíbrio dinâmico e resiliência, que permite ao indivíduo realizar o seu potencial, gerir o stress quotidiano e contribuir para a sua comunidade. Como sublinha Sequeira (2010), o foco reside no desenvolvimento de competências como a autonomia e a adaptabilidade. No âmbito deste relatório, a SM é abordada como um recurso vital que o EE deve potenciar, mesmo em utentes com diagnóstico clínico, focando-se na otimização da reserva cognitiva e na competência de interação social.

Inversamente, a doença mental caracteriza-se por alterações no pensamento, humor ou comportamento que geram sofrimento significativo e comprometimento funcional. Esta condição acarreta frequentemente défices nas funções cognitivas (como a atenção, memória e funções executivas) que limitam a autonomia do indivíduo no seu quotidiano. No contexto desta intervenção, a doença mental não é vista como um estado estático, mas sim como uma barreira à adaptação que exige intervenções especializadas (farmacológicas e não farmacológicas) para mitigar os seus efeitos nas relações interpessoais e na qualidade de vida (Monteiro & Louzã, 2007).

A opção pelo referencial de Hildegard Peplau (1991) revelou-se estratégica para a viabilização deste projeto. No meu entender, a reabilitação cognitiva não se esgota na aplicação de exercícios mentais; ela depende, acima de tudo, da robustez da aliança terapêutica. Esta perspetiva permitiu-me utilizar o processo interpessoal para resgatar a saúde mental ainda presente no utente.

Na prática, segui as etapas preconizadas pela autora. Comecei pela fase da orientação e identificação, onde o meu esforço principal foi mitigar o estigma que os utentes sentiam face às suas próprias dificuldades. Já na fase de exploração, durante as sessões de EC propriamente ditas, assumi um papel de liderança e de recurso, servindo de suporte emocional perante a frustração que surgia quando os exercícios se tornavam mais complexos. Por fim, na fase de resolução, o meu foco deslocou-se para a autonomia, incentivando os utentes a aplicar as melhorias na atenção e memória nas suas rotinas diárias na unidade, preparando-os para a manutenção do seu funcionamento social sem a dependência direta do suporte de enfermagem.

A identidade do EE durante a intervenção não se manifestou de forma estática, mas sim através de uma alternância de papéis ajustados às necessidades flutuantes do utente (Peplau, 1991). Inicialmente, o papel de estranho permitiu uma abordagem isenta de julgamentos, onde o respeito pela individualidade lançou os alicerces da confiança mútua.

Com a evolução do programa de estimulação cognitiva (PEC), ganharam destaque os papéis de pessoa de recurso e de professor. Nestas funções, o EE facilitou a aprendizagem experiencial, auxiliando o utente a integrar novos mecanismos cognitivos na sua rotina. Simultaneamente, através de uma liderança democrática, incentivou-se o utente a assumir o protagonismo da sua própria reabilitação, combatendo a passividade institucional.

Em situações de maior complexidade emocional, emergiram os papéis de substituto e de conselheiro. Enquanto o primeiro exigiu que o EE auxiliasse na clarificação de sentimentos projetados, o papel de

conselheiro revelou-se fundamental para que o utente pudesse atribuir um significado à sua experiência de doença, desenvolvendo estratégias de adaptação resilientes e fundamentadas (Peplau, 1991).

A versatilidade dos papéis desempenhados permite ao EE ajustar-se à singularidade de cada indivíduo, catalisando o amadurecimento e a recuperação psicossocial (Peplau, 1991). No decurso deste projeto, a comunicação terapêutica não foi encarada como uma competência acessória, mas sim como o instrumento basilar na operacionalização dos cuidados. Esta distingue-se da interação social convencional pela sua intencionalidade clínica, convergindo exclusivamente para a promoção de respostas adaptativas do utente.

Fundamentada no referencial de Sequeira (2016), a intervenção comunicacional estruturou-se em dimensões atitudinais e técnicas, vitais para a viabilização do PEC:

- Dimensão atitudinal: A postura adotada privilegiou a empatia e a aceitação incondicional. Este posicionamento foi determinante para edificar um ambiente de segurança psicológica, onde o utente se sentiu legitimado a expor as suas fragilidades cognitivas sem o estigma do julgamento.
- Dimensão técnica: A aplicação estratégica de competências como a escuta ativa, a reformulação e a validação permitiu ao EE uma gestão dinâmica das sessões. Face à frustração manifestada perante exercícios de maior complexidade, o recurso ao silêncio terapêutico e à focalização revelou-se crucial para conter a ansiedade e restaurar a autoconfiança do participante. Em última análise, a comunicação funcionou como o elo que permitiu transpor o hiato da psicopatologia, convertendo cada interação num espaço de reabilitação (Sequeira, 2016).

A eficácia comunicativa em SM transcende a mera aplicação de técnicas, exigindo a presença de requisitos que blindem a segurança do espaço terapêutico. No âmbito deste projeto, a prática foi sustentada por três pilares adaptados de Sequeira (2016) e Phaneuf (2012):

1. Consciência de si e disponibilidade interna: Previamente a cada sessão de EC, procedeu-se a um exercício de autoconhecimento e regulação emocional. Esta "disponibilidade interna" assegurou que as respostas do EE fossem estritamente centradas no utente, mitigando a interferência de ruídos emocionais próprios na interpretação das mensagens (Sequeira, 2016).
2. Escuta ativa como ferramenta diagnóstica: Indo além da receção auditiva, a escuta ativa foi utilizada para decodificar sinais não-verbais de frustração. Esta monitorização permitiu a validação imediata de sentimentos, transformando potenciais episódios de desistência num reforço da aliança terapêutica através da resposta empática.
3. Coerência e transparência (autenticidade): A eficácia da relação exigiu uma congruência contínua entre a linguagem verbal e não-verbal. Este requisito foi o garante de um clima de confiança, possibilitando que os utentes explorassem o seu potencial cognitivo num contexto de plena aceitação (Phaneuf, 2012).

Desta forma, os pressupostos comunicacionais deixaram de ser abstrações teóricas para se constituírem como o suporte ético-prático que viabilizou a obtenção de ganhos efetivos em saúde.

PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS DA PRÁTICA CLÍNICA

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A prática clínica aqui analisada inscreveu-se num período de profunda mutação no sistema público de saúde português. A reestruturação do serviço nacional de saúde (SNS) em ULS redefiniu o paradigma da prestação de cuidados, consolidando uma integração vertical entre os cuidados de saúde primários (CSP) e os cuidados diferenciados. No domínio da SM, esta transição é particularmente virtuosa, na medida em que permite uma continuidade de cuidados mais fluida e o combate ao fenómeno da "porta giratória", otimizando os recursos em prol da estabilidade psicossocial do utente.

Durante este percurso, a minha intervenção de reabilitação cognitiva não foi encarada como um ato isolado, mas como um elo num percurso de recuperação integrado. Esta visão sistémica foi vivenciada em contextos distintos, permitindo-me atuar em diferentes fases do ciclo vital e níveis de complexidade: desde o acompanhamento em contexto comunitário (Ourém na ULS do médio tejo anteriormente integrado no ACES Médio Tejo), passando pela fase de internamento (serviço de internamento de psiquiatria de Peniche da ULS Oeste), até à articulação em cuidados diferenciados no DPSM das Caldas da Rainha).

A governação da saúde em Portugal atravessa uma transição paradigmática cujo alicerce reside na lei de bases da saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro). Esta legislação representou um marco ao reafirmar o SNS como um sistema humanista, onde a SM é reconhecida como uma dimensão indissociável da saúde geral.

Na minha prática como EE em formação, a relevância desta lei manifestou-se na operacionalização de três princípios fundamentais:

- A centralidade no utente: Incentivando a participação ativa do indivíduo no seu plano de cuidados.
- A promoção da autonomia: Legitimando a EC como uma estratégia de autodeterminação.
- A integração de cuidados: Sustentando juridicamente a reestruturação das ULS e garantindo que a intervenção do EE tenha eco desde o internamento até ao domicílio.

O processo de aquisição de competências especializadas foi encarado como uma verdadeira metamorfose, onde a passagem de uma prática generalista para uma de peritagem foi construída através da reflexão sobre a ação:

- Tomada de decisão clínica: Evoluí da figura de "executor" para a de "decisor". Ao implementar o PEC, a peritagem manifestou-se na capacidade de ajustar intervenções em tempo real, baseando-me na avaliação contínua das respostas humanas dos utentes.
- Uso terapêutico do "eu": O desenvolvimento de competências passou pela consciencialização da minha presença como instrumento clínico. Mais do que aplicar técnicas, a peritagem residuiu na sensibilidade de selecionar a estratégia adequada à singularidade de cada pessoa, respeitando os padrões de qualidade da ordem dos enfermeiros.
- Liderança na nova orgânica das ULS: No contexto das ULS, a liderança estendeu-se à capacidade de influenciar a equipa multidisciplinar e gerir recursos de forma eficiente, promovendo uma cultura de cuidados baseada na evidência científica e minimizando as fragmentações que historicamente penalizavam o utente com doença mental crónica.

1.1. UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE OURÉM DA ULS DO MÉDIO TEJO (ANTERIORMENTE ACES MÉDIO TEJO)

A experiência clínica em contexto comunitário decorreu na unidade de cuidados na comunidade (UCC) de Ourém. Integrada na atual estrutura da ULS do Médio Tejo (anteriormente ACES Médio Tejo), esta unidade assume como missão central a prestação de cuidados de saúde de proximidade, assegurando uma resposta integrada nos diferentes níveis de prevenção.

A intervenção da UCC abrange um espetro populacional diversificado, incluindo não só os utentes inscritos no centro de saúde local, mas também a comunidade escolar e institucional inserida na sua área de influência. O perfil demográfico da região caracteriza-se por um envelhecimento progressivo da população, o que exige do

EE uma capacidade de adaptação constante para responder a necessidades de saúde cada vez mais complexas e marcadas pela cronicidade.

A filosofia de cuidados da unidade assenta em valores de responsabilidade, espírito colaborativo e uma elevada capacidade de reinvenção e aprendizagem, pilares que considero fundamentais para a eficácia das intervenções de enfermagem especializada. Operacionalmente, a UCC é sustentada por uma equipa multiprofissional que atua em áreas críticas como a equipa de cuidados integrados, a intervenção em famílias de risco e o Programa Nacional de Saúde Escolar.

No âmbito deste projeto, destaca-se a área da promoção da saúde mental, que surge interligada com outras vertentes preventivas, como o controlo de doenças crónicas e a prevenção de isolamento em idosos. Esta visão holística permitiu que a intervenção de reabilitação cognitiva fosse implementada não como um ato isolado, mas como uma estratégia de promoção de estilos de vida saudáveis e de preservação da autonomia funcional numa população envelhecida e vulnerável.

1.2. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA (PENICHE) DA ULS OESTE

A componente de prática clínica em regime de internamento decorreu no serviço de internamento de psiquiatria de Peniche, integrada na ULS do Oeste. Este serviço, de génese recente (março de 2024), consubstancia uma resposta especializada a situações de descompensação psicopatológica aguda que exijam um ambiente terapêutico estruturado e uma intervenção multidisciplinar intensiva.

Situada no primeiro piso da unidade hospitalar, a enfermaria dispõe de uma lotação de 15 camas. A equipa é propositadamente diversificada, integrando médicos, enfermeiros (incluindo a enfermeira gestora), psicólogos, terapeutas ocupacionais, psicomotristas e assistentes sociais. No âmbito do meu percurso, esta configuração permitiu-me experienciar a interdisciplinaridade como o eixo central de um plano terapêutico que funde as vertentes psicofarmacológica, psicoterapêutica e socioterapêutica.

O espaço físico foi concebido para maximizar a gestão do risco e a segurança clínica. Destaca-se a existência de um quarto de isolamento específico, equipado com mobiliário fixo e paredes acolchoadas para a mitigação de danos, além de um sistema de segurança baseado em portas magnéticas. Estas características estruturais não são meras barreiras, mas instrumentos que garantem um ambiente controlado, essencial para a estabilização de utentes em fases críticas de vulnerabilidade.

A governação do serviço pauta-se por rotinas rigorosas que visam a estruturação do quotidiano do utente, um elemento terapêutico por excelência em SM. A gestão de visitas, a monitorização de pertences pessoais e a regulação de consumos (como o tabaco e alimentos trazidos do exterior) são operacionalizadas pela equipa de enfermagem. Mais do que medidas disciplinares, estas normas funcionam como mecanismos de contenção ambiental, reduzindo estímulos disruptivos e promovendo a equidade e segurança no espaço comum.

As intervenções psicossociais e psicoeducacionais, quer individuais quer grupais, são dinamizadas em espaços polivalentes, como o refeitório ou gabinetes clínicos, adaptando-se às necessidades específicas de cada intervenção. Complementarmente, a unidade assegura uma resposta holística ao integrar o suporte espiritual e religioso, respeitando a individualidade de cada percurso de recuperação.

Este serviço opera num modelo de estreita interdependência com o Hospital das Caldas da Rainha (onde se centraliza a urgência psiquiátrica diurna) e com o Hospital de Santa Maria em períodos de contingência. No meu processo de desenvolvimento de competências, esta articulação em rede foi fundamental para compreender o fluxo do utente no sistema de saúde e o papel do EE na transição segura entre os diferentes níveis de cuidados.

1.3. UNIDADE DE CUIDADOS DIFERENCIADOS NO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL (DPSM) DAS CALDAS DA RAINHA

O ensino clínico nas Caldas da Rainha proporcionou um contacto privilegiado com cuidados de elevada diferenciação, funcionando como o eixo logístico e clínico da ULS do Oeste. Esta instituição, formalmente constituída a 1 de janeiro de 2024 através da integração do Centro Hospitalar do Oeste e dos ACES Oeste Norte e Sul, serve uma vasta área geográfica que se estende de Caldas da Rainha e Peniche até Torres Vedras e Sobral de Monte Agraço.

Inserida nesta estrutura, a missão da unidade local de saúde do Oeste (ULSO) foca-se na prestação de cuidados multidisciplinares de excelência, pautados pelo rigor ético e pela otimização de recursos. No DPSM, esta visão traduz-se na expansão do acesso ao tratamento e na promoção de uma resposta abrangente às necessidades da população. Para o EE, este contexto exige uma peritagem técnica elevada na gestão de casos complexos, onde a tomada de decisão é sustentada por avaliações rigorosas e instrumentos de medida aferidos.

O DPSM conta com uma equipa robusta e diversificada, onde a presença de 16 EEESMP reforça o peso da enfermagem diferenciada na unidade. A oferta assistencial é multifacetada, destacando-se:

- Consulta externa: Atendimento especializado para adultos e uma valência dedicada à Infância e adolescência (em parceria com a ULS Santa Maria).
- Equipa comunitária de saúde mental (ECSM): Com particular incidência no Oeste Sul, assegura a continuidade de cuidados através de visitas domiciliárias, intervenções grupais e uma articulação estratégica com os CSP.
- Urgência e internamento: Serviços que, desde março de 2024, complementam a resposta à crise e ao episódio agudo.

A minha experiência nas Caldas da Rainha consolidou a visão da SM como uma área de elevada especialização. Atuei como um facilitador na transição entre níveis de cuidados, percebendo que a implementação de estratégias de EC exige uma personalização extrema, dada a singularidade da psicopatologia e o seu impacto nas funções executivas.

A projeção futura do DPSM, que ambiciona a criação de Hospitais de Dia e a expansão das ECSM para o Oeste Norte, reforça a necessidade de uma liderança clínica proativa por parte do EE. Este cenário de crescimento organizacional exige uma coordenação sem falhas entre as estruturas hospitalares e o suporte comunitário, garantindo que a proximidade prevista na visão da ULSO se traduza em ganhos reais de saúde e qualidade de vida para os utentes da região.

PARTE III – ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O meu percurso de especialização não foi meramente técnico, mas profundamente ancorado nos princípios do código deontológico do enfermeiro. No contacto com utentes em situações de grande vulnerabilidade psicopatológica, a minha prática pautou-se pelo respeito à dignidade e à integridade biopsicossocial, tal como preconizado no Artigo 103.º do código deontológico (OE, 2015).

Ao implementar intervenções de enfermagem especializadas, a preocupação ética centrou-se no direito ao consentimento informado. Garanti que cada utente fosse um parceiro ativo no seu plano terapêutico, assegurando que a patologia mental não servisse de barreira à sua autodeterminação. Esta postura ética é o que diferencia o "fazer" do "ser" do EE: a capacidade de proteger a autonomia mesmo quando esta parece fragilizada.

O desenvolvimento de competências especializadas teve como linha orientadora os referenciais normativos da ordem dos enfermeiros:

- Regulamento n.º 140/2019 (competências comuns do EE, OE (2019): A transição para a peritagem exigiu um reforço na tomada de decisão clínica complexa e na melhoria contínua da qualidade. Durante os ensinamentos clínicos, procurei garantir um "ambiente terapêutico e seguro" (competência B3), gerindo o risco e otimizando a articulação multidisciplinar. O autoconhecimento (competência D1) foi vital; reconheci que a minha própria presença e estabilidade emocional são ferramentas de cuidado essenciais na relação terapêutica.
- Regulamento n.º 515/2018 (competências específicas do EEESMP, OE (2018)): A minha prática materializou-se no auxílio à pessoa "na otimização da saúde mental". Através de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, ajudei os utentes a lidarem com o impacto da doença nas suas funções executivas. A peritagem aqui residuiu na capacidade de interpretar respostas humanas e individualizar estratégias de reabilitação psicossocial, indo além da execução de protocolos e focando-me na capacitação do indivíduo.

A monitorização da eficácia dos meus cuidados foi feita à luz dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (ESMP). Este regulamento foi o meu guia para assegurar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem:

- Promoção da autonomia: O meu foco na reabilitação cognitiva alinou-se com o padrão que exige que o EE potencie as capacidades remanescentes, preparando o utente para a reintegração social.
- Continuidade de cuidados: No contexto das ULS (Ourém, Peniche e Caldas), a articulação entre serviços foi pensada para evitar a fragmentação do percurso terapêutico, garantindo que os ganhos obtidos tivessem eco no acompanhamento comunitário.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A construção da minha identidade como EE foi sustentada pela articulação entre o saber científico e a experiência clínica, permitindo a consolidação dos quatro domínios das competências comuns (regulamento n.º 140/2019, OE (2019):

- Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- Domínio da melhoria contínua da qualidade;
- Domínio da gestão dos cuidados;
- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.1. DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A assunção da responsabilidade profissional, ética e legal constitui o alicerce identitário do EE. Este domínio transcende o mero cumprimento normativo, exigindo uma consciência profunda sobre as implicações de cada ato clínico. Como sustenta Coelho (2011), a responsabilidade pressupõe a capacidade de o enfermeiro responder pelas suas opções e comportamentos, assumindo um compromisso ético e jurídico perante o utente, a profissão e a sociedade.

No decurso dos ensinamentos clínicos, a operacionalização deste domínio revelou-se indissociável do exercício do pensamento crítico. Mais do que um exercício intelectual, este constituiu-se como uma ferramenta de proteção: em contextos de elevada complexidade, como o internamento psiquiátrico ou a intervenção domiciliária, o pensamento crítico permitiu-me filtrar a informação clínica e adaptar a intervenção à singularidade da pessoa cuidada. Esta reflexividade foi determinante para distinguir o "tecnicamente possível" do "eticamente adequado", assegurando que a intervenção não fosse uma imposição, mas uma resposta deliberada e personalizada.

A tomada de decisão foi o momento em que a responsabilidade se tornou tangível. Ao fundamentar as minhas escolhas na evidência científica e nos normativos da ordem dos enfermeiros, assegurei a conformidade legal da minha prática. Contudo, foi na dimensão ética que o desafio se tornou mais premente: a gestão de situações onde a autonomia do utente se encontrava fragilizada pela patologia exigiu uma tomada de decisão prudente e partilhada. Nestes momentos, a minha atuação pautou-se pela advocacia do utente, garantindo que, mesmo em situações de crise, a dignidade e os direitos fundamentais fossem preservados.

Esta evolução permitiu-me transitar de uma prática executora para uma governação clínica autónoma, onde a responsabilidade é assumida como um dever moral de excelência, respondendo, como defende Coelho (2011), pela integridade de cada intervenção.

A consolidação deste domínio encontrou eco fundamental na competência A1 — *Efetua o autodiagnóstico do seu desenvolvimento e o plano de aprendizagem ao longo da vida* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746). Esta competência não configura apenas um requisito administrativo, mas representa a transposição direta dos conhecimentos adquiridos na unidade curricular de ética e deontologia em enfermagem.

A reflexão teórica sobre os princípios éticos permitiu-me compreender que a competência técnica é indissociável da responsabilidade deontológica. O enfermeiro que não reconhece as suas limitações ou que descarta a atualização constante compromete a segurança e a dignidade do utente. Assim, a competência A1 materializou-se na minha capacidade proativa de identificar áreas de fragilidade e procurar evidência científica que sustentasse a minha decisão clínica. Desta forma, a ética deixou de ser um conceito abstrato para se tornar a força motriz que garantiu cuidados alinhados com o "estado da arte" e com as necessidades específicas de cada utente alvo da minha intervenção.

A supervisão clínica constituiu-se como um pilar estruturante da minha prática especializada, sendo assumida não apenas como uma ferramenta pedagógica, mas como um imperativo deontológico focado na segurança do utente. Como preconiza Pires (2012), este processo de acompanhamento sustenta o desenvolvimento de competências de reflexividade, cruciais para gerir a complexidade inerente ao cuidar em SM. Esta monitorização permitiu validar tomadas de decisão e mitigar o risco de erro clínico através de uma análise crítica partilhada.

Neste sentido, a supervisão alinha-se com a competência A1 (Regulamento n.º 140/2019), operando como um dispositivo de autodiagnóstico. O reconhecimento da necessidade de escrutínio por pares reflete uma elevada responsabilidade profissional, assegurando que os cuidados se mantêm pautados pelo rigor científico e pelos padrões de qualidade (Regulamento n.º 356/2015). A orientação facultada pelos supervisores foi, portanto, o catalisador para uma transposição segura da teoria para a complexidade da prática.

A minha integração em reuniões interdisciplinares nos contextos de cuidados comunitários, internamento e cuidados diferenciados, foi igualmente central na consolidação da minha identidade como futura EE. A discussão de casos nestes ensinamentos clínicos permitiu a construção de planos individuais de cuidados (PIC) mais robustos, operacionalizando a competência A2 (Regulamento n.º 140/2019) ao exigir a assunção da responsabilidade por decisões fundamentadas perante a equipa.

Em contexto comunitário, a minha prática expandiu-se através da dinamização de sessões de psicoeducação, do acompanhamento em consultas de enfermagem e nas visitas domiciliárias. A participação no Programa Nacional de Saúde Escolar evidenciou a relevância da literacia em SM como estratégia de prevenção primária. Este contacto com respostas humanas multivariadas impeliu-me a um autodiagnóstico constante (competência A1), exigindo a adaptação de linguagens e estratégias a diferentes grupos etários. Exemplos disto foram as sessões dirigidas à equipa multidisciplinar sobre continuidade de cuidados, e as intervenções focadas na gestão das emoções e na autoestima, realizadas junto de utentes e famílias em diversos contextos.

O sigilo profissional configurou-se como um dos domínios mais sensíveis da minha atuação. Como defende Gomes (2012), o segredo profissional é um direito fundamental do cidadão e um pressuposto indispensável da confiança na relação de ajuda. No domínio da SM, a preservação da esfera íntima é vital para a manutenção da aliança terapêutica, dada a natureza sensível dos conteúdos partilhados.

A operacionalização deste dever exigiu um pensamento crítico apurado, garantindo que a informação circulasse estritamente dentro do "círculo de cuidados" necessário. Assim, assegurei que a privacidade do utente fosse preservada em todos os registos e passagens de turno, protegendo a dignidade da pessoa e a integridade da profissão, em conformidade com o código deontológico (OE, 2015).

Alinhando o pensamento de Gomes (2012) com o Artigo 106.º do código deontológico (OE, 2015), consolidei a compreensão do sigilo como um instrumento de segurança clínica: ao sentir-se protegido pelo segredo profissional, o utente liberta-se para a exploração da sua psicopatologia, o que potencia o diagnóstico e a eficácia da intervenção. Esta responsabilidade, assumida ao longo do percurso de mestrado, alicerçou a minha identidade como especialista capaz de gerir informações de elevada complexidade com o rigor ético que a profissão exige.

Neste prisma, a conceção e o desenvolvimento de PMCQCE foram pautados pelos pressupostos éticos e legais que salvaguardam a investigação em saúde. Obteve-se, para o efeito, o parecer favorável da Comissão de Ética da instituição (Parecer 58/CEULSRL/2025 – Anexo I). Também se garantiu a obtenção do Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, em conformidade com a Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde do Politécnico de Leiria (anexo II), assegurando que o desenho do projeto respeitava os requisitos de segurança e integridade necessários à sua implementação.

A operacionalização da intervenção e a respetiva colheita de dados foram precedidas pela garantia do consentimento informado, esclarecido e livre, em estrita observância da Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde. Garantiu-se que a participação fosse estritamente voluntária e precedida de um esclarecimento inicial sobre os objetivos do estudo. Concomitantemente, a proteção da privacidade e a confidencialidade dos dados foram asseguradas em conformidade com a Lei n.º 58/2019 (RGPD) e com o dever de sigilo preconizado no código deontológico (OE, 2015). Esta postura ética reforçou a minha identidade como especialista, garantindo que a procura pela excelência clínica nunca se sobrepusesse ao respeito pela dignidade e vulnerabilidade da pessoa com doença mental.

A privacidade foi assumida como uma dimensão inalienável do cuidar especializado. Mais do que o recato físico, esta foi gerida na sua vertente informacional e psicossocial, salvaguardando o direito do utente à reserva da sua intimidade e história de vida. Segundo Coelho (2011), o respeito pela privacidade emana do princípio da dignidade da pessoa humana, exigindo que o enfermeiro seja o garante de um espaço seguro onde o utente exerça a sua subjetividade sem receio de intrusões.

Durante o percurso clínico, a operacionalização deste conceito foi transversal, desde o assegurar de condições de recato na prestação de cuidados diretos até à gestão criteriosa da informação partilhada em equipa multidisciplinar. Esta práxis, em total consonância com o Artigo 107.º do código deontológico (OE, 2015), revela-se premente em SM, onde a quebra da privacidade pode exacerbar o estigma e comprometer a aliança terapêutica. Assim, a proteção da esfera privada foi integrada como um indicador de qualidade, garantindo que o utente mantivesse o controlo sobre a sua imagem e dados pessoais.

1.2. DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

O domínio da melhoria contínua da qualidade (MCQ) ergue-se como um pilar estruturante da governação clínica, exigindo que o EE assuma o papel de agente de mudança, capaz de monitorizar e otimizar proativamente a práxis assistencial. Em consonância com Melo (2020), a qualidade em saúde é interpretada não como um estado estático, mas como um processo dinâmico de convergência com os padrões de excelência, focado na mitigação do risco e na potenciação da eficácia terapêutica.

Neste âmbito, a operacionalização da competência B1 (*contribui para o desenvolvimento da governação clínica*) (Regulamento n.º 140/2019), materializou-se na conceção e implementação do meu PMCQCE descrito na parte IV. A génese deste projeto não constituiu um ato isolado, mas resultou de uma resposta fundamentada às necessidades diagnosticadas na unidade. A aplicação do Ciclo PDCA, sob a perspetiva metodológica proposta por Pedro Salvada, aliada à utilização da *checklist* de Heather Palmer, permitiu instituir

uma cultura de segurança que transcende a prática individual. Esta abordagem promoveu uma visão sistémica da qualidade, essencial na gestão da complexidade dos cuidados de SM.

A competência B2 (*contribui para a garantia da qualidade e segurança dos cuidados*) constituiu o eixo motor de toda a colheita e análise de dados. Como preconiza a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2021), a segurança do doente é um imperativo ético que reclama a identificação proativa de incidentes e a edificação de barreiras de defesa eficazes.

No decurso dos ensinamentos clínicos, a monitorização de indicadores de processo e de resultado foi instrumental para avaliar a conformidade das intervenções de enfermagem com os padrões de qualidade (Regulamento n.º 356/2015). A reflexão crítica sobre estes indicadores distanciou-se de uma mera análise estatística, servindo como gatilho para a implementação de ações corretivas imediatas e sustentadas. Ao fundir a evidência científica com a prática quotidiana, assegurei que a MCQ fosse alicerçada num rigor metodológico que protege simultaneamente o utente e o profissional, consolidando a minha identidade como especialista capaz de liderar processos de mudança e transformação organizacional.

1.3. DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS

O domínio da gestão dos cuidados constitui uma dimensão central na práxis do EE, exigindo a articulação harmoniosa entre a perícia clínica e a gestão estratégica de recursos. Segundo Amaral (2012), gerir cuidados em enfermagem implica uma tomada de decisão complexa que visa garantir a continuidade, a segurança e a humanização da assistência, num equilíbrio constante entre as necessidades dos utentes e as dinâmicas organizacionais.

A operacionalização da competência C1 (*Gere os cuidados de enfermagem*) materializou-se na minha capacidade de coordenar o plano terapêutico dos utentes, assegurando a supervisão de tarefas delegadas e a articulação com a equipa multidisciplinar. Durante os ensinamentos clínicos, assumi a responsabilidade pela priorização de intervenções em contextos de elevada pressão assistencial, utilizando o pensamento crítico para otimizar os tempos de resposta clínica.

Neste âmbito, a competência C2 (*Lidera e gere equipas*) foi exercitada através da gestão de conflitos e da promoção de um clima de colaboração. A liderança exercida não foi de natureza hierárquica, mas sim uma liderança clínica de proximidade, pautada pela inteligência emocional e pela advocacia do utente. Como defende Melo (2020), a liderança em enfermagem é um processo de influência que visa a excelência dos cuidados; durante os ensinamentos clínicos, esta influência traduziu-se na motivação dos pares para o cumprimento de normas de boas práticas e na facilitação da comunicação interpessoal, essencial na gestão de casos complexos em SM.

A competência C3 (*Gere recursos e garante a continuidade dos cuidados*) foi particularmente visível na articulação entre os diferentes níveis de cuidados (hospital-comunidade). A minha intervenção focou-se na elaboração de planos de cuidados de enfermagem individualizados e na referência precoce para as equipas comunitárias, nomeadamente no ensino clínico em contexto de comunitária, mitigando as fragmentações no percurso do utente. A utilização criteriosa dos recursos materiais e humanos foi sempre pautada por critérios de custo-efetividade, sem nunca comprometer a segurança.

Finalmente, a competência C4 (*Participa na gestão de projetos e na mudança organizacional*) foi consubstanciada através do PMQCE. Ao propor uma mudança na metodologia de trabalho ou na forma de registo, atuei como um agente de mudança, reconhecendo que a gestão dos cuidados é indissociável da inovação. Esta experiência consolidou a minha identidade como futura EE capaz de olhar para a unidade de saúde como um sistema complexo que exige uma gestão assente na evidência e na melhoria contínua.

1.4. DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

O percurso de mestrado não se configurou como uma mera acumulação de saber teórico, mas sim como um processo de consolidação da identidade de especialista. Este domínio exige que o EE assuma a responsabilidade pela sua autotransformação, reconhecendo que este processo é um horizonte dinâmico e nunca um estado estático. Segundo Alarcão (2011), a prática reflexiva é o motor que converte a experiência

em conhecimento, permitindo ao profissional navegar com segurança na complexidade e na incerteza inerentes ao quotidiano clínico em SM.

A operacionalização da competência D1 (*Avalia o seu próprio desempenho e o dos outros*) (Regulamento n.º 140/2019), materializou-se num exercício constante de autocritica e na elaboração de autoanálises durante os ensinamentos clínicos que promoveram uma maior consciência de mim mesma, enquanto pessoa e profissional. Neste processo, a escuta ativa emergiu como um instrumento clínico deliberado. Como defende Phaneuf (2012), esta competência exige uma disponibilidade total para o outro, permitindo captar não apenas o conteúdo verbal, mas as entrelinhas emocionais e os silêncios que caracterizam o sofrimento mental.

Durante os ensinamentos clínicos nos contextos de comunitária, internamento e cuidados diferenciados, a utilização da escuta ativa permitiu consolidar a aliança terapêutica, facilitando o processo de *insight* do utente. Esta prática reforçou a minha capacidade de autodiagnóstico: ao escutar o outro e aprendi a escutar as minhas próprias respostas emocionais. Este exercício foi particularmente desafiante em contexto de cuidados diferenciados (consultas de Pedopsiquiatria), onde a necessidade de adaptar a linguagem e a abordagem à especificidade do utente exigiu o apelo à criatividade e uma reconfiguração da minha prática clínica habitual. Segundo Rogers (2009), a empatia configura-se como a aptidão para apreender o referencial interno do utente, mantendo a salvaguarda da neutralidade profissional, a preservação do “como se”. Esta delimitação de fronteiras foi crucial para providenciar uma ancoragem terapêutica robusta, evitando o risco de fusão emocional. A convergência entre a escuta ativa e esta sensibilidade empática resultou numa “empatia reflexiva”, que permitiu adaptar os cuidados à capacidade de processamento emocional do utente, promovendo, assim, uma assistência personalizada e eticamente sustentada.

Esta maturação foi partilhada com a equipa através da competência D2 (*Contribui para a aprendizagem dos pares e da equipa*). Assumi o papel de formadora nos contextos comunitário e de internamento, baseando-me na evidência científica para realizar formações sobre EC em contexto comunitário (direcionadas à equipa multidisciplinar) e sobre a gestão das emoções em contexto de internamento (direcionada a utentes e familiares) em momentos diferentes. Estas ações, integradas nas competências D2.1 e D2.2, reafirmaram o compromisso coletivo com a segurança e a humanização.

As competências D3 (*Participa na formação e no desenvolvimento profissional*) e D4 (*Contribui para o desenvolvimento da profissão*) encontraram o seu expoente máximo na conceção e implementação do meu PMCQCE, que dou a conhecer na parte IV deste documento. O PMCQCE foi o catalisador da minha transição para o papel de futura EE. Ao disseminar a metodologia do projeto junto da equipa multidisciplinar, fomentei um ambiente de aprendizagem organizacional, provando que o desenvolvimento da profissão depende de lideranças baseadas no rigor científico.

Finalmente, compareci nas IV jornadas pedagógicas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: Convergências em saúde mental organizadas pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, inclusive no Workshop sobre a Esperança, reforçando a necessidade de uma formação contínua e proativa. Estas vivências consolidaram a convicção de que ser especialista implica um compromisso ético ininterrupto com a inovação, garantindo que o cuidado prestado está permanentemente alinhado com o “estado da arte” em SM.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A SM não se define apenas pela ausência de patologia psiquiátrica, mas sim como um estado dinâmico de equilíbrio subjetivo e eficácia funcional. No âmbito deste relatório, adoto a perspetiva da organização mundial de saúde (OMS, 2022) e de Sequeira (2016), que a descrevem como um recurso vital que permite ao indivíduo realizar o seu potencial, lidar com o stress quotidiano e contribuir para a comunidade.

Ao longo deste percurso de maturação da minha identidade enquanto futura EE, a SM foi abordada como um fenómeno multidimensional, influenciado por fatores biopsicossociais. A minha intervenção focou-se na capacitação do utente, reconhecendo que a SM é indissociável da saúde física e da integração social, exigindo do EE uma visão holística e humanista.

A área de intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (ESMP) circunscreve-se ao acompanhamento de indivíduos, famílias e grupos em situações de crise, sofrimento ético ou doença mental

estabelecida. Durante o percurso clínico, a minha atuação focou-se nas competências específicas do EEESMP, que segundo o regulamento n.º 515/2018, p. 21427, são as seguintes:

- 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 de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.

Nas secções subsequentes, procederei à análise detalhada de cada competência, articulando a fundamentação teórica com a evidência das atividades desenvolvidas e as aprendizagens consolidadas durante este percurso de especialização.

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

A primeira competência específica preconizada pelo Regulamento n.º 515/2018 estabelece que o especialista deve deter um elevado conhecimento e consciência de si, resultante de processos contínuos de maturação pessoal e profissional. Em SM, o enfermeiro não utiliza apenas dispositivos técnicos; ele utiliza a sua própria pessoa como o principal agente de mudança e contenção. Neste prisma, a consolidação da identidade profissional do EEESMP exige a capacidade de transitar entre diferentes níveis de cuidados, adaptando a consciência de si às exigências de cada contexto.

O autoconhecimento configurou-se, neste percurso, não como um exercício passivo de introspeção, mas como uma ferramenta clínica de rigor. Como sustenta Stein-Parbury (2017), a aptidão do profissional para compreender as suas motivações e vulnerabilidades é o que viabiliza a construção de uma relação de ajuda autêntica.

No limiar do meu primeiro ensino clínico, identifiquei uma baixa autoestima e falta de confiança, aspetos intrinsecamente ligados a traços de insegurança e a um perfeccionismo expectante perante o desconhecido. Apesar da minha experiência prévia em contexto de internamento de psiquiatria crónica, a transição para o papel de especialista exigiu um confronto deliberado com estes limites. Através de autoanálises diárias e de uma reflexividade crítica, procedi a uma reflexão crítica sobre as minhas características pessoais e reações antecipatórias. Este mergulho na minha subjetividade permitiu-me identificar e mitigar os meus "pontos cegos", preconceitos e reações automáticas perante o sofrimento, transformando-os em material de reflexão que garantiu uma intervenção pautada pela objetividade clínica, neutralizando potenciais impulsos emocionais inconscientes.

A consciência de si enquanto pessoa e enfermeira permitiu-me estabelecer uma distinção clara entre o meu universo interno e as projeções do utente. Ao consciencializar o impacto que a psicopatologia do outro exercia sobre a minha esfera emocional, pude transformar esses dados em indicadores valiosos para o diagnóstico relacional, evitando respostas defensivas. Ser consciente de mim, nesta etapa de especialização, significou assumir a responsabilidade ética e terapêutica pelas minhas palavras, silêncios e posturas. Reconheci que a minha presença clínica constitui um campo de forças capaz de promover a contenção ou a desorganização. Esta autoanálise foi crucial para compreender a dinâmica do utente sem nela me diluir, preservando a integridade da distância profissional e o poder terapêutico da relação.

No âmbito da especialidade, a autoestima transcende a autovalorização, configurando-se como uma competência de segurança. Um enfermeiro com uma autoestima robusta possui a solidez necessária para tolerar a hostilidade, o silêncio prolongado ou a regressão do utente sem se sentir pessoalmente fragilizado ou ameaçado.

O fortalecimento progressivo da minha autoestima profissional ao longo dos ensinamentos clínicos permitiu-me evoluir para uma liderança clínica assertiva e humanizada. Esta estabilidade interna revelou-se vital para

oferecer um suporte terapêutico seguro em situações de crise. A minha capacidade de manter a serenidade e a confiança projetou no utente a convicção de que o seu caos emocional poderia ser contido e processado por uma estrutura profissional sólida, empática e estruturada.

Para ultrapassar as dificuldades iniciais e exponenciar a minha autoeficácia, adotei um conjunto de estratégias deliberadas de cariz técnico e reflexivo:

- Antecipação e planeamento rigoroso: Procurei um conhecimento aprofundado das dinâmicas de cada serviço, realizando o planeamento prévio de todas as intervenções. Este método, complementado por uma discussão construtiva e reflexiva com as enfermeiras orientadoras, permitiu-me validar o meu raciocínio clínico e atuar com maior segurança.
- Focalização no outro: Durante a interação, desloquei o foco da minha própria ansiedade de desempenho para a centralidade no utente. Esta mudança de perspetiva, aliada a uma monitorização consciente da minha postura corporal e comunicação não-verbal, facilitou a criação de uma relação terapêutica mais eficaz.
- Reconceptualização do erro e da ansiedade: Passei a encarar as falhas não como estigmas de carácter, mas como oportunidades de aprendizagem. Aceitei a ansiedade perante o desconhecido como uma reação normativa inerente ao processo de transição de papel (Meleis, 2010) para EE.
- O conhecimento como escudo clínico: Perante a dúvida sobre patologias ou técnicas específicas, recorri ao estudo intensivo. O conhecimento teórico sólido funcionou como uma "armadura" protetora da minha autoestima clínica, conferindo-me a sustentação científica necessária para fundamentar as minhas decisões e assegurar a excelência dos cuidados.

O segundo ensino clínico, decorrido em contexto de internamento, permitiu-me atuar num terreno de maior familiaridade técnica. Todavia, a zona de conforto foi desafiada pela oportunidade de conceber e dinamizar uma sessão de psicoeducação direcionada aos familiares. Esta intervenção constituiu um marco de diferenciação, uma vez que exigiu a transposição do foco individual (utente) para a unidade familiar como sistema de cuidado.

A partilha de saberes e vivências com os familiares revelou-se um processo mutuamente enriquecedor, reforçando a minha convicção sobre a importância da literacia em SM. O *feedback* positivo e motivador recebido não só validou a eficácia da intervenção, como impulsionou a minha autoeficácia profissional, consolidando a segurança necessária para futuras intervenções grupais.

O último ensino clínico, em contexto de cuidados diferenciados, a transição para a Pedopsiquiatria representou o maior desafio adaptativo de todo o percurso. Se no internamento de adultos as rotinas e intervenções são mais padronizadas, nas consultas de pedopsiquiatria o planeamento de atividades exigiu uma flexibilidade cognitiva e uma criatividade redobradas.

O desafio do planeamento nestas consultas prendeu-se com a exigência de integrar o lúdico com o clínico, garantindo que cada atividade fosse, simultaneamente, um momento de avaliação e uma estratégia terapêutica. Esta experiência foi crucial para compreender que a competência do especialista reside na sua capacidade de modular a sua presença e as suas ferramentas ao ciclo de vida específico do utente.

2.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

Esta competência reflete a capacidade do EEESMP em desenhar e implementar intervenções que otimizem a SM, transcendendo a esfera individual para abranger os sistemas relacionais: família, grupos e comunidade. No decurso dos meus ensinos clínicos, a assistência à família configurou-se como um pilar central. Sob o prisma do modelo de intervenção sistémica, a família deixou de ser encarada como mera observadora para ser integrada como a unidade de cuidados primordial.

No primeiro ensino clínico, a realização de visitas domiciliárias permitiu uma avaliação holística dos recursos internos e externos entre utente-família. Conforme preconiza o Regulamento n.º 515/2018 (p. 21428), esta proximidade facultou a análise do impacto da doença mental na qualidade de vida e na autonomia funcional. Neste âmbito, desenvolvi um instrumento de EC personalizado, sob a forma de livro (apêndice I – Guia orientador: exercite as suas capacidades mentais), que serviu de mediador terapêutico. A adaptação da linguagem e o envolvimento ativo do utente na realização dos exercícios de EC presentes nesse livro, com a

supervisão do cuidador informal. Esta estratégia visou não só a manutenção das capacidades neurocognitivas do utente, mas também o empoderamento da rede de suporte através da literacia em saúde.

Posteriormente, em contexto de internamento, a dinamização de sessões de psicoeducação focadas na gestão das emoções (apêndice II – Plano de sessão “emoções” (intervenção psicoeducacional) para os utentes; apêndice III – Plano de sessão “emoções” (intervenção psicoeducacional) para os familiares; apêndice IV – Sessão psicoeducacional “emoções” para os utentes e familiares; apêndice V – Folheto “emoções”), dirigidas tanto às pessoas internadas como aos seus familiares, permitiram capacitá-los na identificação precoce de sinais de descompensação. Ao facultar ferramentas para o reconhecimento e validação das emoções, a intervenção contribuiu para a redução da ansiedade compartilhada, transformando o ambiente familiar num espaço de contenção e suporte seguro.

Já no contexto de cuidados diferenciados, a assistência individualizada focou-se na reabilitação psicossocial e no fortalecimento do autoconceito. A realização de uma sessão específica subordinada ao tema da autoestima (apêndice VI – plano de sessão “autoestima” (intervenção psicoeducacional); apêndice VII – sessão psicoeducacional “autoestima”; apêndice VIII – folheto “autoestima”) respondeu a uma necessidade sentida e verbalizada pela utente. Ao dotá-la de ferramentas de autorregulação e valorização pessoal, a intervenção visou exponenciar a sua autoconfiança, essencial para a autodeterminação e para a retoma de um projeto de vida autónomo.

A assistência em contextos grupais permitiu explorar a intersubjetividade como um potente motor de mudança clínica. Ao mediar grupos terapêuticos e de entreajuda, utilizei o dispositivo grupal como um espaço de ressocialização. A partilha de experiências entre pares revelou-se fundamental para mitigar o isolamento social e desconstruir o estigma.

A minha intervenção pautou-se pela gestão das dinâmicas de poder e pela promoção da coesão, garantindo a manutenção de um espaço seguro e terapêutico. Esta monitorização permitiu que os membros do grupo explorassem novas formas de interação e suporte mútuo, aspetos que Yalom e Leszcz (2020) descrevem como fatores terapêuticos fundamentais para o processo de *recovery* e reintegração comunitária.

As intervenções anteriormente descritas foram deliberadamente norteadas pelo paradigma do *Recovery*, que postula a recuperação de uma vida satisfatória e com sentido, independentemente das limitações impostas pela presença de sintomas psicopatológicos (Slade, 2009). No âmbito da enfermagem em SM, este modelo exige uma transição do foco centrado na patologia para uma abordagem centrada na pessoa e nas suas potencialidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nesta ótica, o desenvolvimento do guia orientador: exercite as suas capacidades mentais (apêndice I) transcendeu a mera manutenção de funções neurocognitivas, configurando-se como uma estratégia de empoderamento (*empowerment*). Ao envolver ativamente o cuidador informal neste processo de colaboração e adaptar a linguagem à realidade existente, a assistência visou devolver ao utente o protagonismo no seu processo de saúde, reforçando a sua autonomia no domicílio, um dos pilares essenciais para a manutenção da dignidade e da esperança (Leamy et al., 2011).

De igual modo, a sessão subordinada ao tema da autoestima (apêndice VI – plano de sessão “autoestima” (intervenção psicoeducacional); apêndice VII – sessão psicoeducacional “autoestima”; apêndice VIII – folheto “autoestima”), realizada em contexto de cuidados diferenciados, foi estruturada sob o pilar da reconstrução da identidade, conforme preconizado pelo Modelo CHIME (Leamy et al., 2011). Ao trabalhar o autoconceito com a utente, a intervenção facilitou a transição de uma perceção de si baseada na passividade da doença para uma identidade fortalecida e consciente das suas capacidades. Este incremento na autoconfiança constituiu um indicador clínico de esperança (*hope*) e de prontidão para a retoma de projetos de vida, elementos basilares para uma reintegração comunitária bem-sucedida e para a eficácia do processo de *recovery* (Slade, 2009).

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

A prestação de cuidados ao longo dos ensinos clínicos foi realizada com base no processo de enfermagem (PE) segundo Townsend (2011) como uma metodologia dinâmica de resolução de problemas e uma plataforma

essencial para a interação terapêutica. Nesta perspetiva, o PE constitui o alicerce para cuidados individualizados, permitindo uma atuação deliberada e reflexiva em cada etapa do ciclo de vida. A colheita de dados, de natureza holística, integrou as dimensões biopsicossociais, culminando no julgamento clínico traduzido pela linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

No primeiro contexto, a intervenção incidiu sobre a Sra. Ana (nome fictício) de 65 anos. Através de entrevistas e da observação direta no domicílio, mobilizou-se a dinâmica de proximidade familiar para potenciar a autonomia. O planeamento materializou-se no guia orientador: exercite as suas capacidades mentais” (apêndice I) onde a fase de implementação foi pautada por uma relação de ajuda que integrou o cuidador como co-terapeuta. Segundo a taxonomia CIPE, foram priorizados os seguintes diagnósticos:

- Insónia inicial: evidenciada pela dificuldade em adormecer;
- Memória imediata comprometida: validada por um score de 23 no *Mini-Mental State Examination* (MMSE);
- Autocontrolo da ansiedade ineficaz (grau moderado): sustentado por um score de 34 na escala de Hamilton. A avaliação contínua permitiu reajustar metas, demonstrando que a mobilização do contexto doméstico é imperativa para a preservação funcional (Townsend, 2011).

No internamento, o estudo de caso focou-se na Sra. Maria (nome fictício) de 40 anos, admitida com humor depressivo em fase aguda. Seguindo a metodologia de Townsend (2011), a prioridade do PE foi a estruturação de um meio terapêutico seguro. O exame mental e a colheita de dados permitiram identificar os diagnósticos CIPE:

- Sono comprometido (insónia): A intervenção focou-se na realização da sessão psicoeducacional sobre “o sono” (apêndice IX – Sessão psicoeducacional “sono”; apêndice X – Estratégias para um sono saudável)
- Coping ineficaz. A intervenção centrou-se na realização da sessão psicoeducacional “Emoções” (apêndice II – Plano de sessão “emoções” (intervenção psicoeducacional) para os utentes; apêndice III – Plano de sessão “emoções” (intervenção psicoeducacional) para os familiares; apêndice IV – Sessão psicoeducacional “emoções” para os utentes e familiares; apêndice V – Folheto “emoções”), visando a literacia e a preparação para a alta. O PE funcionou como um mecanismo de monitorização onde a resposta da família foi crucial para garantir a continuidade de cuidados e a estabilidade clínica pós-internamento.

No ensino clínico final em contexto de cuidados diferenciados, o PE foi aplicado à Sra. Sofia (nome fictício) de 24 anos. Neste estágio, a intervenção de enfermagem especializada focou-se na reconstrução do autoconceito e na aquisição de ferramentas de autorregulação. O julgamento clínico, orientado pela perspetiva de Townsend (2011) sobre a promoção da autoestima, resultou nos seguintes diagnósticos CIPE:

- Autoestima diminuída;
- Ansiedade presente;
- Autocontrolo da ansiedade ineficaz. A mobilização das dinâmicas próprias deste contexto permitiu que a utente evoluísse de uma postura passiva perante a sintomatologia para uma atitude de autodeterminação, evidenciando a eficácia do PE enquanto motor do processo de *recovery*.

A implementação do PE nos três contextos clínicos permitiu-me consolidar competências avançadas na avaliação holística do historial de saúde, com particular foco na SM individual e familiar. Sob a ótica de Townsend (2011), o papel do enfermeiro na promoção de um autoconceito positivo é determinante; neste sentido, a colheita de dados e o exame mental realizados revelaram crenças de autodesvalorização que atuavam como barreiras ao processo de recuperação.

A mobilização das dinâmicas específicas em consultas de enfermagem facilitou um planeamento centrado na capacitação (*empowerment*) e na resiliência. Através de estratégias de reforço positivo e da exploração orientada de sentimentos, a implementação terapêutica visou a transição da utente de uma postura de passividade para uma de autodeterminação. Esta abordagem funde-se com a visão de que o EEESMP deve atuar como um catalisador da autoconfiança, essencial para o sucesso do *recovery*.

A aplicação rigorosa das etapas do PE permitiu monitorizar o progresso clínico não apenas pela remissão de sintomas, mas pelo incremento tangível da prontidão da pessoa para a gestão da sua saúde. A realização destes estudos de caso em contextos diferenciados (comunitário, internamento e cuidados diferenciados) foi

fundamental para o desenvolvimento das competências previstas no Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto da OE, nomeadamente:

- Diagnóstico e tomada de decisão (F3.1): Capacidade de identificar respostas humanas complexas em saúde mental.
- Planeamento e definição de resultados (F3.2): Estabelecimento de metas realistas e sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada.
- Implementação e avaliação (F3.3 e F3.4): Execução de planos individualizados e avaliação dos ganhos em saúde alcançados.

Esta sistematização evidenciou que a competência do enfermeiro especialista reside na capacidade de transpor o conhecimento teórico para uma prática humanizada, onde a linguagem classificada CIPE serve de suporte à visibilidade dos cuidados e à valorização do utente como parceiro ativo no seu projeto de saúde.

O alicerce para um julgamento clínico rigoroso e para a compreensão da condição de saúde do utente reside na avaliação inicial sistematizada (anamnese). Esta etapa, estruturada mediante a colheita de dados subjetivos e objetivos, é determinante para capacitar o enfermeiro a responder com eficácia às fases subsequentes do processo de enfermagem. Segundo Sequeira e Sampaio (2020), esta avaliação assegura a precisão no levantamento de diagnósticos e no planeamento de intervenções, sendo vital para a tomada de decisão clínica e para a prestação de cuidados personalizados e centrados nas necessidades reais da pessoa.

Para a obtenção de uma visão holística, recorri a fontes primárias, nomeadamente a observação direta e a entrevista clínica, complementadas pelo exame do estado mental. A análise dos sistemas relacionais e do suporte social foi operacionalizada através da construção do genograma e do ecomapa. Como fontes secundárias, foram consultados os registos de enfermagem e os diários clínicos na plataforma *SClínico*.

No que respeita à uniformização da linguagem e documentação dos cuidados, utilizei a taxonomia CIPE para a formulação de diagnósticos. A operacionalização das ações de enfermagem foi estruturada segundo a classificação das intervenções de enfermagem (NIC), enquanto a monitorização e aferição dos ganhos em SM recorri à classificação dos resultados de enfermagem (NOC).

A condução dos estudos de caso clínicos foi sustentada pelos modelos teóricos de Hildegard Peplau e de Phil Barker (Modelo Tidal). A integração destes referenciais ofereceu uma estrutura abrangente para o cuidado integral.

O modelo de relação interpessoal de Hildegard Peplau permitiu focar a assistência na relação enfermeiro-utente como um processo terapêutico e educativo, onde a identificação de necessidades e a exploração de sentimentos foram fundamentais para a redução da ansiedade. Este modelo interpessoal de Hildegard Peplau, focado nas relações enfermeiro-utente, propõe quatro fases interdependentes que se sobrepõem ao longo da interação: orientação, identificação, exploração e resolução.

1. Fase de orientação: Marca o início da relação, momento em que o utente partilha a sua história, fornecendo pistas cruciais sobre a perceção das suas necessidades. Simultaneamente, o enfermeiro deve auxiliar o utente a reconhecer e compreender o seu problema, posicionando-o como um elemento ativo no processo de recuperação. Esta fase corresponde à colheita de dados.
2. Fase de identificação: O utente identifica-se com o enfermeiro, percecionando-o como um potencial apoio. O enfermeiro, por sua vez, deve incentivar o paciente a explorar os seus sentimentos e a assumir um papel mais ativo na resolução dos seus problemas, intensificando a relação.
3. Fase de exploração: Esta fase corresponde à implementação das intervenções. O enfermeiro auxilia o utente na resolução dos seus problemas através da utilização de diversos instrumentos de comunicação (como a escuta ativa, o esclarecimento, o ensino e a interpretação), visando o desenvolvimento de novas estratégias de *coping* e o alcance dos objetivos de saúde do paciente.
4. Fase de resolução: Por fim, o laço terapêutico entre o enfermeiro e o paciente desfaz-se de forma saudável e produtiva, uma vez que as necessidades do paciente foram satisfeitas e os objetivos alcançados. Esta fase corresponde à avaliação dos resultados e à consolidação das aprendizagens e progressos do paciente (Peplau, 1990, *cit. in* V. Almeida et al., 2005).

Já o Modelo de Tidal (Barker) reforçou a importância da narrativa do utente, encarando a pessoa como protagonista da sua própria recuperação. De salientar que o modelo de Tidal, concebido por Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker, é uma estrutura de intervenção em SM focada na recuperação. É amplamente

utilizado na enfermagem psiquiátrica e SM, com o objetivo de capacitar os indivíduos a gerir a sua vida com base nas suas necessidades e recursos intrínsecos. A designação "Tidal" (maré, em inglês) simboliza o processo dinâmico da recuperação, caracterizado por fluxos e refluxos, à semelhança das marés. Este modelo é particularmente relevante na enfermagem em SM, dada a sua capacidade de:

- ✖ Centrar o cuidado na pessoa: Ao desviar a atenção da doença para o indivíduo, as suas experiências e o seu percurso de recuperação.
- ✖ Promover a colaboração: Ao estabelecer uma parceria entre o enfermeiro e o utente, em que ambos são reconhecidos pela sua especialização (o utente na sua experiência de vida, o enfermeiro na sua competência clínica).
- ✖ Adotar uma perspetiva holística: Ao reconhecer a interligação dos domínios físico, emocional, social e espiritual da saúde.
- ✖ Facilitar a autogestão da vida: Ao apoiar as pessoas no desenvolvimento de estratégias eficazes para lidar com os desafios diários e viver uma vida com significado.

Para além disso, o modelo de Tidal é representado por três domínios interligados: o "Eu"; os "Outros" e o "Mundo" (Barker, 2001; Barker & Buchanan, 2011).

- ✖ O domínio do "Eu" representa o espaço privado e íntimo do utente, onde residem as suas experiências mais profundas, como pensamentos, crenças, sentimentos, valores e ideias. Estes são aspetos que só o próprio conhece e partilhará apenas se assim o desejar (Barker & Buchanan, 2010).
- ✖ O domínio dos "Outros" refere-se à rede de relações de cada pessoa. Durante as interações sociais, o indivíduo vivencia diferentes encontros, podendo ser influenciado ou influenciar. Neste intercâmbio relacional, cada um deve ajudar o outro a recuperar o seu poder individual e a identificar os seus pontos fortes, tanto pessoais como interpessoais.
- ✖ O domínio do "Mundo" corresponde à narrativa da história de vida de cada pessoa. Implica partilhar as experiências do domínio do "Eu" com outra(s) pessoa(s) para permitir que estas acedam ao seu espaço privado. Assim, compete ao enfermeiro compreender e apoiar, da melhor forma possível, a história de vida do utente e os seus problemas (Barker, 2001; Barker & Buchanan, 2011).

Este modelo foi essencial para mobilizar os recursos internos do indivíduo e validar a sua experiência vivida no processo de *recovery*. Em resumo esta simbiose teórica permitiu que o PE transcendesse a dimensão técnica, assumindo-se como uma prática humanizada e baseada na evidência, orientada para a capacitação do utente ao longo do seu ciclo de vida.

2.4. PRESTA CUIDADOS DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO, SOCIOTERAPÊUTICO, PSICOSSOCIAL E PSICOEDUCACIONAL, 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

Esta competência reflete o núcleo da ação do EE em EEESMP, exigindo a mobilização de competências avançadas para implementar cuidados que integrem as dimensões psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional. Ao longo dos ensinamentos clínicos nos diferentes contextos, a minha prática foi adaptada às necessidades específicas da pessoa e dos seus sistemas relacionais. A intervenção psicoeducacional constituiu um pilar transversal, visando a capacitação para a gestão autónoma da SM e a literacia familiar.

As intervenções de âmbito psicoterapêutico foram sustentadas pela utilização terapêutica do "eu". Através da relação interpessoal de Peplau, foquei-me na exploração de sentimentos e na reestruturação cognitiva.

No contexto comunitário o desenvolvimento do guia orientador: exercite as suas capacidades mentais (apêndice I) para a Sra. Ana (nome fictício) exemplifica uma intervenção socioterapêutica e psicoeducacional. Ao envolver o familiar no processo de EC, mobilizei a dinâmica domiciliária para criar um ambiente de suporte que mitiga o declínio funcional. A observação de sessões sobre tabagismo em meio escolar sobre o tabagismo em crianças do 6.º ano permitiu aferir a complexidade das intervenções com crianças e jovens. A inquietude observada e os desafios na manutenção da atenção exigem do EEESMP uma elevada capacidade de adaptação pedagógica e gestão comportamental.

No caso do ensino clínico no contexto de internamento as sessões sobre "Higiene do Sono" e "Emoções" dotaram os utentes de ferramentas para a identificação precoce de sinais de descompensação. A inclusão ativa dos familiares nestas dinâmicas, convidados voluntariamente, permitiu desconstruir sentimentos de desamparo e o estigma associado, que frequentemente conduz à exclusão social e à discriminação.

O feedback obtido sublinhou a necessidade da criação destes espaços de suporte, muitas vezes escassos na rede social. As intervenções psicoterapêuticas não estruturadas foram vitais para o desenvolvimento das minhas competências comunicacionais e de autoconhecimento, permitindo um ajuste dinâmico da abordagem clínica perante a agudização psicopatológica.

No estudo de caso da Sra. Sofia, em cuidados diferenciados, a intervenção centrou-se na promoção da autoestima e no autocontrolo da ansiedade. Utilizei técnicas de reforço positivo e exploração da narrativa pessoal para facilitar a transição da passividade para a autodeterminação, reduzindo o impacto dos sintomas na sua funcionalidade social. Complementarmente, foram realizadas sessões de relaxamento como estratégia de autorregulação para o controlo da ansiedade.

A prática socioterapêutica foi evidenciada na mediação de grupos terapêuticos, onde o contexto coletivo serviu para o ensaio de competências de comunicação assertiva. Esta mobilização permitiu que o grupo funcionasse como um meio terapêutico, onde a partilha de vivências acelerou o processo de *recovery*.

Conforme postulado por Yalom e Leszcz (2020), a promoção da universalidade nestas sessões foi crucial. Ao validar emoções marcadas pela culpa ou exaustão, o grupo transformou o sofrimento individualizado numa compreensão coletiva normalizada. Esta abordagem garante que o cuidado de enfermagem transcende a remissão sintomática, focando-se na recuperação do papel social do indivíduo e na redução da sobrecarga dos cuidadores informais.

A prática socioterapêutica foi materializada através da mediação de grupos terapêuticos, onde o contexto coletivo serviu de plataforma para o ensaio de competências de comunicação assertiva. Esta mobilização permitiu que o grupo operasse como um meio terapêutico, no qual a partilha de vivências e o suporte mútuo aceleraram o processo de *recovery*. Esta abordagem integrada assegura que o cuidado de enfermagem transcenda a mera remissão sintomática, focando-se na restauração do papel social do indivíduo.

A eficácia destas dinâmicas foi verificada tanto nas sessões grupais como nas intervenções individuais, como na sessão sobre higiene do sono realizada com a utente do estudo de caso em contexto de internamento. O *feedback* obtido foi amplamente positivo, destacando-se a sessão com os familiares. Nestes encontros, os participantes expressaram sentimentos de desamparo e marginalização, sublinhando o impacto do peso do estigma na sociedade.

A relevância destas sessões reside na promoção da universalidade. Ao participarem no grupo, os familiares experienciam a desconstrução do isolamento e do estigma associado à patologia mental. Conforme postulado por Yalom e Leszcz (2020), a partilha de experiências homólogas permite a validação de emoções complexas, como a culpa ou a exaustão, transmutando o sofrimento individualizado numa compreensão coletiva normalizada. Este processo é fundamental para o incremento da literacia e a consequente redução da sobrecarga do cuidador, capacitando a família para enfrentar crises de forma resiliente.

Paralelamente, a realização de intervenções psicoterapêuticas não estruturadas e sessões de relaxamento nos diversos contextos de ensino clínico foram fundamentais para o aprimoramento das minhas competências comunicacionais, técnicas de entrevista e autoconhecimento. Estas intervenções, embora menos formais, permitiram um ajuste dinâmico da abordagem clínica perante a agudização psicopatológica.

O programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (PMCQCE), detalhado no Capítulo IV, convergiu diretamente para esta competência. Ao estruturar um programa de intervenções socioterapêuticas com matriz psicoterapêutica, foi possível consolidar o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança e promotor de resiliência, tanto no sistema individual como nos sistemas familiares e comunitários.

PARTE IV – PLANO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

No contexto da prática clínica na Unidade de Internamento de Psiquiatria Crónica da Unidade Local de Saúde Regional de Leiria (ULSRL), identificou-se uma lacuna significativa no que concerne à EC. Verificou-se que a dimensão cognitiva não tem constituído um foco de atenção prioritário na intervenção do EEESMP, inexistindo, à data, projetos estruturados que visem esta temática específica no referido serviço.

Neste pressuposto, o presente projeto de intervenção adota como linha orientadora o guião para a organização de PMCQCE, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013). Este referencial utiliza como matriz o Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act/Adjust*), também designado por Ciclo de Deming, que se estrutura em quatro etapas fundamentais:

1. Plan (Planear): foca-se no diagnóstico de situação, através da identificação e descrição da problemática, perceber as causas e definição de objetivos;
2. Do (Executar): compreende a operacionalização do plano de ação e a implementação das atividades delineadas;
3. Check (Verificar): consiste na análise dos resultados obtidos;
4. Act/Adjust (Agir/Ajustar): culmina na proposta de medidas corretivas, na padronização de boas práticas e na formação contínua da equipa.

Para uma operacionalização mais robusta e sensível à realidade assistencial, optou-se pela adaptação metodológica proposta por Pedro Salvada. Este autor decompõe o ciclo PDCA em oito etapas sequenciais, que orientam o percurso desde o diagnóstico à consolidação da mudança:

1. Identificar e descrever o problema;
2. Perceber o problema e dimensioná-lo;
3. Formular objetivos iniciais;
4. Perceber as causas;
5. Planear e executar as tarefas/atividades;
6. Verificar os resultados;
7. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa;
8. Reconhecimento e partilha do sucesso.

1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

O presente PMCQCE emerge de uma reflexão crítica sobre a prática profissional, desenvolvida em articulação com a Enfermeira Gestora e a equipa de enfermagem da unidade. Esta intervenção visa colmatar uma lacuna identificada na Unidade de Internamento de Psiquiatria Crónica da ULSRL, focando-se na obtenção de ganhos em saúde através da mitigação de défices cognitivos, especificamente nos domínios da “atenção” e da “memória”.

A área da cognição integra os focos da taxonomia CIPE®, sendo definida como um «processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória” (CIPE, 2016, p. 46). Em consonância com o Core de Focos do Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2018), o foco “Cognição Comprometida” sustenta a operacionalização de intervenções especializadas, tais como: “Ensinar sobre estratégias de estimulação da cognição”, “Instruir sobre técnicas auxiliares de compensação da memória”, “Executar treino cognitivo” e “Vigiar cognição”.

A pertinência desta intervenção é reforçada pelas competências específicas do EEESMP, consagradas no Regulamento n.º 515/2018. Simultaneamente, o projeto converge com os Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional (Regulamento n.º 356/2015), que definem os padrões de excelência para os cuidados especializados nesta área do saber.

Face ao exposto, a intervenção no domínio cognitivo enquadra-se num paradigma de promoção da saúde e na prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducativo. De acordo com os Enunciados Descritivos do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2011), estas tipologias de intervenção visam manter, melhorar e recuperar a saúde mental, constituindo um pilar fundamental da prática especializada.

Ao articular este referencial normativo com o Padrão de Documentação de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), o presente PMQCCE assegura que a prática clínica é devidamente sistematizada. Esta abordagem não só apoia a atuação do EE, como também garante que os cuidados prestados se traduzem em ganhos em saúde efetivos, mensuráveis através da melhoria da funcionalidade e do bem-estar cognitivo dos utentes.

Consequentemente, torna-se essencial que o EEESMP mobilize competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducacionais de nível avançado. Estas competências sustentam a construção de um juízo clínico diferenciado, crucial “durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade ao longo do ciclo vital” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 6), garantindo uma resposta especializada às necessidades complexas da pessoa com doença mental crónica.

2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

Com o objetivo de fundamentar a relevância clínica da intervenção, bem como as suas determinantes e potencial impacto, delineou-se uma questão norteadora baseada na metodologia PI[C]O: “Em pessoas com doença mental crónica (P), de que modo a implementação de um programa de execução cognitiva focado na atenção e memória (I) contribui para a otimização do funcionamento cognitivo (O) face aos cuidados habituais (C)”. Os componentes desta estrutura foram operacionalizados da seguinte forma: Participantes [P] (Utentes internados no serviço que cumpram os critérios de elegibilidade), Intervenção [I] (Implementação de um programa de EC, com especial enfoque nos domínios da “atenção” e “memória”, baseado no referencial de Sequeira & Sampaio (2020), com as devidas adaptações ao contexto clínico e às necessidades individuais dos participantes), Comparação [C] (Comparação entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo para validação dos ganhos em saúde), Objetivo [O] (Melhoria dos défices cognitivos e otimização da funcionalidade).

A necessidade de implementar programas de reabilitação cognitiva desta natureza é corroborada pelo cenário epidemiológico nacional. Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (2022), em articulação com a OCDE e o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2024), Portugal posiciona-se num patamar crítico no contexto europeu. O país mantém-se consistentemente no topo dos *rankings* de prevalência, estimando-se que cerca de 22,9% da população portuguesa sofra de algum tipo de perturbação psiquiátrica, o segundo valor mais elevado da Europa, apenas superado pela Irlanda do Norte.

Atualmente, as perturbações mentais e do comportamento representam aproximadamente 11,8% da carga global de doença em Portugal. Este indicador é particularmente relevante, uma vez que supera o impacto das patologias oncológicas (10,4%), sendo apenas ultrapassado pelas doenças cérebro-cardiovasculares (13,7%). Contudo, os dados do *WHO Mental Health Atlas 2024* evidenciam estrangulamentos severos na resposta do sistema nacional. Observa-se que apenas 2% do orçamento total da saúde é canalizado para a prevenção, verificando-se uma concentração excessiva de recursos em cuidados curativos e farmacológicos.

Esta assimetria reflete-se no consumo de psicofármacos, domínio em que Portugal lidera a nível europeu no uso de ansiolíticos (Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, 2024). Este cenário reforça a urgência de reestruturar as políticas de saúde mental, privilegiando intervenções não farmacológicas, precoces e de base comunitária, como a estimulação cognitiva proposta neste projeto.

A literatura científica sustenta que a patologia mental é frequentemente indutora de défices cognitivos significativos, com repercussões diretas na funcionalidade. Esta realidade é transversal a diversos quadros clínicos, manifestando-se com particular acuidade na Perturbação Depressiva Major (Matos, Mourão & Coelho, 2016), na Esquizofrenia (Monteiro & Louza, 2007; Zipursky & Schulz, 2003) e na Perturbação Afetiva Bipolar (Figueira, Sampaio & Afonso, 2014). Nestas condições, o compromisso cognitivo compromete severamente a autonomia nas atividades da vida quotidiana e a integração social do indivíduo.

Neste contexto, a evidência sublinha que a otimização dos ganhos terapêuticos é alcançada quando o tratamento farmacológico é implementado em concomitância com intervenções não farmacológicas. Esta abordagem sinérgica revela-se fundamental para a mitigação dos impactos da doença na qualidade de vida e nas dinâmicas sociais, promovendo a recuperação da funcionalidade e a estabilização clínica (Monteiro & Louza, 2007; Tonelli, Liboni & Cavicchioli, 2013).

Sob a perspetiva de Sequeira e Sampaio (2020), a cognição configura-se como uma função cortical complexa, intrinsecamente ligada à capacidade do indivíduo para adquirir, processar e aplicar informação, com o intuito de se adaptar às exigências do meio envolvente. Consequentemente, o compromisso cognitivo interfere diretamente com as atividades de vida diária (AVD), acarretando repercussões negativas na autogestão e na inclusão social da pessoa.

Reforçando esta visão, o domínio 5 da taxonomia NANDA-I (Herdman et al., 2021), focado na percepção e cognição, define esta última como o recurso à memória, aprendizagem, raciocínio, resolução de problemas, abstração, julgamento, *insight*, capacidade intelectual, cálculo e linguagem. Em suma, esta dimensão circunscreve o conjunto de faculdades mentais indispensáveis à aquisição de conhecimento e à interação proativa com o mundo.

Finalmente, Santos e Flores-Mendoza (2017) defendem que as intervenções cognitivas devem focar-se na otimização ou, pelo menos, na preservação do funcionamento das áreas deficitárias. Tal objetivo é alcançado através da implementação de exercícios mentais em contexto prático, desenhados especificamente para responder aos domínios cognitivos que constituem o alvo da intervenção, no caso deste projeto, a “atenção” e a “memória”.

Nesta linha de pensamento, o EEESMP assume um papel fulcral na operacionalização de projetos que promovam a participação ativa dos clientes na vida social. De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, cabe ao EEESMP a conceção e implementação de cuidados que promovam o bem-estar e a saúde mental dos indivíduos, quer em contexto comunitário, quer em contexto institucional, capacitando-os para a gestão do seu projeto de saúde e para a recuperação da sua autonomia.

Neste contexto, o presente PMCQCE foi concebido e implementado em estreita consonância com a especificidade clínica da unidade.

Tomou-se como referencial metodológico o programa de Sequeira e Sampaio (2020), sustentando-se teoricamente na terapia cognitivo-comportamental (TCC). Este modelo preconiza uma abordagem bidimensional: por um lado, foca-se na reestruturação de cognições distorcidas e na modificação de comportamentos desadaptativos; por outro, articula-se com uma vertente comportamental que visa o reforço e a consolidação de padrões funcionais e adaptativos (Townsend, 2011).

A aplicação da TCC, enquanto pilar dos cuidados de âmbito psicoterapêutico, encontra-se formalmente integrada no perfil de competências específicas do EEESMP. Esta moldura conceptual não só legitima, como suporta a implementação de intervenções autónomas e diferenciadas, essenciais para a promoção da recuperação e do bem-estar de indivíduos com patologia psiquiátrica (Parecer n.º 6/2013; Regulamento n.º 515/2018).

A opção pela TCC como pilar deste projeto de intervenção decorre da sua eficácia comprovada na reabilitação psicossocial. No âmbito da EC, a TCC não é aplicada apenas como uma estratégia verbal, mas sim como uma estrutura que permite ao utente identificar e modificar crenças de autoeficácia comprometidas pelos défices cognitivos (Townsend, 2011).

Neste sentido, recorrendo ao referencial metodológico de Sequeira e Sampaio (2020), esta intervenção permite atuar em três dimensões interligadas:

1. Cognição: Os exercícios de memória e atenção visam otimizar o processamento da informação, combatendo a lentificação cognitiva comum na depressão e esquizofrenia.
2. Comportamento: A execução prática das tarefas em sessão promove o reforço positivo e a reativação comportamental, essenciais para que o utente retome as suas AVD.
3. Emoção: Ao experienciar ganhos graduais nas sessões, observa-se uma redução de sentimentos de frustração e um aumento da autoestima, mitigando o impacto emocional do compromisso cognitivo.

Esta abordagem sinérgica permite que o EEESMP utilize o exercício cognitivo como uma experiência de aprendizagem estruturada.

Ao treinar a atenção, não estamos apenas a exercitar o cérebro; estamos a capacitar o indivíduo para que consiga manter o foco numa conversa social ou na gestão da sua medicação, objetivos que se alinham com o perfil de competências definido pelo Regulamento n.º 515/2018.

3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

O presente PMCQCE tem como objetivo geral otimizar a EC nos utentes internados no serviço com compromisso cognitivo ligeiro a moderado. A intervenção incidirá especificamente sobre os domínios da “atenção” e da “memória”, através da implementação de um programa estruturado de sessões de EC.

No que concerne aos objetivos específicos, pretende-se:

- Avaliar o score, na fase de diagnóstico, mediante a aplicação da escala MMSE (Anexo III);
- Implementar sessões estruturadas de EC direcionadas para a reabilitação dos processos de “atenção” e “memória”, adaptadas às necessidades clínicas da amostra, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos;
- Promover a estabilização e/ou a otimização das capacidades cognitivas dos participantes, visando a maximização do seu potencial funcional;
- Monitorizar os ganhos em saúde através do indicador de resultados *Nursing Outcomes Classification* (NOC) “Cognição” (Anexo IV), de forma a validar a eficácia da intervenção e partilhar os resultados obtidos.

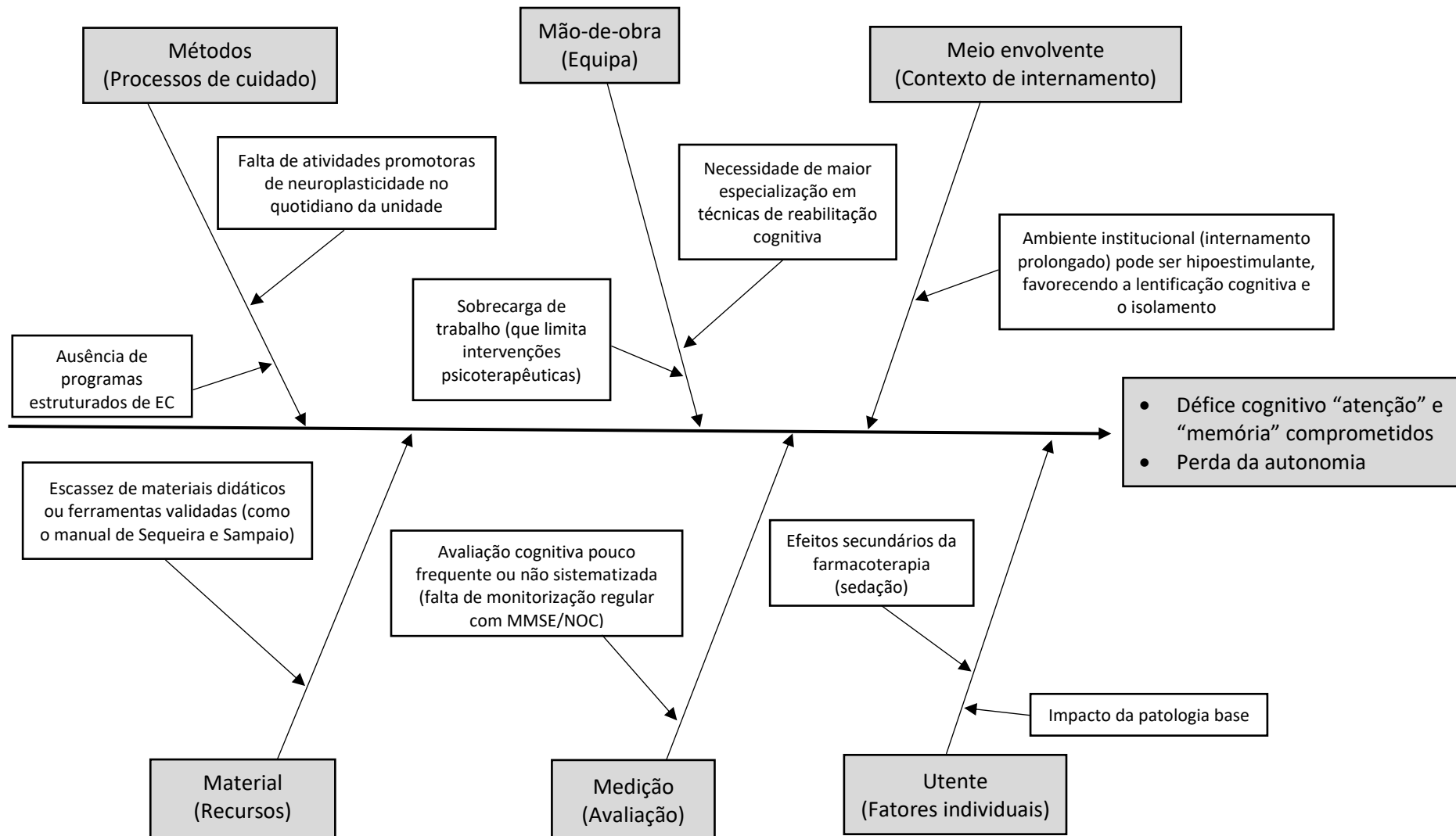
4. PERCEBER AS CAUSAS

A fundamentação da relevância deste PMCQCE sustentou-se na aplicação do Diagrama de Causa-Efeito de Ishikawa ou Espinha de Peixe, conforme preconizado por Lélis (2018, como citado em Inácio et al., 2023). Esta ferramenta estruturante de gestão da qualidade permitiu proceder a uma análise exaustiva das causas-raiz da problemática identificada na unidade.

A análise diagnóstica evidenciou que o compromisso funcional dos utentes internados na unidade não constitui um fenómeno isolado, nem decorre exclusivamente da sua patologia de base. Pelo contrário, resulta de uma interação multicausal, na qual se destacam fatores determinantes como a escassez de intervenções estruturadas de reabilitação cognitiva e a natureza hipoestimulante do ambiente institucional.

Por conseguinte, a implementação deste projeto configura-se como uma resposta estratégica e deliberada às lacunas identificadas, visando a otimização dos cuidados especializados e a promoção da autonomia através de uma prática baseada na evidência.

Figura 1 – Diagrama de Causa-Efeito de Ishikawa ou Espinha de Peixe



A opção metodológica por um PMCQCE pressupõe a adoção de um modelo de avaliação rigoroso, que permita validar a pertinência e a sustentabilidade das intervenções planeadas. Nesse sentido, optou-se pelo referencial de Heather Palmer, amplamente preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2001) como o padrão para a aferição da qualidade em cuidados de saúde.

Diferente de outros modelos meramente descritivos, a checklist de Heather Palmer oferece uma perspetiva multidimensional que cruza a adequação técnico-científica com a efetividade clínica. Esta escolha justifica-se pela especificidade do contexto da unidade, onde o internamento prolongado e a natureza das patologias de saúde mental exigem que qualquer programa de EC seja escrutinado quanto à sua acessibilidade e equidade.

Identificação da(s) dimensão(s) em estudo

A avaliação da qualidade deste PMCQCE sustentou-se nas dimensões propostas pela Checklist de Heather Palmer, garantindo uma análise multidimensional da intervenção. As dimensões estudadas definem-se da seguinte forma (OE, 2014):

- **Eficácia:** Refere-se à capacidade das sessões de EC em produzir os resultados pretendidos, nomeadamente a otimização da “memória” e “atenção”, em condições ideais de controlo.
- **Efetividade:** Foca-se nos ganhos em saúde reais obtidos pelos utentes no contexto quotidiano da unidade, mensurados através do indicador NOC Cognição (anexo II).
- **Eficiência:** Analisa-se a relação entre os resultados alcançados e os recursos utilizados (tempo do enfermeiro, materiais didáticos), procurando maximizar o benefício clínico com os meios disponíveis.
- **Acessibilidade:** Garante-se que todos os utentes da unidade com critérios de inclusão (compromisso cognitivo ligeiro a moderado) tenham facilidade em integrar o programa, eliminando barreiras físicas ou organizacionais.
- **Adequação Técnico-Científica:** Assegura-se que as intervenções de enfermagem planeadas estão fundamentadas na evidência científica mais recente.
- **Satisfação/Aceitabilidade:** Avalia-se a adesão dos utentes às sessões e a perceção da equipa multidisciplinar quanto à relevância da intervenção para o bem-estar dos doentes.
- **Equidade:** Garante-se que a distribuição dos cuidados especializados é feita com base na necessidade clínica, tratando de forma justa e imparcial todos os utentes selecionados para a amostra.

Unidade de estudo

A população-alvo dos cuidados de enfermagem especializados será constituída pelos utentes internados na unidade que cumpram os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos. A seleção da amostra será realizada através de um método aleatório, considerando o universo de utentes internados na unidade. Para garantir a viabilidade e o rigor da intervenção, foram definidos os seguintes critérios:

- **Critérios de inclusão:** Utesntes com défice cognitivo de grau ligeiro a moderado; indivíduos motivados para o processo terapêutico; apresentem estabilidade clínica (ausência de descompensação psicopatológica ou agitação).
- **Critérios de exclusão:** Utesntes com défice cognitivo acentuado; presença de défices sensoriais (auditivos ou visuais) graves e não corrigidos que impossibilitem a realização dos exercícios; falta de motivação ou recusa em participar; presença de sintomatologia produtiva ou agitação psicomotora.

Nota: A exclusão de utentes com compromisso cognitivo grave justifica-se pela inadequação das estratégias de EC selecionadas para esta fase do projeto. Adicionalmente, definiu-se como critério de descontinuidade a ausência não justificada a 2 sessões consecutivas.

A amostra será constituída por 20 utentes, subdivididos em dois grupos de 10 elementos (grupo de intervenção e grupo de controlo). Privilegiar-se-á a constituição de grupos homogéneos para potenciar a coesão e a eficácia das dinâmicas.

A intervenção consistirá em 8 sessões de EC em grupo com duração de 90 minutos cada, com periodicidade semanal. Esta última modalidade é particularmente valorizada pela componente de interação social que encerra. Em conformidade com as diretrizes de Sequeira & Sampaio (2020), o programa culminará numa

avaliação final pós-intervenção, essencial para aferir a eficácia das estratégias adotadas e medir os ganhos cognitivos obtidos.

A opção pelo formato grupal fundamenta-se na capacidade de promover a readaptação comportamental e a interação social (Sequeira & Sampaio, 2020). É imperativo que as sessões sejam integradas na rotina diária dos utentes, facilitando a previsibilidade e a adesão ao programa. Por questões éticas e de equidade, prevê-se que o grupo de controlo beneficie da intervenção numa fase posterior, mediante a análise dos resultados obtidos no grupo experimental. O período de execução do estudo decorreu entre setembro e dezembro de 2025. O projeto foi submetido e obteve parecer favorável da Comissão de Ética da instituição (Parecer 58/CEULSRL/2025 – Anexo I). Garantiu-se a obtenção do Consentimento Informado, Esclarecido e Livre, em conformidade com a Norma n.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde do Politécnico de Leiria (anexo II), respeitando integralmente os pressupostos da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Tipos de dados

A avaliação da qualidade na prestação de cuidados de saúde mental deve ser concebida como um processo dinâmico, contínuo e multidimensional. Em consonância com a perspetiva de Sequeira (2018), a operacionalização do referencial clássico de Donabedian, assente na tríade estrutura, processo e resultado, faculta ao EE as ferramentas necessárias para monitorizar não apenas os desfechos clínicos, mas também a adequação dos recursos mobilizados e a conformidade das intervenções face aos padrões de excelência profissional. No âmbito da monitorização deste PMCQCE, e seguindo a matriz de Donabedian adaptada pela *Checklist* de Heather Palmer (OE, 2014), definiram-se indicadores específicos que permitem converter a prática clínica em dados passíveis de análise estatística e qualitativa. Esta abordagem assegura que a melhoria contínua dos cuidados é mensurável e fundamentada na evidência.

Deste modo, os indicadores de estrutura, processo e resultado definidos no âmbito deste programa apresentam-se da seguinte forma:

Indicadores de estrutura (focam-se na existência e adequação dos recursos necessários para a exequibilidade do programa de EC):

- Recursos humanos: Articulação com a enfermeira gestora para a criação dos grupos de intervenção com base nos critérios de elegibilidade; garantia da presença de um EEESMP na dinamização de todas as sessões.
- Recursos materiais: Disponibilidade dos instrumentos de avaliação MMSE (anexo III), a aplicar nos momentos pré e pós-intervenção; acesso integral aos materiais didáticos e jogos lúdicos selecionados, incidindo nos domínios da “atenção” e “memória”.
- Recursos ambientais: Utilização de um espaço físico que assegure privacidade, conforto, iluminação e isolamento acústico adequados, de modo a potenciar a concentração e o desempenho dos utentes.

Indicadores de processo (Avaliam a conformidade da execução do plano, a dinâmica da intervenção e a adesão terapêutica):

- Taxa de adesão: Percentagem de utentes que frequentam, pelo menos, 75% das sessões programadas (mínimo de 6 em 8 sessões previstas), através da criação de uma grelha de assiduidade diária (criada especificamente para o projeto), destinada ao registo da assinatura ou confirmação de presença de cada participante em todas as sessões (apêndice XI). Este registo não permitiu apenas quantificar a assiduidade, mas serviu também como um instrumento de alerta precoce para o risco de abandono, possibilitando estratégias de motivação personalizada.
- Cumprimento do plano terapêutico: Relação entre o número de atividades de estimulação planeadas e as efetivamente realizadas em cada sessão.
- Nível de participação: Avaliação do envolvimento ativo dos utentes nas dinâmicas grupais, documentado através de uma grelha de observação direta (criada especificamente para o projeto) (apêndice XII).

Indicadores de resultado (Mensuram a efetividade da intervenção e os ganhos em saúde efetivamente alcançados):

- Ganhos cognitivos (efetividade): Variação positiva dos *scores* do MMSE no momento pós-intervenção comparativamente ao momento pré-intervenção.
- Evolução do indicador NOC (efetividade): Melhoria na pontuação dos indicadores da taxonomia NOC relativos à cognição (0900).
- Satisfação dos utentes: Perceção subjetiva dos participantes quanto à utilidade das sessões, adequação dos materiais didáticos/jogos lúdicos e impacto no bem-estar diário, aferida através de uma escala de Likert adaptada (Anexo V).

Fontes de dados

A fonte de dados, correspondente ao item 4 da *Checklist* de Heather Palmer (OE, 2014), reporta-se aos suportes documentais e registos que permitem a extração de informação para a monitorização dos indicadores. No que concerne ao desempenho cognitivo, a fonte de dados consistiu na aplicação da escala MMSE (Anexo III), nos momentos pré e pós-intervenção. Importa salientar que, salvaguardando os pressupostos éticos e de propriedade intelectual, foi solicitada previamente a autorização por via e-mail para a utilização da referida escala no âmbito deste projeto. Complementarmente, os dados foram cruzados com os registos de enfermagem na plataforma SClínico, assegurando a rastreabilidade e a fidedignidade dos ganhos em saúde identificados. O MMSE, desenvolvido originalmente por Folstein et al. (1975) e alvo de adaptação para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994), constitui-se como um instrumento de rastreio cognitivo polivalente. Este permite aferir o estado mental do utente através da avaliação de seis domínios cognitivos específicos, viabilizando uma análise estruturada da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

No âmbito deste projeto, a utilização da versão aferida por Guerreiro et al. (1994) revelou-se fundamental, uma vez que permite ajustar a interpretação dos resultados aos pontos de corte definidos para a escolaridade da população portuguesa. Deste modo, a pontuação total e a análise diferenciada por domínios constituem a base documental para a monitorização da eficácia da intervenção e para a aferição dos ganhos em saúde alcançados. A pontuação total é obtida pelo somatório do desempenho nos seis domínios referidos, resultando num *score* final que é interpretado de acordo com o nível de escolaridade do utente, conforme os pontos de corte validados para o contexto nacional:

- Analfabetos: ≤ 15 pontos;
- 1 a 11 anos de escolaridade: ≤ 22 pontos;
- Escolaridade superior a 11 anos: ≤ 27 pontos.

Quadro 1 – Domínios cognitivos e respetivos itens/tarefas da escala

Domínio cognitivo	Itens/tarefas	Pontuação máxima
Orientação	• Orientação temporal (ano, mês, dia do mês, dia da semana, estação do ano estamos); • Orientação espacial (país, distrito vive, terra vive, casa estamos, andar estamos)	10
Retenção	Nomeação e repetição de 3 palavras simples (pêra, gato, bola).	3 (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida).
Atenção e cálculo	Subtrações sucessivas de 3 a partir de 30 (5 vezes).	5 (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas).
Evocação	Recordação das 3 palavras anteriormente retidas (pêra, gato, bola).	3 (1 ponto por cada resposta correta)
Linguagem	• Nomeação de objetos (relógio, lápis); • Repetição de frase; • Execução de ordens verbais; • Solicitar a leitura da frase “feche os olhos” e executá-la. Sendo analfabeto lê-se a frase; • Execução de ordens de escrita de uma frase com sentido.	8 (1 ponto por cada resposta correta)
Habilidade construtiva	Cópia de dois pentágonos intersectados.	1 (1 ponto pela cópia correta)
Total		30

Fonte: Folstein et al. (1975) alvo de adaptação para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994)

No âmbito da avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem de saúde mental, utilizou-se o resultado Cognição (0900), fundamentado na taxonomia *Nursing Outcomes Classification* (NOC), na sua 4.ª edição (Moorhead et al., 2010). Este resultado é definido como a capacidade de executar processos mentais complexos, constituindo uma métrica essencial para objetivar a eficácia das sessões de EC. Para a aferição deste resultado, foram selecionados e monitorizados os seguintes indicadores específicos, cotados numa escala de likert de 1 a 5 (1 – gravemente comprometido, 2 – muito comprometido, 3 – moderadamente comprometido, 4 – levemente comprometido, 5 – não comprometido).

A atribuição dos níveis na escala de likert (1 a 5) foi sustentada pelos resultados obtidos na aplicação da escala MMSE, assegurando que a transposição para a taxonomia NOC fosse baseada em evidência objetiva.

Quadro 2 – Indicadores NOC selecionados e descrição na prática clínica para este projeto

Indicadores NOC	Definição operacional no projeto
090001	Estado de orientação: Capacidade de identificar corretamente tempo, lugar e pessoa.
090003	Memória de curto prazo: Capacidade de recordar informações apresentadas recentemente (testado via MMSE).
090005	Atenção: Capacidade de se concentrar numa tarefa ou estímulo específico.
090007	Memória de longo prazo: Capacidade de recuperar informações ou eventos passados.
090009	Processamento de informação: Capacidade de interpretar e responder adequadamente a estímulos verbais e visuais.

Fonte: Moorhead et al., 2010

Para avaliar a dimensão subjetiva da intervenção, foi aplicada a escala de Likert adaptada de 5 pontos, desenhada especificamente para colher o *feedback* dos participantes após a conclusão do ciclo de sessões. Este instrumento constitui uma fonte de dados essencial para aferir a aceitabilidade e a relevância das atividades de EC na perspetiva do utente.

A escala foi estruturada em três domínios fundamentais, permitindo uma análise qualitativa e quantitativa da adesão terapêutica:

- Utilidade das sessões: Perceção do utente sobre a importância das atividades para a sua saúde mental.
- Adequação dos recursos: Avaliação da clareza e do interesse dos materiais didáticos e jogos lúdicos utilizados.
- Impacto no bem-estar: Sentimento de eficácia ou melhoria no desempenho das atividades de vida diária após a intervenção.

Quadro 3 – Nível de concordância e interpretação no projeto

Pontuação	Nível de concordância	Interpretação no projeto
1	Nada satisfeito	A intervenção não foi percecionada como útil ou adequada.
2	Um pouco satisfeito	Baixo interesse ou dificuldade elevada nos materiais.
3	Parcialmente satisfeito	Sem opinião formada ou impacto neutro no quotidiano.
4	Bastante satisfeito	Perceção positiva e materiais considerados interessantes.
5	Totalmente satisfeito	Elevada satisfação e impacto evidente no bem-estar diário.

Fonte: Fortin, M. F. (2009)

Este cruzamento de informações permitiu verificar, por exemplo, se a melhoria na pontuação do MMSE (objetiva) correspondia a uma subida no nível de compromisso da NOC (clínica) e se essa evolução era sentida pelo próprio utente como um aumento do seu bem-estar (subjetiva). Esta coerência entre as fontes de dados confere fidedignidade e rastreabilidade ao processo de monitorização, demonstrando de forma inequívoca o valor acrescentado da intervenção do EE.

Tipo de avaliação

A avaliação da intervenção estruturou-se em dois eixos complementares, garantindo a isenção e o rigor metodológico na aferição dos resultados. A avaliação interna centrou-se na análise reflexiva efetuada pela própria mestrandia, enquanto principal dinamizadora do projeto. O foco e o objetivo incidiram sobre a autoavaliação do desempenho clínico e das respostas dos utentes em tempo real. Esta análise contínua permitiu o ajuste dinâmico dos materiais didáticos e dos jogos lúdicos, assegurando que as atividades permanecessem alinhadas com as capacidades cognitivas demonstradas e com os objetivos de ganhos em saúde

traçados. Já a avaliação externa conferiu objetividade e validade científica ao projeto, recorrendo a métricas padronizadas e supervisão de peritos, nos quais se destacam:

- Indicadores de resultado: Operacionalizada através da variação positiva nos indicadores NOC (previamente definidos no item 4 da *Checklist* de Heather Palmer (OE, 2014) e na evolução dos *scores* obtidos no MMSE no momento pré e pós-intervenção.
- Supervisão e validação: Todos os registos e evoluções clínicas foram alvo de supervisão e validação por parte do EEESMP cooperante. Esta heteroavaliação foi essencial para garantir que os ganhos em saúde identificados são sustentados por instrumentos validados, mitigando o risco de subjetividade e enviesamento na análise dos resultados finais.

Esta dualidade avaliativa assegurou que o projeto fosse, simultaneamente, flexível (pela avaliação interna) e rigoroso (pela avaliação externa), cumprindo os padrões de qualidade exigidos para a prática especializada de enfermagem.

Critérios de avaliação

Para garantir a isenção na análise dos ganhos em saúde e a reprodutibilidade do projeto, foram estabelecidos critérios de avaliação objetivos, bem como a definição de exceções e normas de esclarecimento clínico.

Quadro 4 – Critérios de avaliação definidos para o projeto

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
Estado cognitivo: Aplicação da escala MMSE (anexo III) em dois momentos distintos, pré e pós-intervenção, tanto ao grupo de intervenção como ao grupo de controlo, permitindo a análise comparativa da evolução cognitiva. Indicadores NOC (0900 – Cognição): Aferição do resultado "Cognição" após a conclusão das 8 sessões de EC, recorrendo aos indicadores específicos definidos no Item 4 da <i>Checklist</i> de Heather Palmer (OE, 2014), para este projeto. Satisfação dos utentes: Avaliação da qualidade percebida através da aplicação da escala de Likert adaptada (anexo V), visando mensurar o grau de satisfação dos participantes relativamente às dinâmicas implementadas. Envolvimento ativo: Avaliação contínua da participação dos utentes nas dinâmicas grupais, documentada através de uma grelha de observação direta (Apêndice XII). Este instrumento permitiu o registo sistemático da iniciativa, interação e manutenção da atenção durante as sessões. Taxa de assiduidade: Verificação do cumprimento de uma frequência igual ou superior a 75% (mínimo de 6 em 8 sessões previstas). Este indicador de processo foi essencial para validar a exposição efetiva ao estímulo terapêutico e garantir a fidedignidade dos resultados finais.	Absentismo crítico (exposição insuficiente ao estímulo): Exclusão de utentes com uma frequência inferior a 50% das sessões programadas (menos de 4 sessões). Considerou-se que este limiar de participação é insuficiente para gerar neuroplasticidade ou ganhos cognitivos mensuráveis, comprometendo a avaliação da eficácia da intervenção. Intercorrências de saúde agudas: Exclusão de casos em que se verificou a ocorrência de episódios de <i>delirium</i> ou agudizações psicopatológicas graves. Estas condições clínicas introduzem um enviesamento significativo nos resultados do MMSE, uma vez que as flutuações da consciência e do estado mental impossibilitam a distinção entre o declínio cognitivo de base e a sintomatologia aguda. Instabilidade Farmacológica: Exclusão de utentes sujeitos a introdução ou ajuste major de fármacos com perfil psicotrópico (nomeadamente antipsicóticos ou colinérgicos) durante as 8 semanas de intervenção. Dado o impacto direto destas substâncias na função cognitiva e na atenção, a sua alteração impediria a atribuição inequívoca dos ganhos obtidos apenas às dinâmicas de EC.	Ajuste de escolaridade (normalização de scores): Todas as pontuações obtidas no MMSE foram interpretadas de acordo com os pontos de corte validados para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994). Esta aferição individualizada permitiu distinguir o declínio cognitivo real de limitações decorrentes da baixa literacia, mitigando o risco de falsos diagnósticos e garantindo a fidedignidade dos resultados. Controlo da subjetividade na satisfação: A aplicação da escala de Likert adaptada (Anexo V) foi precedida de uma explicação pormenorizada da sua estrutura e objetivos. Esta estratégia de literacia em saúde garantiu que as respostas refletiam a real experiência e satisfação do utente em relação às dinâmicas, e não uma potencial dificuldade na compreensão ou preenchimento do instrumento. Gestão de dados omissos: Na eventualidade de um participante não realizar a avaliação final, o respetivo processo será encerrado sem qualquer tentativa de extrapolação ou imputação de dados inexistentes. Esta opção metodológica visa preservar a integridade estatística do projeto, evitando a atribuição de ganhos em saúde não comprovados.

Colheita de dados

A colheita de dados foi conduzida pela mestrandia, enquanto dinamizadora do projeto, norteadas pelos princípios da integridade da informação e da salvaguarda da privacidade dos participantes, mediante os seguintes procedimentos:

- **Fontes de dados primárias**

- ✗ Observação direta: Avaliação sistemática efetuada durante as sessões de EC, com registo imediato na grelha de observação direta do envolvimento ativo dos utentes nas dinâmicas grupais (Apêndice II).
- ✗ Instrumentos de diagnóstico: Aplicação direta do MMSE no momento inicial e no momento final. As avaliações decorreram em ambiente reservado, assegurando a concentração do utente e a estrita confidencialidade das respostas.
- ✗ Escala de Likert adaptada: Colheita de dados relativa à satisfação dos utentes no final do projeto (Anexo V). Sempre que necessário, recorreu-se à colheita assistida (leitura do instrumento pela mestrande) para colmatar défices sensoriais ou de literacia, garantindo a fidedignidade da opinião expressa.

- **Fontes de dados secundárias (documentais):**

- ✗ Processo clínico informatizado (SCLínico): Consulta exaustiva de antecedentes clínicos, diagnósticos de enfermagem ativos e historial farmacológico, essencial para o controlo de variáveis de exclusão (exceções) e contextualização da amostra.
- ✗ Registos de enfermagem: Extração de dados referentes aos indicadores NOC (0900 – Cognição), previamente validados e registados pela equipa de enfermagem da unidade.

- **Procedimentos de operacionalização:**

- ✗ **Calendarização:** A colheita foi estruturada em três fases: diagnóstica (no primeiro contacto individual – 1ª sessão), formativa (durante a implementação das 6 sessões de EC) e avaliativa (no último contacto individual com o utente – 8ª sessão).
- ✗ **Ambiente da colheita:** A aplicação de escalas e questionários ocorreu em gabinete clínico ou espaço isolado, visando mitigar ruídos externos e variáveis ambientais que pudessem comprometer o desempenho cognitivo dos participantes.

- **Supervisão e tratamento ético:**

- ✗ **Supervisão de campo:** O processo foi acompanhado e validado pelo EEESMP cooperante, garantindo a concordância entre os dados colhidos e a evolução clínica observada pela equipa multiprofissional.
- ✗ **Tratamento de dados:** Os dados foram transpostos para o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), assegurando o anonimato através da codificação alfanumérica dos participantes e o rigor na análise dos resultados obtidos.

Relação temporal

O presente projeto assume um carácter prospetivo e longitudinal, uma vez que a colheita de dados e a implementação das intervenções ocorreram em tempo real, com o acompanhamento sistemático dos participantes ao longo do tempo (OE, 2014). O estudo foi delineado para observar o efeito das intervenções de EC à medida que estas eram executadas, permitindo uma análise direta da relação entre o estímulo e a resposta clínica. Mais do que uma intervenção pontual, o projeto foi concebido numa lógica de sustentabilidade dos cuidados. Isto significa que a metodologia e os materiais didáticos foram integrados na dinâmica da unidade, assegurando que os ganhos em saúde identificados possam ser seguidos e reforçados no futuro, garantindo a continuidade da assistência especializada de enfermagem.

Seleção da amostra

O recrutamento dos participantes decorreu em contexto institucional, incidindo sobre a população de utentes da unidade de estudo.

A seleção da amostra foi efetuada de forma sistemática, mediante a aplicação rigorosa dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos (Item 2 da *Checklist* de Palmer (OE, 2014)). O estudo contou com

uma amostra total de 20 participantes ($n=20$), subdivididos equitativamente em dois grupos: grupo de caso (intervenção): 10 participantes ($n=10$) e grupo de controlo: 10 participantes ($n=10$).

No que concerne à caracterização da amostra ($n=20$), a análise estatística confirmou a homogeneidade intergrupos, condição essencial para a validade interna do estudo. Não foram observadas discrepâncias com relevância estatística ($p > 0,05$) nas variáveis sociodemográficas, nomeadamente na idade (média de 49 anos; $p=0,820$) e na escolaridade ($p=0,534$). Importa salientar que a amostra foi exclusivamente constituída por indivíduos do sexo masculino, o que confere ao grupo uma homogeneidade. A distribuição dos participantes e as variáveis sociodemográficas foram ilustradas através de representações gráficas exportadas do *software* SPSS Statistics, assegurando uma leitura rápida da homogeneidade entre o grupo de caso (intervenção) e o grupo de controlo no momento basal.

A caracterização da amostra, detalhada na Tabela 1, foi processada através do *software* SPSS Statistics, recorrendo-se à análise da média (M), mediana (Me), Moda (Mo), desvio-padrão (DP), valor mínimo (Min) e máximo (Max), percentis (P), permitindo uma visão estratificada do perfil da amostra.

A análise estatística efetuada revelou uma integridade total da base de dados, com a verificação de 20 casos válidos (100%) e ausência de dados omissos, o que reforça a robustez da amostra para o tratamento pretendido.

A média de idades fixou-se nos 49,0 anos ($DP=10,83$), apresentando uma elevada proximidade com a mediana (49,5 anos). Esta convergência de valores sugere uma distribuição simétrica e equilibrada da idade entre os participantes.

Observou-se uma amplitude etária compreendida entre o valor mínimo de 31 anos e o valor máximo de 66 anos, com um desvio-padrão que indica uma dispersão moderada em torno da média (11 anos).

A comparação inicial entre os grupos através de testes não paramétricos (teste Mann-Whitney) revelou uma homogeneidade absoluta quanto ao estado cognitivo global (anexo XI). Ambos os grupos (caso e controlo) apresentaram um posto médio idêntico de 10,50, com distribuições de frequência de scores no MMSE 1º momento perfeitamente simétricas. Este equilíbrio inicial garante que os grupos são comparáveis, permitindo atribuir eventuais diferenças futuras às variáveis em estudo e não a disparidades pré-existentes na amostra.

Tabela 1 – Caracterização da amostra detalhada (nas variáveis idade e MMSE), momentos 1 e 2, por grupo

Indicadores	Idade			MMSE Momento 1			MMSE Momento 2		
	total	Caso	Controlo	total	Caso	Controlo	total	Caso	Controlo
n	20	10	10	20	10	10	20	10	10
Média	49,00	49,00	49,00	28,80	28,80	28,80	29,40	30,00	28,80
Mediana	49,50	49,50	49,50	29,50	29,50	29,50	30,00	30,00	29,50
Moda	37,00	37,00	37,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00
Desvio padrão	10,828*	10,828*	10,828*	1,361*	1,361*	1,361*	1,142*	0,000*	1,361*
Mínimo	31,00	31,00	31,00	27,00	27,00	27,00	27,00	30,00	27,00
Máximo	66,00	66,00	66,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	27,00
Quartis									
1	38,25	38,25	38,25	27,00	27,00	27,00	29,25	30,00	29,50
2	49,50	49,50	49,50	29,50	29,50	29,50	30,00	30,00	30,00
3	54,75	54,75	54,75	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00	30,00

Medidas corretivas e articulação terapêutica

A implementação do projeto exigiu uma monitorização clínica constante, permitindo a aplicação de medidas corretivas estruturadas em três eixos de intervenção especializados: psicoterapêutico, psicoeducacional e psicossocial.

Tabela 2 – Eixo de intervenções e medidas de ajuste

Eixo de Intervenção	Risco/problema identificado	Medida corretiva
Psicoterapêutico	Ansiedade de desempenho ou frustração perante a dificuldade dos exercícios cognitivos.	Utilização de reforço positivo. Ajuste do nível de exigência para promover o sentimento de autoeficácia e reduzir a reatividade emocional negativa.
Psicoeducacional	Défice de literacia sobre a importância da EC e a natureza do declínio.	Sessões de esclarecimento breves sobre o “porquê” de cada exercício, transformando a tarefa mecânica numa aprendizagem significativa para o utente.
Psicossocial	Isolamento de utentes mais introvertidos ou monopolização do grupo por líderes informais.	Gestão dinâmica de grupos: atribuição de papéis específicos e mediação da comunicação para garantir a inclusão e a pertença, mitigando o risco de isolamento social durante as sessões.
Cognitiva (base)	Fadiga mental ou flutuação da atenção durante a aplicação do MMSE (anexo III) ou exercícios de EC.	Fracionamento das atividades e introdução de períodos de repouso funcional. Adaptação do material visual para compensar défices sensoriais e manter a motivação.

Em suma, a articulação entre as intervenções previstas e as medidas corretivas aplicadas permitiu uma prática de cuidados personalizada e ética. Esta postura reflexiva assegurou que, perante a vulnerabilidade cognitiva, o utente encontrasse um suporte clínico capaz de adaptar o plano terapêutico às suas necessidades reais em cada momento.

5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

A implementação sistemática do projeto assentou num planeamento rigoroso, operacionalizado através de dois instrumentos fundamentais de gestão clínica: o cronograma de atividades (Apêndice XIII) e o plano estruturado do programa de intervenção (PMCQCE).

O cronograma detalhado permitiu a monitorização sequencial de todas as fases do projeto, desde o diagnóstico inicial e recrutamento da amostra até à avaliação final de resultados. Este instrumento revelou-se determinante para garantir a exequibilidade do estudo nos prazos estipulados, assegurando o cumprimento dos objetivos operacionais e a gestão otimizada dos recursos humanos e materiais disponíveis na unidade de estudo.

O plano estruturado do programa de intervenção, focado na EC, constituiu o referencial técnico para as 8 sessões implementadas. Cada sessão foi delineada com objetivos terapêuticos transversais, metodologias diferenciadas e recursos materiais selecionados, garantindo a reprodutibilidade da intervenção e a padronização dos cuidados. A ordem sequencial das sessões foi planeada para respeitar uma curva de aprendizagem progressiva, devidamente adaptada às capacidades cognitivas remanescentes dos participantes. Esta personalização do estímulo visou não só a adesão terapêutica, mas também a maximização da resposta clínica e do bem-estar dos utentes.

Tabela 3 – Planeamento do programa de intervenção do PMCQCE

Local	Sala de atividades pavilhão A
Data/Hora	Sextas-feiras às 12h, com periodicidade semanal
Duração	Serão realizadas 8 sessões, com duração de 1 hora cada
Enfermeira	Mestranda Enf.ª Dora Domingues, responsável pelo projeto, com supervisão de um EEESMP
Destinatário	A amostra será constituída por 20 utentes, subdivididos em dois grupos de 10 elementos (grupo de intervenção e grupo de controlo), com base nos critérios de inclusão e exclusão definidos para este projeto. Privilegiar-se-á a constituição de grupos homogéneos para potenciar a coesão e a eficácia das dinâmicas. Na fase inicial do projeto a escala do MMSE (anexo III) será aplicada aos 20 participantes e as 6 sessões de EC com foco nos domínios cognitivos “atenção” e “memória” serão realizadas apenas aos utentes do grupo de caso.
Recursos Materiais	Mesa; cadeiras; esferográfica; materiais didáticos/ jogos lúdicos previamente selecionados para cada sessão consoante o défice cognitivo a intervir
Objetivo geral	Promover a EC, com foco nos domínios cognitivos “atenção” e “memória”, nos 20 utentes (grupo de caso e grupo de controlo)
Objetivos específicos	- Avaliar o défice cognitivo (score) na avaliação inicial, mediante a aplicação da escala MMSE (anexo III); - Promover e/ou estabilizar as capacidades cognitivas nos domínios da “atenção” e “memória”, nos utentes participantes; - Avaliar os resultados alcançados através do indicador NOC "cognição" (anexo IV), com o propósito de validar e divulgar o sucesso da intervenção; - Promover o bem-estar global dos participantes.
Desenvolvimento	No âmbito desta intervenção psicoterapêutica, a primeira etapa consistirá na realização de uma sessão de reunião comunitária. Esta sessão será dedicada à apresentação da mestranda e dos participantes. Serão igualmente definidas as regras de funcionamento a aplicar durante as sessões, visando garantir a ausência de conflitos e que todos tenham oportunidade de intervir. Estas regras incluirão o levantamento da mão para solicitar a palavra, assegurando-se uma intervenção ordenada e sequencial. De seguida, será apresentado o projeto na íntegra, detalhando os objetivos e as metodologias a utilizar ao longo das sessões. No final, será reservado um período para o esclarecimento de eventuais questões levantadas pelos participantes.

	O projeto contemplará um total de 8 (oito) sessões, com a seguinte estrutura: • 1ª sessão - Avaliação Inicial: Aplicação da escala MMSE (anexo III); • 2ª, 3ª e 4ª sessões - EC: foco na atenção; • 5ª, 6ª e 7ª sessões - EC: foco na memória; • 8ª sessão - Avaliação final: Aplicação da escala MMSE (anexo III), indicador NOC "cognição" (anexo IV) e escala de Likert adaptada (anexo V). <u>Estrutura da 1ª sessão</u> A sessão consistirá na aplicação da escala MMSE (anexo III). Cada participante receberá a escala em suporte de papel, após o que será explicado o seu método de preenchimento. Este procedimento de avaliação de <i>score</i> será realizado individualmente, requerendo a presença exclusiva da mestranda e do participante. <u>Estrutura da 2ª sessão</u> Jogo da batalha naval. Explicadas as regras e normas do jogo no início da sessão. <u>Estrutura da 3ª sessão</u> Jogo do cortex. Explicadas as regras e normas do jogo no início da sessão. <u>Estrutura da 4ª sessão</u> Jogo do dobre. Explicadas as regras e normas do jogo no início da sessão. <u>Estrutura da 5ª sessão</u> Jogo do mastermind. Explicadas as regras e normas do jogo no início da sessão. <u>Estrutura da 6ª sessão</u> Jogo do Tchan. Explicadas as regras e normas do jogo no início da sessão. <u>Estrutura da 7ª sessão</u> Sopa de letras. Explicadas as regras e normas da utilização desta metodologia. <u>Estrutura da 8ª sessão</u> Aplicação novamente da escala MMSE (anexo III) aos utentes do grupo de caso (intervenção e grupo de controlo).
Justificação	A promoção da saúde mental requer a concretização de condições que fomentem o bem-estar psicológico dos indivíduos e das suas comunidades. Esta ação deve focar-se, principalmente, no desenvolvimento de competências como a autonomia, a adaptabilidade e as competências sociais (Sequeira e Sá, 2010). Por sua vez, a doença mental provoca frequentemente défices cognitivos que contribuem para uma diminuição da capacidade de autonomia da pessoa no seu quotidiano. Inúmeros estudos defendem que o tratamento farmacológico deve ser complementado por uma abordagem não farmacológica, visando a melhoria funcional e a minimização dos efeitos da doença mental nas relações sociais e na qualidade de vida (Monteiro e Louzã, 2007; Tonelli, Liboni & Cavicchioli, 2013). É neste contexto

	que a equipa de saúde, incluindo o EEESMP, deve atuar para evitar o agravamento da situação clínica, promover a recuperação da pessoa e aumentar a sua qualidade de vida. Neste âmbito, cabe ao EEESMP o papel de promover a adaptação das respostas humanas desajustadas no contexto da transição vivida, e de diminuir o seu sofrimento (com impacto no próprio e na sua família). (Regulamento n.º 129/2011, sobre as competências específicas do EEESMP). A cognição é uma área abrangente, passível de múltiplos significados. Para Sequeira & Sampaio (2020), a cognição é uma função cortical relacionada com a capacidade de o indivíduo adquirir e utilizar a informação colhida, com o intuito de se adaptar às exigências do meio ambiente. O seu comprometimento pode interferir com as atividades de vida diária, acarretando consequências negativas na vida do indivíduo. Além disso a cognição baseia-se em diversas funções mentais (ou domínios cognitivos), cujas alterações resultam em défices cognitivos. Estes domínios incluem a perceção, a atenção, a memória, o raciocínio (lógico e abstrato), a linguagem e as capacidades executivas e visuoespaciais (Sequeira & Sampaio, 2020). Segundo Santos & Flores-Mendoza (2017), as intervenções cognitivas implementadas deverão assentar, se possível, na melhoria ou, pelo menos, na preservação do funcionamento do défice cognitivo-alvo, através da implementação de exercícios mentais em contexto prático. É neste contexto que surge a EC, enquanto promotora da estimulação, compensação e promoção de competências neurocognitivas (Marques et al., 2006). A EC está integrada nas intervenções não farmacológicas e deve ter como base a estimulação de diversos domínios cognitivos, nomeadamente: atenção, perceção, linguagem, concentração, memória, imaginação, raciocínio, pensamento, associação de ideias e a capacidade visuoespacial. Esta é operacionalizada através da implementação de atividades estruturadas, que podem ter o nível de dificuldade facilitado ou dificultado (Pereira, 2012; Gonçalves, 2012 & Castro, 2011). É importante notar que, na linha deste pensamento, os conceitos de "treino cognitivo", "estimulação cognitiva" e "reabilitação cognitiva" são frequentemente utilizados como sinónimos, embora se refiram a termos distintos. O "treino cognitivo" baseia-se na prática repetida e padronizada de tarefas para melhorar a função cognitiva afetada, o que, por vezes, desconsidera as necessidades individuais da pessoa (Clare e Woods, 2004 cit. in Apóstolo et al., 2011). Este treino envolve a prática guiada sobre um conjunto de tarefas padrão, desenhadas para melhorar domínios cognitivos específicos, como a memória, a atenção, a linguagem ou a função executiva (Ballard et al., 2011). A "estimulação cognitiva" está mais associada à participação em atividades de grupo e discussões que visam a melhoria do funcionamento cognitivo e social. Por sua vez, a "reabilitação cognitiva" é uma abordagem que lida com o desempenho das funções cerebrais, focando-se nas capacidades cognitivas (atenção, memória, linguagem e funções executivas), com o objetivo de compensar, recuperar ou reforçar défices nessas capacidades. No meu contexto de trabalho com utentes de psiquiatria crónica, a metodologia mais recomendada é a “reabilitação cognitiva” ou o “treino cognitivo”. Esta abordagem baseada em evidências é a que mais consistentemente tem mostrado resultados na melhoria dos domínios cognitivos da “atenção” e “memória”, frequentemente afetados nestes quadros clínicos (Wykes et al., 2007; Medalia & Revheim, 2007; Bowie & Harvey, 2006). Segundo Sá (coord.) (2009), a atenção caracteriza-se como uma função mental em que o indivíduo, durante o período de tempo necessário, consegue concentrar-se de forma eficaz num determinado estímulo externo ou experiência interna. Já a memória assenta em três processos essenciais: a capacidade de o ser humano captar a informação, o armazenamento dessa mesma informação e, por fim, a sua recuperação (Mourão Júnior & Faria, 2015). Na sequência deste raciocínio, as intervenções cognitivas enquadradas neste projeto terão como foco alvo os défices cognitivos da “atenção” e “memória”.
--	--

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

A avaliação da eficácia da intervenção foi operacionalizada em dois momentos distintos: no momento inicial, correspondente à primeira sessão, e no momento final, após a conclusão das 6 sessões de EC. Em ambos os momentos, recorreu-se à aplicação da escala do MMSE (anexo III) como instrumento de medida.

Dada a dimensão da amostra ($n=20$), e seguindo os pressupostos da estatística inferencial para grupos inferiores a 50 sujeitos, utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da distribuição das variáveis quantitativas.

Esta análise de normalidade foi aplicada às seguintes dimensões, tanto no pré como no pós-intervenção:

- Variáveis demográficas: Idade.
- Domínios cognitivos da escala do MMSE (anexo III): Orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação e habilidade construtiva.
- Pontuação global: *Score* total da escala do MMSE (anexo III).

A determinação da normalidade (ou a sua ausência) foi o passo metodológico determinante para a seleção subsequente dos testes de hipóteses, optando-se por testes paramétricos (caso se verifique a normalidade) ou testes não paramétricos (em caso de distribuição não normal), garantindo assim a fiabilidade e o rigor científico na interpretação dos ganhos em saúde.

Apenas a variável idade apresentou uma distribuição normal ($p=0,341$), não havendo evidência estatística para rejeitar a hipótese de normalidade ($p>0,05$). As variáveis MMSE 1º momento, MMSE 2º momento, evocação e evocação 2 apresentaram desvios significativos da normalidade ($p<0,001$). Nestes casos, a distribuição dos dados é assimétrica, com uma concentração de scores elevados. As subescalas de *orientação, retenção, atenção e cálculo, linguagem e habilidade construtiva* (em ambos os momentos) não permitiram o cálculo da estatística de normalidade, uma vez que apresentaram variância zero (todos os participantes obtiveram a mesma pontuação).

A distribuição da idade dos participantes foi analisada recorrendo a um gráfico de caixa, o qual demonstrou uma distribuição simétrica e equilibrada. A mediana da idade fixou-se nos 50 anos. A amplitude total variou entre o mínimo de 31 e o máximo de 66 anos. É de notar a ausência de valores atípicos, o que, em conjunto com a inspeção visual da simetria do gráfico, reforça a indicação de normalidade para esta variável, permitindo a utilização de testes estatísticos paramétricos nas análises comparativas.

Relativamente à análise MMSE no 1º momento verifica-se um acentuado efeito de teto, com a distribuição concentrada no limite superior da escala ($Me=29,50$). A amplitude dos dados situa-se entre os 27 e os 30 pontos, apresentando uma assimetria negativa que justifica a não normalidade da variável, uma vez que a maioria dos participantes apresenta scores próximos da pontuação máxima.

A análise do desempenho cognitivo no MMSE 2º momento revela um acentuado efeito de teto, com a mediana a atingir a pontuação máxima de 30,00 pontos. Mais de 50% da amostra obteve o score total no teste, indicando uma homogeneidade de desempenho elevado no grupo.

Contudo, a presença de três valores atípicos que divergem da tendência central: o participante 17 ($score=28$) e os participantes 11 e 15, com a pontuação mínima de 27,00. Estes casos isolados são responsáveis pela assimetria negativa observada e pela rejeição da normalidade para esta variável. À exceção destes participantes, a amplitude de resultados do restante grupo situou-se exclusivamente entre os 29 e os 30 pontos.

Para comparar o desempenho cognitivo entre os dois momentos de avaliação, foi aplicado o teste Wilcoxon (teste não paramétrico), uma vez que as variáveis não apresentavam distribuição normal.

A análise comparativa do estado cognitivo no segundo momento, entre o grupo caso e o grupo controlo, revelou uma diferenciação entre os grupos (anexo XII). Através do teste de Mann-Whitney, observou-se que o grupo caso apresentou um posto médio superior (13,00) face ao grupo controlo (8,00). Visualmente, esta disparidade é evidente pela concentração de 90% dos indivíduos do grupo caso na pontuação máxima (30 pontos), enquanto o grupo controlo manteve uma distribuição mais dispersa e scores inferiores, sugerindo um efeito diferenciador entre os grupos no final do estudo.

No grupo caso, a aplicação do teste de Wilcoxon evidenciou ganhos estatisticamente significativos ($p = 0,039$) entre os dois momentos de avaliação. Esta progressão favorável é sustentada pela subida da média das pontuações do MMSE de 28,80 para o score máximo de 30,00. Clinicamente, é imperativo notar que 50% dos

utentes deste grupo apresentaram uma evolução positiva direta, não se registando qualquer fenómeno de declínio (zero diferenças negativas). Este facto atesta que a implementação das seis sessões de EC previamente delineadas foi o fator determinante para a otimização do desempenho cognitivo.

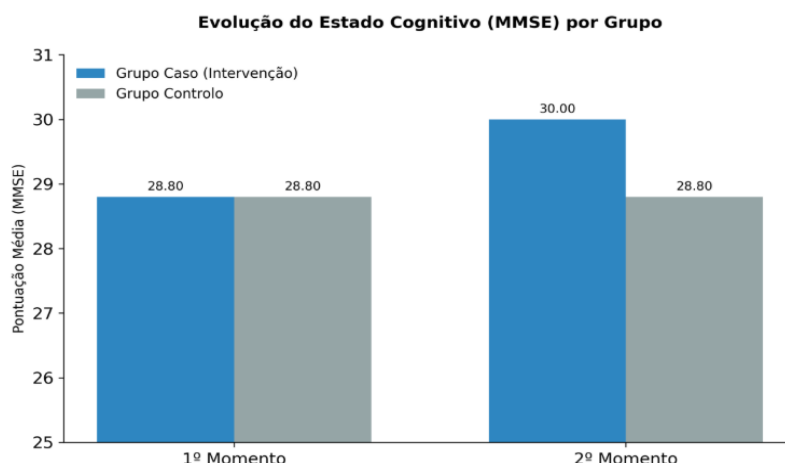
Em sentido oposto, o grupo controlo exibiu uma estagnação absoluta nos seus indicadores, com uma ausência total de alterações nas pontuações ($p = 1,000$). A manutenção da média em 28,80 e a imobilidade das estatísticas descritivas permitem excluir a existência de evolução espontânea ou de um eventual efeito de aprendizagem resultante da repetição do teste MMSE.

Tabela 4 – Comparação dos resultados do MMSE entre o Momento 1 e o Momento 2, por grupo: Teste de Wilcoxon

Grupos	Pontuação Média MMSE		Teste de Wilcoxon (Z)	Significância (p)
	1º Momento	2º Momento		
Caso (Intervenção)	28,80	30,00	15,000	0,039*
Controlo	28,80	28,80	0,000	1,000

Legenda: p-valor significativo por $p \leq 0,05$; z-valores obtidos com a aplicação Teste de Wilcoxon

Gráfico 1 – Evolução das médias cognitivas entre o Momento 1 e o Momento 2, por grupo



Em síntese, a estabilidade do grupo controlo face à melhoria inequívoca do grupo sujeito à intervenção reforça o argumento de que os ganhos obtidos derivaram estritamente da implementação do programa de EC. Embora a dimensão da amostra tenha condicionado o nível de significância na comparação direta final entre grupos ($p = 0,063$), a evidência clínica é robusta. A discrepância entre a progressão do grupo caso e a imobilidade do grupo controlo valida a pertinência da intervenção nesta área por parte do EEESMP, demonstrando o seu impacto vital na promoção e manutenção da SM remanescente, em plena consonância com o referencial teórico adotado.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

A continuidade do programa de EC na unidade exige uma análise diagnóstica que identifique os fatores facilitadores e as barreiras à sua implementação permanente. Para tal, recorreu-se à análise SWOT (Strengths [forças], Weaknesses [Fraquezas], Opportunities [Oportunidades], Threats [ameaças], uma ferramenta de gestão estratégica que, segundo Ferreira et al. (2024), permite ao EE avaliar o contexto organizacional e maximizar a eficiência das intervenções baseadas na evidência.

De acordo com o referencial de Ferreira et al. (2024), a eficácia de um projeto de intervenção depende da capacidade de converter oportunidades externas em pontos fortes institucionais, minimizando simultaneamente o impacto das ameaças estruturais através da formação contínua.

Quadro 5 – Proposta de sustentabilidade através da análise SWOT

Pontos fortes - Strengths (forças) • Melhoria evidente nos scores da escala do MMSE (anexo III); • Existência de um plano estruturado (PMCQCE); • Elevada aceitação por parte dos utentes.	Oportunidades (Opportunities) • Sensibilização da instituição para a saúde mental; • Integração nos indicadores de qualidade da unidade; • Possibilidade de envolver familiares no processo que tenham suporte familiar e que estejam recetivos.
Pontos Fracos - Weaknesses (Fraquezas) • Amostra reduzida; • Escassez de tempo dos enfermeiros para a realização de sessões de EC devido à falta de recursos humanos dedicados exclusivamente à reabilitação cognitiva; • Necessidade de investir na aquisição de materiais didáticos/ jogos lúdicos.	Ameaças (Threats) • Elevada carga de trabalho da equipa de enfermagem; • Rotatividade dos profissionais; • Priorização de cuidados físicos em detrimento dos cognitivos.

Com base na experiência colhida, propõe-se a standardização (normatização) da intervenção para garantir a segurança e a qualidade:

- Standardização de procedimentos: Criação de uma norma de procedimento interna que descreva os critérios de inclusão, a periodicidade das sessões e os instrumentos de avaliação (escala do MMSE (anexo III), indicador NOC "cognição" (anexo IV)). Isto garante que qualquer enfermeiro possa dar continuidade ao projeto com o mesmo rigor.
- Medidas corretivas nos registos: Implementação de um campo específico no SClínico para o registo da intervenção, evitando a dispersão de informação e garantindo a visibilidade do cuidado especializado.

O sucesso da perenidade deste projeto depende do envolvimento da equipa multiprofissional. Propõe-se um plano de treino estruturado em três eixos:

1. Sessões de literacia (eixo teórico): Breves momentos de formação sobre neuroplasticidade e reserva cognitiva, sensibilizando a equipa para a importância da estimulação como prevenção do declínio.
2. Treino (eixo prático): Demonstração prática da aplicação do PMCQCE durante o horário laboral, permitindo que os EEESMP se familiarizem com as dinâmicas de grupo.
3. Capacitação dos assistentes operacionais: Instruir os assistentes para que utilizem estratégias de estimulação informal (ex: orientação temporal e espacial) durante a prestação dos cuidados de higiene e conforto, maximizando as oportunidades terapêuticas.

Como defendido por Ferreira et al. (2024), o sucesso da standardização de novos protocolos clínicos reside na identificação precoce das fragilidades (pontos fracos) e na criação de medidas mitigadoras. Neste sentido, a análise SWOT aqui apresentada para este projeto não é meramente descritiva, mas serve de base para o plano de treino da equipa, garantindo que a intervenção se torne parte integrante da cultura de segurança da unidade a serem implementadas num próximo projeto.

Em suma, embora as limitações identificadas, nomeadamente a dimensão da amostra e o curto período de intervenção, exijam cautela na generalização dos dados, estas não invalidam o impacto positivo do projeto. Pelo contrário, o reconhecimento destas condicionantes reforça a transparência metodológica e a maturidade científica da presente investigação.

Como defendido por Ferreira et al. (2024), a prática de enfermagem especializada em contextos reais de cuidados é frequentemente permeada por variáveis complexas, sendo a capacidade de adaptação e a análise crítica do enfermeiro o que garante a segurança do utente. Os ganhos evidenciados na função cognitiva e na interação psicossocial dos participantes demonstram que, mesmo perante limitações estruturais, a

implementação de um programa estruturado como o PMQCE é uma estratégia viável, ética e necessária para a promoção do envelhecimento ativo e para a visibilidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental na unidade.

8. RECONHECIMENTO E PARTILHA DO SUCESSO

O reconhecimento do sucesso num projeto de intervenção especializada transcende a mera análise estatística; reside, fundamentalmente, na valorização dos ganhos em saúde percebidos pelos pares, utentes e instituição. A disseminação de resultados constitui, assim, um imperativo ético e profissional que visa a translação do conhecimento para a prática clínica quotidiana.

Neste contexto, a partilha dos resultados com a equipa multiprofissional não configura apenas um ato informativo, mas o cumprimento integral das diretrizes de boas práticas e dos padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2014). O sucesso da intervenção foi corroborado pelo aumento dos níveis de satisfação e pela adesão voluntária dos participantes. O *feedback* verbal dos utentes, que reportaram sentimentos de maior utilidade e bem-estar, constituiu o indicador mais direto do impacto psicossocial positivo do projeto.

Simultaneamente, a observação direta, por parte dos restantes profissionais, da melhoria na interação e orientação dos utentes, permitiu validar a eficácia do programa de EC como uma ferramenta terapêutica essencial na unidade.

Está prevista a realização de uma sessão de apresentação dos resultados finais à equipa de enfermagem e direção de enfermagem, onde serão discutidos os ganhos obtidos e a viabilidade da continuidade do programa, utilizando a análise SWOT como base argumentativa para a tomada de decisão.

Tal como sublinhado por Ferreira et al. (2024), reconhecer o sucesso implica identificar o contributo distintivo do EE para a excelência clínica. A partilha destes indicadores reforça a identidade profissional e demonstra como intervenções estruturadas podem otimizar recursos e elevar a qualidade de vida de populações vulneráveis. O sucesso deste projeto é, por conseguinte, partilhado com a instituição, servindo de catalisador para futuras dinâmicas de mudança e inovação nos cuidados de saúde.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório de estágio permitiu uma análise profunda e sistematizada do percurso que culminou na aquisição das competências de EEESMP. Ao refletir sobre este itinerário, torna-se evidente que a transição de papel, fundamentada no referencial de Meleis (2010), ultrapassou a mera acumulação de saber técnico, traduzindo-se numa reconfiguração da identidade profissional.

O desenvolvimento da prática clínica nos diversos contextos, da proximidade comunitária em Ourém à acuidade do internamento em Peniche e nos cuidados diferenciados das Caldas da Rainha, evidenciou a centralidade da relação interpessoal. A utilização do uso terapêutico do “eu” e a aplicação de estratégias de matriz cognitivo-comportamental foram determinantes para responder às respostas humanas complexas dos utentes, promovendo o seu *recovery* e a literacia das suas famílias.

A implementação do PMCQCE focado na EC representou o expoente máximo da peritagem desenvolvida. Os resultados alcançados demonstraram que a sistematização desta intervenção potenciou capacidades remanescentes cruciais, designadamente ao nível da orientação espaciotemporal, da memória e da atenção. Verificou-se, ainda, um incremento na funcionalidade para as atividades da vida diária e uma maior interatividade social durante as sessões, o que conferiu maior visibilidade e cientificidade aos cuidados especializados. Este programa provou ser uma ferramenta essencial para garantir a segurança e a excelência, demonstrando que a melhoria da qualidade é um processo dinâmico, mensurável e indissociável da prática baseada na evidência.

Face aos objetivos inicialmente propostos, considero que os mesmos foram plenamente atingidos. A questão de investigação que norteou este trabalho encontrou resposta na evidência de que uma prática estruturada e reflexiva potencia, simultaneamente, o bem-estar do utente e a proficiência do enfermeiro.

Como sugestões de melhoria para o futuro, destaca-se a importância de dar continuidade ao programa de EC no serviço, garantindo a continuidade do mesmo com a colaboração dos EEESMP que fazem parte da equipa, fortalecendo a necessidade de manter uma supervisão clínica contínua que sustente o bem-estar dos utentes. Em suma, este percurso termina com a convicção de que o título de especialista é apenas o início de um compromisso ético e científico com a dignidade da pessoa com sofrimento mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2011). *Professores reflexivos numa escola reflexiva* (8.ª ed.). Cortez Editora
- Amaral, A. F. (2012). *Gestão de cuidados de enfermagem: Um desafio à liderança*. Formasau
- Almeida, V., Santos, M., & Loureiro, L. (2005). *O modelo de relações interpessoais de Hildegard Peplau*. Formar
- Apóstolo, J. L. A., Cardoso, D. F. B., Rosa, M. A. S., & Paiva, A. C. Q. (2011). A estimulação cognitiva em idosos institucionalizados: Revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 135-144. Retrieved from: <https://doi.org/10.12707/RIII1146>
- Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., & Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. *The Lancet*, 377(9770), 1019-1031. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61349-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61349-9)
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240. Retrieved from: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. Routledge
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2011). *Mental health outcomes and the Tidal Model*. Taylor & Francis
- Bowie, C. R., & Harvey, P. D. (2006). Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2(4), 531-536. Retrieved from: <https://doi.org/10.2147/ndt.2006.2.4.531>
- Castro, A. E. M. (2011). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro. Retrieved from: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/7007/1/5218.pdf>
- Cury, A. (2004). *Nunca desista de seus sonhos*. Rio de Janeiro: Sextante
- Coelho, M. M. (2011). *Ética e enfermagem: Um pensamento em ação*. Lidel
- Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação (2021-2024)*. Ministério da Saúde; SNS. Retrieved from: <https://saudemental.min-saude.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Ministério da Saúde
- Ferreira, J., Souza, Á., Castilhos, C., Júnior, H., Carretero, J., Holanda, M., Narciso, R. (2024). Análise SWOT na Gestão Educacional: Estratégias para Melhoria Contínua. *Revista Foco.*, 7 (1), 1- 14. Doi: 10.54751/revistafoco.v17n1-041
- Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (Coords.). (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos de Investigação em Enfermagem*. Lusodidacta
- Gomes, J. J. (2012). *O segredo profissional na enfermagem*. Coimbra Editora
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. Portal dos Psicólogos. Retrieved from <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination [Adaptation of the Mini Mental State Examination translation to the Portuguese population]. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (Orgs.). (2021). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2021-2023* (12.ª ed.). Artmed
- Inácio, L., Avelino, S., Sanjulião, L., Reis, M., Borges, V., Piantino, L., ..., & Silva, H. (2023). Ferramentas básicas da qualidade: folha de verificação, estratificação, fluxograma, diagrama de ishikawa, diagrama de pareto, matriz gut e 5w2h. *Revista de Gestão e Secretariado*, 14 (10), 17413 – 17427. Retrieved from: Doi: <https://doi.org/10.7769/gesec.v14i10.2890>
- Internacional Council of Nurses (2016). CIPE® Versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa, Portugal. Retrieved from: http://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. Retrieved from: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 169/2019, Série I*. Assembleia da República. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Marques, A. J., Queirós, C., & Rocha, A. D. (2006). Reabilitação cognitiva na esquizofrenia. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 35-46
- Matos, A. P., Mourão, S., & Coelho, R. (2016). Déficit cognitivo na depressão: Revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 213-228. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170208>
- Medalia, A., & Revheim, N. (2007). *Cognitive remediation in schizophrenia*. New York State Office of Mental Health
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Melo, P. (2020). *Gestão da qualidade em enfermagem: Da teoria à prática*. Lidel
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *NOC: Classificação dos resultados de enfermagem* (4.ª ed.). Elsevier
- Monteiro, R. C., & Louzã, M. R. (2007). *Esquizofrenia: Clínica, etiologia e tratamento*. Editora Atheneu
- Monteiro, L. C., & Louzã, M. R. (2007). Reabilitação cognitiva em pacientes com esquizofrenia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(2), 157-162. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000800007>
- Mourão Júnior, C. A. & Faria, N. C. (2015). Memória. *Psychology/Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(4), 780-788. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, Brasil. Retrieved from: <https://www.scielo.br/prc/v28n4/0102-7972-prc-28-04-00780.pdf>
- OECD/European Union. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. Retrieved from: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2024-en
- OMS – Organização Mundial da Saúde. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, notas explicativas*. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8542/pqce.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (Ed). (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Conselho de Enfermagem Regional, Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (Ed). (2014). *Guião de Programas de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ponta Delgada: Conselho de Enfermagem Regional, Conselho Regional da Região Autónoma dos Açores. Retrieved from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/acoes/eventos/Documents/Gui%C3%A3o%20PMC%20QCE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros: Código Deontológico do Enfermeiro. Anexo à Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 181. Assembleia da República. Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70334812>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 356/2015: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 111, de 9 de junho
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrão de documentação de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8474/padrao_documentacao_esmp.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 151, 7 de agosto. Assembleia da República
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company
- Pereira, Z. M. F. (2012). *Treino cognitivo em idosos sem demência: Estudo em idosos residentes no lar da Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. Retrieved from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8070/1/Treino%20Cognitivo%20em%20Idosos%20sem%20Dem%c3%aancia.pdf>
- Phaneuf, M. (2012). *A relação de ajuda: Elementos de base e guia de aperfeiçoamento*. Lusociência
- Pires, R. (2012). *Supervisão clínica em enfermagem: Um processo de apoio ao desenvolvimento profissional*. Lidel
- Portugal. (2019). Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto: Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do Regulamento (UE) 2016/679 (RGPD). *Diário da República*
- Regulamento n.º 129/2011. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. *Diário da República*, 2.ª série, N.º 35 (18 de fevereiro de 2011). Ordem dos Enfermeiros
- 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, 17034-17041. Retrieved from: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/356-2015-67566673>
- Rogers, C. (2009). *Tornar-se pessoa* (6.ª ed.). Padrões Culturais
- Santos, M. T. & Flores-Mendoza, C. (2017). Treino Cognitivo para Idosos: Uma Revisão Sistemática dos Estudos Nacionais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 22, n. 2, p. 337-349. Retrieved from: <https://www.scielo.br/pdf/psuf/v22n2/2175-3563-psuf-22-02-00337.pdf>
- Sá, M. J. (coord.) (2009). *Neurologia Clínica - Compreender as doenças neurológicas*. Editor Universidade Fernando Pessoa
- Santos, M. T. & Flores-Mendoza, C. (2017). Treino Cognitivo para Idosos: Uma Revisão Sistemática dos Estudos Nacionais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 22, n. 2, p. 337-349. Retrieved from: <https://www.scielo.br/pdf/psuf/v22n2/2175-3563-psuf-22-02-00337.pdf>
- Sequeira, C. (2010). *Saúde mental em contextos comunitários: Guia de intervenção e reabilitação*. Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM)
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação na relação de ajuda em enfermagem*. Lidel
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Edições técnicas: Lidel
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Exercícios de estimulação cognitiva*. Lidel
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press
- Stein-Parbury, J. (2017). *Patient and person: Interpersonal skills in nursing* (4.ª ed.). Elsevier
- Tonelli, H. A., Liboni, R. P., & Cavicchioli, J. B. (2013). Reabilitação cognitiva na esquizofrenia. Em M. R. Louzã & H. Elkis (Orgs.), *Esquizofrenia: Teoria e clínica* (pp. 235-246). Artmed.
- Tonelli, H. A., Liboni, R. P., & Cavicchioli, J. B. (2013). Intervenções não farmacológicas na esquizofrenia: Uma revisão sistemática. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 40(5), 188–193. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000500004>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada na Evidência* (6.ª ed.). Lusodidacta

- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A., & Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 421-427. Retrieved from: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.026575>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Health Organization. (2025). *Mental health atlas 2024*. World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mental-health-atlas>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books
- Zipursky, R. B., & Schulz, S. C. (Eds.). (2003). *The Early Stages of Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing