



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Capacitação dos Cuidadores Informais da Pessoa com Demência

Natália Margarida Ferreira Bouça-Nova



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Natália Margarida Ferreira Bouça-Nova
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica na Capacitação dos Cuidadores
Informais da Pessoa com Demência**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Doutora Lia Raquel Teixeira de Sousa
Doutora Maria Jacinta Pereira Dantas

Maio, 2026

AGRADECIMENTOS

Não percorri este caminho sozinha.

Cada uma destas páginas têm um pouco das pessoas que estiveram ao meu lado ao longo deste processo.

Não poderia deixar de endereçar algumas palavras de agradecimento às pessoas mais importantes e, sem as quais não teria sido possível concluir.

À Professora Doutora Lia Sousa e Professora Doutora Maria Dantas, pela orientação e rigor.

Às Enfermeiras Catarina, Paula, Andreia e ao Enfermeiro Ricardo pela paciência e dedicação ao longo dos estágios.

À minha equipa, pela força, pelos conselhos e pela compreensão demonstradas nos dias em que o cansaço se fazia sentir com mais intensidade.

Ao meu namorado e companheiro de vida, por acreditar em mim mesmo quando eu duvidei e por estar presente nos momentos mais exigentes deste percurso.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e por serem um pilar constante ao longo desta caminhada.

Às minhas colegas de curso, pela partilha de sentimentos, medos e inseguranças, que tornaram este percurso mais leve e me fizeram perceber que nunca estive sozinha.

A todos aqueles que não foram aqui mencionados, mas que tiveram um papel importante neste percurso e que são também essenciais na minha vida.

RESUMO

O presente relatório de natureza profissional surge no âmbito do percurso realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo como objetivo refletir criticamente sobre o processo de desenvolvimento e consolidação de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sustentando a prática clínica na evidência científica e nos princípios éticos e deontológicos que orientam o exercício profissional.

Para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, foram realizados três estágios em diferentes contextos de intervenção, nomeadamente em internamento de agudos, comunidade e respostas especializadas, decorridos entre maio de 2025 e março de 2026, permitindo articular a experiência clínica com o conhecimento científico que sustenta a prática em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Com o objetivo de fundamentar a prática especializada na evidência científica, foi desenvolvida uma revisão narrativa da literatura designada por “O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na capacitação do cuidador da pessoa com demência”. A análise da literatura evidenciou o contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental no apoio e capacitação dos cuidadores informais, principalmente através de intervenções psicoeducativas. Tendo em conta estes resultados, foi implementado o programa psicoeducativo (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021), cujos resultados evidenciaram o potencial desta intervenção no desenvolvimento de conhecimentos, competências e estratégias de adaptação por parte dos cuidadores.

Globalmente, o percurso formativo desenvolvido possibilitou a aquisição e consolidação de competências essenciais para o exercício da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribuindo para uma prática clínica fundamentada, reflexiva e ajustada às necessidades da pessoa, da família e da comunidade.

Palavras-Chave: Capacitação; Cuidadores Informais; Enfermeiro Especialista; Saúde Mental.

ABSTRACT

This professional report was developed within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing and aims to critically reflect on the process of developing and consolidating the competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, grounding clinical practice in scientific evidence and in the ethical and deontological principles that guide professional practice.

To develop the common and specific competencies of the specialist nurse, three clinical placements were undertaken in different intervention settings, namely acute inpatient care, community care, and specialized services, between May 2025 and March 2026. These experiences enabled the integration of clinical practice with the scientific knowledge underpinning mental health and psychiatric nursing care.

In order to support specialized practice through scientific evidence, a narrative literature review entitled "The Role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in Empowering Caregivers of People with Dementia" was conducted. The literature analysis highlighted the contribution of the Specialist Mental Health Nurse in supporting and empowering informal caregivers, particularly through psychoeducational interventions. Based on these findings, the psychoeducational program (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021) was implemented, and the results demonstrated its potential in promoting caregivers knowledge, skills, and adaptation strategies.

Overall, this training pathway enabled the acquisition and consolidation of essential competencies for specialized practice in Mental Health and Psychiatric Nursing, contributing to evidence-based, reflective, and person, family, and community-centered clinical practice.

Keywords: Empowerment; Informal Caregivers; Specialist Nurse; Mental Health.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CASI – Índice de Avaliação da Satisfação dos Cuidador

CDR – Escala Clínica da Demência

EAR – Escala de Assertividade de Rathus

EE – Enfermeiro Especialista

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

FACES – Family Adaptability and Cohesion Scale

GAF – Gabinete de Atendimento à Família

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MIPE – Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem

MMSE – Mini Mental State Examination

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

RAF – Relação de Ajuda Formal

SM+ – Saúde Mental Positiva

SOCRATES 8D – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

Tras-Patient – Therapeutic Relationship Assessment Scale-Patient

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	3
1.1. A Teoria das Transições de Afaf Meleis	4
1.2. A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau	10
2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	14
2.1. Estágio de Natureza Profissional em Internamento de Agudos	14
2.2. Estágio de Natureza Profissional na Comunidade	15
2.3. Estágio de Natureza Profissional em Unidades Especializadas	17
3. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA 19	
3.1. Os Domínios de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas	21
4. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	40
4.1. No Contexto de Internamento de Agudos	43
4.2. No Contexto de Comunidade	57
4.3. No Contexto de Respostas Diferenciadas - Alcoologia	70
4.4. A Contribuição da Prática Clínica para a Construção Pessoal e Profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica	78
PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA	80
1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA – O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Capacitação dos Cuidadores Informais da Pessoa com Demência	82
2. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA	94
2.1. Descrição do Programa a Implementar	94
2.2. Método	95
2.3. Resultados e Discussão	98
2.4. Conclusões	112
3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	117
CONCLUSÕES	119

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS.....	133
Anexo I – Escala de Assertividade de Rathus	185
Anexo II – Therapeutic Relationship AssesSment Scale - Patient	188
Anexo III – Mini Mental State Examination	190
Anexo IV – Life Effectiveness Questionnaire	193
Anexo V – The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale.....	196
Anexo VI – Alcohol Use Disorders Identification Test	199
Anexo VII – Escala de Competências em Literacia Emocional	201
Anexo VIII – Avaliação Familiar do Cuidador do Programa (Es)tar com a Demência.....	203
Anexo IX – Avaliação Pessoa com Demência do Programa (Es)Tar com a Demência	210
Anexo X – Escala de Graffar	215
Anexo XI – Escala de Readaptação Social de Holme e Rahe	217
Anexo XII – APGAR Familiar de Smilkstein	219
Anexo XIII – Family Adaptability And Cohesion Scale II	221
APÊNDICES	223
Apêndice I – Apresentação Programa “(Es)Tar com a Demência”	224
Apêndice II – Procedimento de Gestão de Material de Uso Clínico e Farmacêutico	229
Apêndice III – Intervenção Psicoterapêutica: Terapia pela Reminiscência	241
Apêndice IV – Intervenção Psicoterapêutica: Treino de Assertividade.....	246
Apêndice V – Intervenção Psicoterapêutica: Relação de Ajuda Formal	253
Apêndice VI – Intervenção Psicoterapêutica: Estimulação Cognitiva	262
Apêndice VII – Atividade: Festejos dos Santos Populares	268
Apêndice VIII – Planeamento Programa “Eu e Os Outros”	271
Apêndice IX – Planeamento Programa “(Es)Tar com a Demência	282
Apêndice X – Intervenção Psicoterapêutica: Relação de Ajuda Formal	295
Apêndice XI – Intervenção Psicoterapêutica: Entrevista Motivacional.....	302
Apêndice XII – Intervenção Psicoterapêutica: Relaxamento Muscular Progressivo	310
Apêndice XIII – Intervenção Psicoterapêutica: Psicoeducação no Abuso do Álcool	315

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	20
Tabela 2 - Competências Específicas do EEESMP	40
Tabela 3 - Competências Específicas do EEESMP e respectivas atividades desenvolvidas em contexto de internamento de agudos para a sua concretização.....	56
Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra	63
Tabela 5 - Condição clínica da pessoa cuidada	65
Tabela 6 - Média individual da Escala de Competências em Literacia Emocional	66
Tabela 7 - Média das respostas por item da Escala de Competências em Literacia Emocional	67
Tabela 8 - Competências Específicas do EEESMP e respectivas atividades desenvolvidas em contexto de comunidade para a sua concretização	69
Tabela 9 - Parâmetros fisiológicos avaliados antes e depois das sessões de relaxamento muscular	72
Tabela 10 - Resultados aplicação SOCRATES 8D	74
Tabela 11 - Competências Específicas do EEESMP e respectivas atividades desenvolvidas em contexto de respostas diferenciadas (Alcoologia) para a sua concretização	76
Tabela 12 - Caracterização dos estudos (N=6)	87
Tabela 13 - Avaliação Inicial do familiar cuidador e da pessoa com demência	96
Tabela 14 - Estrutura das Sessões do Programa “(Es)Tar com a Demência”	96
Tabela 15 - Resultados da Avaliação Inicial da pessoa cuidada	98
Tabela 16 - Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores.....	99
Tabela 17 - Pontuação na ESC na Avaliação Inicial e Final e Resultados dos diferentes fatores da ESC na Avaliação Inicial e Final	108
Tabela 18 - Pontuação no CADI na Avaliação Inicial e Final e Resultados dos diferentes fatores da CADI na Avaliação Inicial e Final	110
Tabela 19 - Pontuação no CASI na Avaliação Inicial e Final e Resultados dos diferentes fatores da CASI na Avaliação Inicial e Final.....	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos	86
Figura 2 - Genograma Familiar da Cuidadora A.....	101
Figura 3 - Genograma Familiar da Cuidadora B	101
Figura 4 - Ecomapa Cuidadora A.....	102
Figura 5 - Ecomapa Cuidadora B.....	103

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, no ano letivo 2025/2026, foi elaborado o presente relatório. Este tem como objetivo descrever e analisar criticamente o percurso formativo desenvolvido, bem como refletir sobre o processo de aquisição e consolidação de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

A elaboração do presente relatório constitui um requisito para a conclusão do MESMP, conducente à obtenção do grau de Mestre pelo Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Este percurso formativo encontra-se igualmente alinhado com os requisitos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título profissional de EEESMP, traduzindo um processo de desenvolvimento de competências especializadas sustentado na prática clínica, na reflexão crítica e na integração da evidência científica.

Este documento encontra-se estruturado em duas partes. A Parte I, O processo de desenvolvimento de competências do Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), apresenta o enquadramento teórico que sustentou a prática clínica, com destaque para a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Seguidamente, é realizada a descrição dos diferentes contextos clínicos onde decorreram os estágios de natureza profissional, nomeadamente em internamento de agudos, na comunidade e numa unidade especializada. Aqui são ainda analisados o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e das competências específicas do EEESMP, refletindo-se igualmente sobre o contributo da prática clínica para a construção pessoal e profissional.

Na Parte II, designada A prática de cuidados baseada na evidência, integra a revisão narrativa da literatura sobre as intervenções do EEESMP na capacitação dos cuidadores informais da pessoa com demência, bem como a apresentação do trabalho desenvolvido no âmbito da prática baseada na evidência, incluindo a descrição do programa implementado, o método utilizado, os resultados obtidos e a respetiva discussão. Esta parte inclui ainda uma reflexão sobre a aquisição das competências de mestre. Por fim, o relatório termina com a apresentação das conclusões.

**PARTE I – O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

A enfermagem, enquanto disciplina, possui um corpo próprio de conhecimento. As teorias organizam o saber, orientam a produção de conhecimento, fundamentam a prática e melhoram os cuidados prestados (Smith, 2020).

Na enfermagem, as teorias focam-se nos fenômenos centrais da disciplina (a pessoa, a saúde e o cuidar) no âmbito da relação enfermeiro-pessoa. Funcionam como estruturas que orientam o modo de pensar e agir, permitindo compreender a complexidade da prática e apoiar a tomada de decisão (Smith, 2020).

A teoria e a prática influenciam-se mutuamente, isto é, a prática gera questões que originam teoria; a teoria, investigada e validada, retorna à prática, qualificando-a. Indicadores empíricos permitem operacionalizar conceitos teóricos, avaliar resultados e melhorar a qualidade dos cuidados (Smith, 2020). Ou seja, as teorias e a evidência científica orientam a prática, que por sua vez gera reflexão, questionamento e novos desafios, exigindo a evolução contínua das concepções teóricas. Esta relação cíclica entre teorização, ação e reflexão é o motor do progresso da Ciência de Enfermagem (Lacerda et al., 2024).

O conceito de cuidar, cada vez mais presente no âmbito da saúde, exige que se defina e se assuma com clareza qual é o papel singular que a enfermagem exerce nesse cuidado. Isso significa reconhecer a especificidade da atuação da enfermagem, que vai além do atendimento técnico, envolvendo uma abordagem integral, humanizada e focada nas necessidades da pessoa, própria da profissão (Queirós, 2022).

Desta forma, o objetivo principal das teorias de enfermagem é apoiar, orientar e desenvolver a prática profissional, garantindo cuidados mais eficazes, fundamentados e humanizados (Smith, 2020).

1.1. A Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições propõe um modelo para compreender como as pessoas vivenciam e se adaptam a mudanças significativas nas suas vidas, sejam elas situações ou etapas de desenvolvimento que exigem novas aprendizagens, sentimentos, objetivos e comportamentos (Smith, 2020). A transição corresponde à passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outro (Chick & Meleis, 1986). É um fenômeno dinâmico e complexo, que envolve dimensões como o processo, o período e a forma como é percebido pelo indivíduo (Smith, 2020).

A Teoria das Transições assenta em diversos pressupostos que sustentam a compreensão da forma como os indivíduos e grupos vivenciam processos de mudança ao longo do ciclo vital e em diferentes contextos (Smith, 2020). As respostas humanas são influenciadas pelas interações estabelecidas com pessoas significativas e grupos de referência, refletindo a importância do contexto relacional na forma como os indivíduos experienciam a mudança. As alterações associadas a eventos e situações de saúde ou de doença desencadeiam processos que se iniciam antes do acontecimento, desenvolvem-se durante e prolongam-se para além do seu momento central. Independentemente do grau de consciência, os indivíduos e/ou as famílias vivenciam um processo de transição moldado pelas mudanças que ocorrem, resultando em respostas e desfechos diversos. Estas respostas são determinadas pela natureza e pelo significado atribuído à experiência, sendo que as intervenções preventivas e terapêuticas podem influenciar positivamente o modo como a transição é vivida e os resultados alcançados (Smith, 2020). Os indivíduos possuem capacidade para aprender e desempenhar novos papéis ao longo do processo de transição, revelando potencial de adaptação e crescimento pessoal. Fatores como o género, a raça, a cultura, a herança e a orientação sexual constituem dimensões fundamentais que moldam as experiências, os desfechos e o próprio cuidado em situações de saúde e de doença. A perspetiva de Enfermagem, neste contexto, caracteriza-se por uma visão humanista e holística, centrada na promoção da saúde, no bem-estar, na manutenção da capacidade funcional, na compaixão e no cuidado. O ambiente, entendido como dimensão física, social, cultural, organizacional e societal, exerce influência sobre as experiências, as respostas, as intervenções e os resultados obtidos. Por fim, reconhece-se que os indivíduos, as famílias e as comunidades são parceiros ativos nos processos de cuidado, partilhando responsabilidades e contribuindo para a construção de transições saudáveis e significativas (Smith, 2020).

De acordo com Chick & Meleis (1986), existem quatro tipos principais de situações que desencadeiam experiências de transição, todas caracterizadas por algum tipo de mudança. A mudança corresponde a um acontecimento externo, enquanto a transição representa o processo interno de adaptação que o indivíduo ou grupo vivencia.

As transições de saúde/doença ocorrem perante alterações no estado de saúde, exigindo novos comportamentos, recursos e estratégias de *coping*. As transições desenvolvimentais estão associadas às fases do ciclo vital e aos papéis sociais, influenciando o bem-estar e os comportamentos de saúde. As transições situacionais resultam de mudanças contextuais ou profissionais, como a admissão ou alta hospitalar, ou a adaptação a novas funções (Smith, 2020). Por fim, segundo Schumacher & Meleis (1994), como citado em Smith (2020), as transições organizacionais relacionam-se com transformações nas estruturas e

funcionamento das instituições, como mudanças de liderança, adoção de novas tecnologias ou reorganização dos cuidados. Em todas estas transições, a Enfermagem desempenha um papel essencial na facilitação de transições saudáveis, promovendo a adaptação, o bem-estar e a continuidade dos cuidados (Chick & Meleis, 1986; Smith, 2020).

As transições possuem várias propriedades que as distinguem e caracterizam. Têm uma duração temporal que se inicia com a consciência do evento e termina de forma subjetiva, quando o indivíduo atinge estabilidade, bem-estar ou domínio de novos papéis. Constituem um processo dinâmico, com fases de término, confusão e novo começo, em que ocorrem transformações internas significativas (Chick & Meleis, 1986). São frequentemente acompanhadas por um sentimento de desconexão, resultante da perda de referências e da rutura com o que é familiar, exigindo adaptação e reconstrução do equilíbrio (Chick & Meleis, 1986; Smith, 2020). A consciência da mudança é central, pois permite atribuir significado, ajustar comportamentos e desenvolver novas competências. Além disso, as transições incluem pontos críticos ou marcos que assinalam etapas decisivas do processo e orientam a avaliação e as intervenções de enfermagem, cujo objetivo é facilitar a adaptação e promover transições saudáveis (Chick & Meleis, 1986). As condições de mudança e de transição influenciam todo o processo de adaptação aos eventos de mudança, condicionando as respostas e os resultados obtidos (Smith, 2020). Segundo Schumacher e Meleis (1994), como citado em Smith (2020), estas incluem fatores pessoais, como o significado atribuído à mudança, as expectativas, o nível de conhecimento, o planeamento, o estado de saúde, a vulnerabilidade e a disponibilidade de recursos; fatores comunitários, como o apoio familiar, a integração dos serviços, os modelos de referência e as normas sociais; e fatores globais, como políticas e orientações internacionais que moldam a forma como as transições são vividas. A interação entre estas dimensões determina a capacidade de *coping*, o bem-estar e a eficácia das intervenções de enfermagem, que devem visar a promoção de transições saudáveis e integradas (Smith, 2020).

De acordo com Meleis et al. (2000), citado em Smith (2020), as respostas às transições dividem-se em padrões de processo e padrões de resultado. Os primeiros referem-se à forma como o indivíduo, a família ou a organização vivem o processo de mudança, através do nível de envolvimento, da capacidade de interação com o sistema de cuidados, do cumprimento das recomendações e da confiança para gerir novas exigências. Já os padrões de resultado refletem os efeitos finais da adaptação, expressos na mestria de papéis, na integração de identidades, na capacidade de utilizar recursos e manter relações saudáveis, e na perceção de bem-estar. Estes indicadores traduzem uma transição bem-sucedida, marcada pela reorganização da vida, pelo

fortalecimento da autonomia e pela promoção do equilíbrio e da qualidade de vida, que constituem objetivos centrais dos cuidados de enfermagem (Gomes et al., 2024).

Neste enquadramento, as intervenções de enfermagem visam facilitar processos de adaptação saudáveis e promover resultados positivos. Para isso, o enfermeiro deve esclarecer significados, fornecer informação e apoio especializado, envolver a pessoa no cuidado, definir metas, estimular novos comportamentos e papéis, ativar recursos e promover ligações com redes de suporte, assegurando também tempo para reflexão e integração da experiência. Estas ações fortalecem a autonomia, o bem-estar e a adaptação positiva da pessoa em transição (Smith, 2020).

No que diz respeito à transição para o papel de cuidador e os seus efeitos na díade cuidador-pessoa cuidada, estes estão ligados à organização, recursos e respostas individuais diante das exigências do cuidado, de acordo com processos pessoais (Carreño-Moreno & Chaparro-Díaz, 2018). As dinâmicas dessa interação envolvem características individuais, preparação multidimensional do cuidador e suporte social, resultando em experiências particulares de cuidado que podem ter efeitos positivos ou negativos tanto para a díade quanto para o ambiente familiar e social (Sanchis-Soler et al., 2020).

A transição vivida pelo cuidador familiar tende a iniciar-se de forma inesperada, desencadeada por um acontecimento marcante ou por uma mudança concreta, como o aparecimento de uma doença crónica num familiar ou numa pessoa com quem exista um vínculo próximo (Parada et al., 2023; Sagbakken et al., 2018). A partir daí, o cuidador percorre um processo contínuo de adaptação, marcado por múltiplas interações e aprendizagens. Ao longo deste percurso, vai desenvolvendo novos saberes, capacidades práticas, modos de relação e estratégias para lidar com as exigências do dia-a-dia (Parada et al., 2023; Sagbakken et al., 2018). Este processo progressivo permite-lhe responder às necessidades essenciais da pessoa dependente e ajustar-se gradualmente às responsabilidades inerentes ao novo papel (Parada et al., 2023).

Consoante o contexto e as circunstâncias em que a transição se desenvolve, o processo pode tornar-se mais favorável ou mais desafiante para a adoção do papel de cuidador (Chaparro-Díaz et al., 2022). Entre os aspetos que influenciam essa experiência encontram-se o nível de conhecimento do cuidador, as suas crenças e significados atribuídos ao ato de cuidar, as atitudes que assume e os fatores inerentes ao sistema social em que está inserido (Chaparro-Díaz et al., 2022).

Neste enquadramento, o processo de adaptação ao papel de cuidador tende a envolver períodos marcados por incerteza e dificuldades na gestão das novas responsabilidades, particularmente quando assume o papel de forma inesperada. Ao longo do tempo, o cuidador desenvolve competências, ajusta rotinas e constrói uma compreensão mais integrada da experiência de cuidar, o que permite uma progressiva reorganização do significado atribuído ao papel, em linha com os pressupostos da Teoria das Transições, dando origem à sua aplicação ao contexto do cuidador, conforme proposto por Chaparro-Díaz et al. (2022).

Os padrões de transição manifestam-se de forma singular em cada cuidador, sendo comum a ocorrência de múltiplas mudanças ao longo do tempo. A evolução da condição clínica da pessoa cuidada, nomeadamente em situações de agravamento, pode introduzir novos desafios que exigem contínua adaptação. Paralelamente, os cuidadores mantêm outros papéis e responsabilidades em diferentes esferas da sua vida, como a conjugal, profissional e pessoal, o que pode originar sobreposição de exigências e dificultar a sua articulação no quotidiano (Chaparro-Díaz et al., 2022).

É comum que os cuidadores familiares revelem fragilidades no desempenho do seu papel, muitas vezes associadas a uma definição pouco clara das suas responsabilidades, a lacunas de conhecimento, a dinâmicas relacionais pouco funcionais ou a sentimentos negativos ligados ao ato de cuidar (Sagbakken et al., 2018). No que diz respeito às funções e aos saberes necessários, muitos cuidadores precisam de formação adicional sobre aspetos ligados à doença (Sagbakken et al., 2018), às tarefas do quotidiano, à alimentação, à reorganização da rotina familiar e aos componentes emocionais envolvidos no processo de cuidado (Fields et al., 2022).

No âmbito emocional, os cuidadores familiares enfrentam um impacto profundo, que pode conduzir ao aparecimento de sintomas como depressão, ansiedade (Fields et al., 2022; Parada et al., 2023), stresse (Fields et al., 2022) e solidão (Parada et al., 2023). Paralelamente, é frequente surgir sobrecarga e um conjunto de sentimentos negativos, entre os quais se incluem incerteza, angústia, sofrimento, desesperança, medo e desmotivação (Gérain & Zech, 2019). Este impacto relaciona-se com a maneira como os cuidadores organizam o seu quotidiano, aos recursos de que dispõem e às respostas que constroem ao longo do processo de cuidar (Parada et al., 2023). Assim, quando o papel do cuidador é clarificado, praticado e apoiado através de orientações e modelos adequados, tende a diminuir o impacto negativo associado ao ato de cuidar (Parada et al., 2023).

As suas relações com outros membros da família tendem a ser afetadas, uma vez que o isolamento decorrente da dedicação quase exclusiva ao cuidado consome grande parte do

tempo, da atenção, da motivação e da energia do cuidador (Burgdorf et al., 2019; Fields et al., 2022).

A relação que os indivíduos estabelecem com os enfermeiros constitui um importante apoio no processo de transição, na medida em que proporciona um espaço onde podem expressar e explorar as suas experiências com maior profundidade. Esta partilha favorece uma compreensão mais integrada e tolerável da vivência de saúde e doença, facilitando a construção de planos de ação mais adequados e alinhados com as suas reais necessidades (Meleis, 2007). Assim, o enfermeiro contribui para transições saudáveis, reforçando a adaptação, o equilíbrio mental e o bem-estar psicológico, elementos centrais na recuperação e na promoção da saúde mental (Meleis, 2007).

De acordo com a OE (2018), a ESMP centra-se na promoção do bem-estar psicológico, na prevenção de perturbações, na identificação precoce e na intervenção perante respostas humanas inadequadas ou mal-adaptadas aos processos de transição, que possam desencadear sofrimento, desequilíbrio ou doença mental. Deste modo, conduz intervenções de natureza psicoterapêutica e socioterapêutica, dirigidas a pessoas, famílias ou grupos, com o objetivo de intervir nas respostas humanas associadas aos processos de saúde/doença mental e às transições que vivenciam. Para tal, mobiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que favorecem o desenvolvimento de *insight*, permitindo à pessoa ampliar a compreensão sobre a origem e a dinâmica dos seus problemas. Simultaneamente, promove a expressão emocional e a redução de tensões internas, criando oportunidades para vivenciar experiências gratificantes.

Portanto, o EEESMP deve identificar o mais precocemente possível os sinais de transição e o seu possível impacto, de modo a implementar intervenções terapêuticas que facilitem a adaptação à nova condição, e ainda, promover oportunidades para experiências positivas e emocionalmente reparadoras nas novas circunstâncias.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis oferece ao EEESMP um referencial teórico sólido para compreender, avaliar e intervir junto dos cuidadores informais que enfrentam mudanças significativas na sua vida pessoal e familiar.

Para o EEESMP, a teoria orienta a prática centrada na pessoa e no contexto em que ela se insere, ajudando a identificar fatores facilitadores e inibidores da adaptação, como o significado atribuído ao cuidar, o suporte social, a vulnerabilidade emocional e a disponibilidade de recursos. Permite também planear intervenções terapêuticas e educativas que favoreçam a consciência da mudança, o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes, o reforço da autoeficácia e a prevenção do sofrimento psíquico.

Assim, a Teoria das Transições contribui para que o EEESMP acompanhe o cuidador de forma holística, promovendo transições saudáveis, bem-estar emocional e resiliência, fundamentais para a manutenção da saúde mental do cuidador e para a qualidade da relação de cuidado.

1.2.A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

Hildegard Peplau (1952), definiu a enfermagem como um processo interpessoal significativo, terapêutico e educativo, que visa promover o desenvolvimento da personalidade no sentido de uma vida pessoal e comunitária construtiva e produtiva, como citada em Smith (2020). Foi a primeira teórica a identificar a relação enfermeiro–utente como o núcleo essencial do cuidar, defendendo que a enfermagem não pode ocorrer na ausência de uma ligação interpessoal autêntica (Smith, 2020). Assim, a relação estabelecida entre enfermeiro e utente constitui o meio através do qual se concretizam os objetivos terapêuticos da prática de enfermagem. A sua teoria aplica-se a todas as áreas da enfermagem, no entanto, assume particular importância na Enfermagem Psiquiátrica (Pinheiro et al., 2019). Peplau (1990) sublinha que o enfermeiro deve possuir um conhecimento profundo acerca dos problemas que emergem no contexto da interação terapêutica, bem como sobre as perturbações mentais e os respetivos tratamentos.

A teoria das Relações Interpessoais de Peplau enfatiza ainda a importância do autoconhecimento e da supervisão clínica como meios de reflexão sobre a prática e de crescimento profissional (Peplau, 1990; Smith, 2020). Nesta teoria, Peplau (1990) descreve a relação enfermeiro-utente como um processo interpessoal limitado no tempo, com início, desenvolvimento e término definidos. A relação terapêutica desenvolve-se ao longo de quatro momentos principais: orientação, identificação, exploração e resolução. Na primeira fase, orientação, o contacto inicial ocorre entre duas pessoas ainda desconhecidas e num cenário ainda pouco claro para ambos. Nesta etapa, o enfermeiro procura reconhecer as necessidades da pessoa, recorrendo a estratégias de comunicação que facilitem a compreensão da situação atual e do contexto vivido pela pessoa. O objetivo é transformar a ansiedade e tensão iniciais em elementos úteis para o crescimento pessoal (Peplau, 1990). De seguida, na fase de identificação, a pessoa pode atribuir ao enfermeiro características simbólicas, influenciadas por experiências anteriores. Estas associações trazem à superfície sentimentos e valores que se reativam na relação. O enfermeiro deve trabalhar estas perceções, ajudando a pessoa a compreender significados, gerir vínculos de dependência e independência e clarificar

preconcepções, de modo a promover um processo de aprendizagem construtivo (Peplau, 1990). Durante a fase de exploração, a pessoa começa a participar de forma mais autónoma no seu tratamento, utilizando os recursos disponíveis no serviço. Esta autonomia crescente pode gerar algum conflito interno perante a diminuição da dependência. Cabe ao enfermeiro continuar a apoiar a pessoa, escutar ativamente, redefinir metas e reforçar a satisfação das suas necessidades (Peplau, 1990). Por fim, na fase de resolução, ocorre o desfecho do problema clínico ou o encaminhamento para uma nova etapa de cuidado. Há um desligamento gradual da relação terapêutica e um reforço das capacidades da pessoa para agir de forma autónoma. O enfermeiro mantém-se disponível para apoiar conforme necessário, mas trabalha com a pessoa e a família na construção de novos objetivos para a vida comunitária e ocupacional, promovendo a autonomia (Peplau, 1990).

Peplau (1990) descreve um conjunto de papéis que o enfermeiro assume ao longo das diferentes fases da relação terapêutica, incluindo o papel de estranho, de pessoa de recurso, de professor, de líder, de substituto e de conselheiro (Peplau, 1990; Tomey & Alligood, 2004). Cada um destes papéis é fundamental para compreender os fenómenos de enfermagem que emergem nas interações específicas estabelecidas durante a relação terapêutica (Pinheiro et al., 2019).

Na ESMP destaca-se a importância do papel de conselheiro uma vez que a relação terapêutica exige do enfermeiro uma postura diferenciada perante os desafios emocionais e interpessoais que emergem. O exercício deste papel implica o uso de técnicas avançadas de comunicação terapêutica, que permitem aprofundar a experiência da pessoa, favorecer a superação de fragmentações internas e promover processos de integração e compreensão mais ampla da própria vivência (Peplau, 1990; Pinheiro et al., 2019).

Ao analisar o papel de conselheiro, torna-se evidente a sua relevância para a construção da identidade profissional do EEESMP, uma vez que esta função reforça a sua atuação enquanto terapeuta (Pinheiro et al., 2019). Conforme refere Peplau (1990), o terapeuta utiliza técnicas avançadas com o objetivo de identificar e clarificar uma dificuldade interpessoal central que afeta o utente e que se repercute amplamente nas suas relações. Esse papel pode ser desempenhado de forma neutra ou mais ativa, recorrendo a abordagens diretivas, intermédias ou não diretivas. No exercício deste papel, o enfermeiro relaciona-se com as situações de enfermagem de modo a ampliar e aprofundar as experiências vividas, permitindo que tanto a pessoa como o próprio enfermeiro compreendam melhor os conteúdos emergentes. Esse processo favorece a integração de aspetos dissociados na consciência, ajudando o utente a recordar, organizar e atribuir significado às suas vivências, reduzindo fragmentações resultantes

de experiências passadas (Peplau, 1990; Tomey & Alligood, 2004). Para que isto ocorra, é essencial uma observação cuidadosa e uma escuta qualificada, que antecede qualquer intervenção. Quando o enfermeiro adota estratégias comunicacionais predominantemente não diretivas e não moralizantes, facilita que o utente descubra aspetos de si mesmo, experiência essa que se revela esclarecedora e terapêutica. A personalidade do enfermeiro, as suas crenças prévias e o seu nível de autoconhecimento influenciam significativamente a forma como este desempenha o papel de conselheiro (Peplau, 1990).

A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau constitui um dos pilares da ESMP, ao enfatizar a dimensão relacional do cuidar e ao reconhecer a interação terapêutica como meio privilegiado de promoção da saúde mental, da autonomia e do crescimento pessoal do utente (Smith, 2020). O enfermeiro atua como facilitador do insight e da reorganização cognitivo-emocional, criando um ambiente relacional que favorece a reflexão, a mudança e o reforço da autoestima (Peplau, 1990), ao explorar, de forma orientada, os sentimentos, pensamentos e comportamentos do utente, ajudando-o a reconhecer padrões, clarificar emoções e compreender relações entre experiências passadas e atuais e ao ajudar o utente a reforçar recursos pessoais, promover estratégias de *coping* mais adaptativas e consolidar pequenos progressos, fortalecendo a autoestima e a autoeficácia.

Ao longo do meu percurso de estágio no âmbito do MESMP, pude integrar de forma consistente os pressupostos da teoria de Hildegard Peplau na minha prática clínica, articulando-os com as competências definidas pela OE. Segundo o Regulamento n.º 515/2018, o EEESMP “presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais [...] de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018, p. 21427). Esta premissa sustenta e legitima a utilização da teoria como base conceptual na intervenção com cuidadores informais.

Dentro do trabalho desenvolvido com cuidadores informais no meu percurso, destaco a aplicação do Programa “(Es)Tar com a Demência” (L. Sousa et al., 2021), direcionado à capacitação do cuidador informal da pessoa com demência, o qual permitiu-me observar concretamente como as quatro fases da relação terapêutica descritas por Peplau se manifestam e sustentam uma intervenção estruturada, terapêutica e promotora de autonomia.

A aplicação prática desta teoria tornou-se evidente desde a fase de orientação, uma vez que o Regulamento n.º 515/2018 sublinha que a prática clínica do especialista permite “estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente” e mobiliza competências que lhe permitem “aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (p. 21427). No contacto inicial com os cuidadores informais, estes apresentavam

ansiedade, sobrecarga e incerteza, pelo que investir numa relação terapêutica segura e acolhedora foi fundamental, exatamente como preconiza Peplau e como reforça a OE ao destacar a centralidade da relação como instrumento terapêutico. Nesta fase inicial, procurei criar um ambiente terapêutico seguro, recorrendo à escuta ativa, validação emocional e clarificação de expectativas.

Na fase de identificação, procurei que os cuidadores passassem a reconhecer-me como uma profissional capaz de apoiar e compreender as suas dificuldades e necessidades específicas. O Regulamento n.º 515/2018 destaca a importância da avaliação compreensiva das respostas humanas, e esta fase permitiu identificar preocupações centrais, tais como a gestão da ansiedade, o cansaço emocional, a necessidade de apoio formal ou informal e o desequilíbrio entre cuidar e viver.

A fase de exploração corresponde à intervenção terapêutica mais ativa, em que o cuidador se torna participante e co-construtor do processo, como Peplau descreve. Através da exploração de temas como as emoções e sentimentos associados ao cuidar e estratégias de *coping*, pude constatar maior capacidade de expressão, reflexão e apropriação de recursos internos e externos por parte dos cuidadores.

Na fase de resolução, torna-se perceptível a consolidação dos progressos alcançados. Os cuidadores apresentam maior capacidade de autogestão emocional, de tomada de decisão consciente e de integração de práticas de autocuidado no quotidiano. Esta etapa, que conduz ao término natural da relação terapêutica, reforça a autonomia da pessoa e a sua capacidade de continuar o processo de adaptação.

Assim, a aplicação da teoria de Peplau permitiu sustentar uma prática clínica estruturada, reflexiva e centrada na pessoa, contribuindo para o bem-estar psicológico dos cuidadores informais e para o fortalecimento da minha identidade enquanto futura EEESMP.

Portanto, a teoria de Peplau revela-se particularmente pertinente na intervenção do enfermeiro junto dos cuidadores informais, pois entende o cuidar como um processo relacional e terapêutico que favorece o crescimento pessoal, a adaptação e o fortalecimento das capacidades do cuidador. Através da relação terapêutica, estruturada nas suas várias fases, o enfermeiro cria um espaço de apoio e aprendizagem que facilita a expressão emocional, o desenvolvimento de competências de *coping* e a aquisição de estratégias de autocuidado. Assim, o enfermeiro atua como facilitador e professor, promovendo a autonomia, a autoestima e a saúde mental do cuidador informal, potenciando a sua capacidade de adaptação e de gestão do papel de cuidador.

2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

A presente parte descreve os diferentes contextos de prática clínica nos quais decorreu o Estágio de Natureza Profissional. Pretende-se caracterizar os serviços e as equipas multidisciplinares, evidenciando o seu contributo para o desenvolvimento das competências e para a concretização dos objetivos definidos para cada estágio.

Esta encontra-se organizada em três subpartes. A 2.1 descreve o estágio realizado em contexto de Internamento de Agudos, enquadrando a organização do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e a sua resposta assistencial. A 2.2 apresenta o estágio desenvolvido em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, com destaque para as características sociodemográficas do território, na organização da unidade e na sua carteira de serviços. Por fim, a 2.3 aborda o estágio realizado em Unidades Especializadas, nomeadamente numa Unidade de Alcoologia, descrevendo o modelo de intervenção, a articulação de cuidados e a composição da equipa multidisciplinar.

2.1. Estágio de Natureza Profissional em Internamento de Agudos

O Estágio em contexto de Internamento de Agudos decorreu numa Unidade Local de Saúde (ULS) do norte do país, que integra uma estrutura assistencial diversificada e articulada, que visa responder de forma abrangente às necessidades em saúde mental da população. Este serviço compreende várias valências, entre as quais o Serviço de Internamento Completo, o Hospital de Dia de Psiquiatria, a Psiquiatria Comunitária, a Psiquiatria de Ligação aos Serviços Hospitalares e aos Cuidados de Saúde Primários, o Serviço de Apoio ao Serviço de Urgência e ainda a Psiquiatria Forense, em colaboração com os serviços da Justiça.

A nível de consultas e áreas de especialização, o serviço disponibiliza Consulta Externa, Consulta de Saúde Mental Comunitária, Consultadoria e Visitas Domiciliárias, garantindo uma abordagem integrada e centrada na continuidade de cuidados.

O Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental é constituído por uma equipa multidisciplinar composta por médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e em Enfermagem Comunitária, psicólogos, assistentes sociais, assistentes técnicos e assistentes de apoio, assegurando uma resposta global, humanizada e tecnicamente qualificada. Destaca-se ainda a prestação de cuidados pelas Equipas de Saúde Mental Comunitária, que reforçam a proximidade dos serviços à comunidade e promovem a reabilitação psicossocial e o acompanhamento de pessoas com doença mental grave e persistente.

No que respeita à equipa do Serviço de Internamento de Psiquiatria mais concretamente, esta é composta por vinte enfermeiros, dos quais oito são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo uma prática clínica tecnicamente diferenciada. O serviço conta ainda com catorze técnicos auxiliares de saúde, quatro médicos especialistas em Psiquiatria e três médicos internos da especialidade, assegurando uma resposta assistencial abrangente e contínua.

Esta composição multidisciplinar permite dar resposta à complexidade das situações clínicas, promovendo uma intervenção integrada, colaborativa e ajustada às necessidades individuais de cada pessoa.

2.2. Estágio de Natureza Profissional na Comunidade

O estágio em contexto de cuidados na Comunidade decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) que integra uma ULS do norte do país. A UCC caracteriza-se pela proximidade à comunidade, centrando a sua ação na prestação de cuidados domiciliários e comunitários de qualidade, no apoio psicossocial e na promoção da literacia em saúde, com especial atenção às populações em situação de maior vulnerabilidade.

O concelho é composto por cerca de duas dezenas de freguesias e possui uma área total superior a 150 km², dos quais entre 25% e 75% da superfície é ocupada por atividade agrícola, evidenciando o carácter rural e a dispersão populacional do território, onde o setor primário assume um papel relevante na economia local e na configuração social e paisagística do município (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2025b).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), disponibilizados pela PORDATA (2025a), no final de 2024, a população residente ascendia a 11.210 habitantes. No que se refere à densidade populacional do concelho, esta é de aproximadamente 62 habitantes por km², valor inferior à média nacional, que se situa em cerca de 117 habitantes por km². No que diz respeito ao rácio de envelhecimento, este aumentou de 2,86 em 2021 para 3,01 em 2024, evidenciando um progressivo envelhecimento demográfico.

A UCC tem como missão prestar cuidados de saúde de proximidade, em contexto domiciliário e comunitário, assegurando apoio clínico, psicológico e social às pessoas e famílias da sua área de influência, com especial foco nas situações de vulnerabilidade e dependência. A sua visão orienta-se para a construção de respostas integradas e articuladas, sustentadas na cooperação com as restantes unidades funcionais e com os parceiros da comunidade,

promovendo acessibilidade, continuidade e qualidade dos cuidados. A atuação da UCC é norteada por valores como o respeito pela dignidade e autonomia da pessoa, a equidade no acesso, a responsabilidade profissional, a competência técnica e o trabalho colaborativo.

A Carteira de Serviços integra um conjunto diversificado de programas e projetos que visam responder às necessidades da comunidade em diferentes áreas da saúde e do bem-estar. Entre estes destacam-se os programas Alimentação Saudável e Segurança Alimentar, Envelhecimento Ativo e Saudável, e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), que atuam na promoção da saúde e na proteção de grupos vulneráveis. O Grupo para a Promoção da Saúde desenvolve iniciativas no âmbito dos Comportamentos e Estilos de Vida Saudáveis, enquanto os programas de Cuidados Continuados Integrados (CCI) e de Cuidados Paliativos em Contexto Comunitário asseguram a continuidade e a humanização dos cuidados.

Destacam-se ainda o projeto Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) “Respirar Bem, Viver Melhor”, a Gestão Integrada da Doença Crónica e o Plano de Investigação-Ação para as Demências e Fragilidade, que reforçam a intervenção junto de pessoas com doenças crónicas e em situação de fragilidade. O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e o programa de Prevenção de Acidentes “Vive a tua vida, sempre em segurança” promovem a segurança e a proteção infantil. A Rede Social, através do Conselho Local de Ação Social, e o Rendimento Social de Inserção (RSI) visam a inclusão social e o apoio a famílias em situação de vulnerabilidade. No domínio da promoção da saúde destacam-se os programas de Saúde Escolar, designadamente Comunidade Escolar mais Saudável, Saúde Infantil, Saúde Mental e Doenças Psiquiátricas, Prevenção e Controlo de Problemas Ligados ao Álcool, Saúde Oral e Saúde Reprodutiva “Ser Pais, um Compromisso para a Vida”, que em conjunto contribuem para a melhoria contínua da qualidade de vida da população.

No plano operacional, desenvolve intervenções no âmbito da educação para a saúde, apoio familiar, acompanhamento de pessoas com doença crónica e implementação de estratégias comunitárias, incluindo unidades móveis, visando ganhos sustentados em saúde. A equipa de enfermagem, composta por nove enfermeiros com diferentes áreas de especialização, assegura uma resposta diversificada às necessidades da população local. Entre os profissionais encontram-se um Especialista em Enfermagem Comunitária, dois em Enfermagem de Reabilitação, um em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um em Saúde Materna e Obstétrica, um em Saúde Infantil e Pediátrica, um em Saúde Mental e Psiquiátrica, e dois enfermeiros de cuidados gerais.

A UCC conta ainda com a colaboração de outros profissionais, designadamente uma médica de Medicina Geral e Familiar, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista, bem como com o apoio administrativo de um secretário clínico.

2.3. Estágio de Natureza Profissional em Unidades Especializadas

O Estágio de Natureza Profissional em contexto de Unidades Especializadas decorreu numa Unidade de Alcoologia integrada no Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD). Esta Unidade de Intervenção Local para os Comportamentos Aditivos e Dependências (UIL-CAD) assume-se como uma resposta diferenciada e especializada no acompanhamento de pessoas com problemas ligados ao consumo de álcool, dando resposta a toda a região.

A Unidade de Alcoologia integra diferentes modalidades de intervenção em regime de ambulatório, nomeadamente a consulta externa de alcoologia e o acompanhamento em regime de hospital de dia, articulando, sempre que necessário, com outras respostas especializadas, como as Comunidades Terapêuticas e a Unidade de Desabilitação, nos casos em que se impõe a necessidade de internamento. Esta organização permite estruturar percursos terapêuticos diferenciados e sequenciais, assegurando uma abordagem faseada do tratamento, desde a estabilização clínica e psicossocial até à manutenção da abstinência e à prevenção de recaídas.

A equipa multidisciplinar da Unidade de Alcoologia integra dez médicos, dos quais sete são especialistas em Psiquiatria, incluindo o responsável pela coordenação da unidade, e três especialistas em Medicina Geral e Familiar. Integram ainda a equipa dois enfermeiros de cuidados gerais, três EEESMP, seis psicólogos, três assistentes sociais, uma nutricionista, sete assistentes técnicos e assistentes operacionais, assegurando uma resposta integrada, humanizada e tecnicamente diferenciada. A articulação entre os diferentes profissionais permite uma avaliação abrangente das necessidades da pessoa, potenciando intervenções ajustadas à complexidade clínica e psicossocial associada aos comportamentos aditivos.

No âmbito da enfermagem, destaca-se o papel do EEESMP na gestão da sintomatologia associada à abstinência alcoólica, na intervenção psicoterapêutica de suporte, na psicoeducação terapêutica e promoção da literacia em saúde, bem como no acompanhamento contínuo da pessoa ao longo do processo de mudança comportamental.

A composição e organização da Unidade de Alcoologia permitem, assim, responder de forma eficaz à complexidade inerente aos problemas ligados ao consumo de álcool,

promovendo uma intervenção especializada, colaborativa e contínua, orientada para a recuperação, reinserção social e melhoria da qualidade de vida das pessoas acompanhadas.

3. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O EE é o profissional “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744). A componente clínica do MESMP tem como finalidade permitir o desenvolvimento e consolidação das competências do enfermeiro especialista, destacando-se, numa primeira fase, as competências comuns a todas as especialidades.

O conceito de competência, no âmbito da enfermagem especializada, ultrapassa uma perspetiva meramente técnica ou instrumental, não se limitando à execução correta de procedimentos ou ao domínio isolado de conhecimentos científicos. A competência profissional constrói-se como um processo dinâmico e integrador, que resulta da mobilização articulada de saberes teóricos, habilidades técnicas, capacidades relacionais, valores éticos e juízo clínico, aplicados de forma contextualizada às situações concretas da prática. Neste sentido, ser competente implica saber agir de forma intencional, crítica e reflexiva perante a complexidade das situações clínicas, ajustando a intervenção às necessidades singulares da pessoa, da família e da comunidade. A competência desenvolve-se progressivamente ao longo do percurso formativo e profissional, sendo continuamente reconstruída através da experiência clínica, da reflexão sobre a prática, da supervisão e da incorporação da evidência científica, assumindo-se como um processo evolutivo e não como um estado fixo ou definitivo (OE, 2019).

As competências do EE emergem do desenvolvimento aprofundado das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Este aprofundamento traduz-se tanto em competências comuns como em competências específicas, definidas nos regulamentos próprios de cada especialidade (OE, 2019).

A OE (2019) define competências comuns como:

“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (p. 4745).

No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019, a OE (2019, pp. 4744–4750) estabeleceu os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

- Responsabilidade profissional, ética e legal (A);

- Melhoria contínua da qualidade (B);
- Gestão dos cuidados (C);
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) (OE, 2019, p. 4745).

Para maior clareza na exposição deste referencial, as competências comuns do EE encontram-se sistematizadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

A	Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal
	A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.
	A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
B	Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade
	B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.
	B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.
	B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.
C	Domínio da gestão dos cuidados
	C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.
	C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
D	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais
	D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.
	D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Fonte: Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de fevereiro de 2019.

Seguidamente, procede-se à análise das estratégias implementadas para a sua concretização, apresentadas de acordo com a sequência e estrutura definidas no respetivo regulamento.

3.1. Os Domínios de Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas

Neste ponto, será abordada a aquisição das competências comuns do EE no âmbito do percurso formativo, enquanto processo estruturado de desenvolvimento profissional. Neste contexto, serão analisados todos os domínios de competências comuns aos enfermeiros especialistas. Inicia-se com o domínio da Responsabilidade Profissional e Ética-Legal, enquanto dimensão basilar que sustenta a consolidação das restantes competências adquiridas e orienta a prática especializada para padrões de qualidade, segurança e rigor ético, assegurando o respeito pelos direitos da pessoa, a tomada de decisão informada e a conformidade com os referenciais legais e deontológicos da profissão. Seguidamente, será abordado o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, centrado na capacidade do EE para promover práticas seguras, eficazes e baseadas na evidência, contribuindo para o desenvolvimento e implementação de processos de avaliação e melhoria dos cuidados. Posteriormente, será analisado o domínio da Gestão dos Cuidados, que implica a organização e supervisão das intervenções, garantindo a adequação dos recursos e a continuidade dos cuidados em função das necessidades da pessoa, família e comunidade. Por fim, será explorado o domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, que traduz a responsabilidade do EE na promoção do seu desenvolvimento contínuo, na reflexão crítica sobre a prática e na capacitação de outros profissionais, assumindo um papel ativo na produção e disseminação do conhecimento em enfermagem.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional e Ética Legal

Integram o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal as seguintes competências: (A1) “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e (A2) “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p. 4745).

O domínio A1 refere que o EE deve conduzir a sua atuação profissional na área de especialidade com responsabilidade ética e cumprimento das exigências legais e deontológicas que regem a enfermagem. Este subdivide-se nas unidades de competências “A1.1 – Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas”, “A1.2 – Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade” e “A1.3 – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2019, p. 4746).

O domínio A2, enfatiza que o EE deve demonstrar uma prática eticamente responsável, sustentada na proteção dos direitos humanos, analisando as situações de cuidados especializados e intervindo na gestão de circunstâncias que possam colocar a pessoa em risco. Este domínio abrange as unidades de competência “A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos” e “A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente” (OE, 2019, p. 4746).

A responsabilidade profissional em enfermagem refere-se ao conjunto de deveres, princípios e obrigações éticas e legais que orientam o exercício da profissão, garantindo que o cuidado prestado se baseia em padrões de qualidade, segurança e respeito pela pessoa. No percurso ao longo do estágio nos diferentes contextos, esta responsabilidade traduziu-se em decisões conscientes e fundamentadas, apoiadas nos pressupostos do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), documento que define os direitos e deveres dos profissionais de enfermagem, bem como das pessoas e comunidades sob os seus cuidados, servindo de suporte à tomada de decisão ética e responsável. Privilegiei sempre uma abordagem centrada na pessoa, envolvendo-os ativamente na identificação das dificuldades, necessidades e prioridades. A tomada de decisão sustentada pelo conhecimento e experiência ficou patente na seleção das intervenções mais adequadas, fundamentadas na evidência científica, articulando teoria e prática. Como exemplo, destaca-se uma situação ocorrida durante o estágio em contexto de UCC. Inicialmente, no plano de ação, tinha sido proposta a aplicação de uma técnica de mudança comportamental. Contudo, após a aplicação da escala SOCRATES 8D (Janeiro et al., 2016; Miller & Tonigan, 1996) à pessoa em início de acompanhamento, verificou-se que esta se encontrava na fase de pré-contemplação. Face a este resultado, a intervenção inicialmente selecionada revelou-se desajustada, tendo sido necessário reajustar o planeamento, optando-se pela utilização da Entrevista Motivacional. A participação na tomada de decisão partilhada foi assegurada através da discussão de situações complexas em reuniões multidisciplinares, contribuindo para decisões clínicas claras e partilhadas, nomeadamente nas reuniões no âmbito do Projeto PLA-CAD, com a equipa restrita da UCC (que inclui a Técnica Superior de Serviço Social), reuniões com a equipa de rua do Gabinete de Atendimento à Família (GAF) e Reuniões de Serviço com Equipa Multidisciplinar do Internamento de Agudos.

Orientei as decisões pela deontologia profissional, garantindo respeito pela dignidade, privacidade, autonomia e direitos das pessoas. Integrei o enquadramento jurídico no julgamento clínico, nomeadamente no que diz respeito às orientações da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023). Paralelamente, promovi o exercício profissional de acordo com a deontologia na equipa, discutindo dilemas éticos e reforçando princípios de boa prática.

Identifiquei de forma consistente situações com implicações éticas, como vulnerabilidade emocional dos cuidadores. A vulnerabilidade emocional dos cuidadores constitui, por si só, uma implicação ética relevante, uma vez que fragiliza a autonomia, compromete a capacidade de decisão e aumenta o risco de dano para o próprio e para a pessoa cuidada. Neste contexto, procurei salvaguardar os princípios éticos da beneficência, não maleficência, dignidade e justiça, assegurando decisões fundamentadas, proteção da pessoa vulnerável e promoção do bem-estar de todos os envolvidos. Esta prática permitiu decisões mais fundamentadas, individualizadas e eticamente consistentes. Reconheci e mobilizei as minhas competências na área da especialidade, assumindo uma postura profissional segura, baseada no conhecimento técnico-científico próprio da ESMP. Esta consciência de competência permitiu-me intervir com clareza, autonomia e responsabilidade. Neste enquadramento, as responsabilidades ética e científica revelam-se indissociáveis. A tomada de decisão deve apoiar-se num corpo de conhecimentos sólido e continuamente atualizado, permitindo uma prática fundamentada, segura e alinhada com os direitos e preferências das pessoas e das suas famílias. A pesquisa e o aprofundamento do saber mostraram-se indispensáveis à implementação das melhores práticas e à prestação de cuidados baseados na evidência, ajustados às especificidades de cada situação clínica.

De acordo com Araújo et al. (2026), a análise dos princípios éticos associados à capacitação dos familiares cuidadores implica compreender os valores que orientam a tomada de decisão em contextos de vulnerabilidade física, mental e/ou cognitiva. No âmbito da saúde mental e da psiquiatria, esta dimensão assume particular relevância, tendo em conta o impacto das perturbações mentais no funcionamento da pessoa, bem como as exigências emocionais e comportamentais inerentes ao processo de cuidar. Acresce ainda a complexidade associada à gestão da autonomia, da privacidade e da responsabilidade, especialmente quando a capacidade de decisão da pessoa se encontra comprometida.

Assim, o respeito pela autonomia e pela capacidade de decisão constitui um princípio central, ainda que frequentemente desafiante. Em pessoas com doença mental, a autodeterminação pode encontrar-se diminuída, sobretudo em períodos de descompensação ou em fases mais avançadas da doença. Assim, o cuidador é confrontado com a necessidade de encontrar um equilíbrio entre o respeito pela vontade da pessoa e a obrigação de garantir a sua segurança, intervindo de forma proporcional sempre que exista risco para a sua integridade (Araújo et al., 2026). Esta abordagem encontra enquadramento na atuação do EEESMP, que orienta a tomada de decisão com base em princípios éticos, legais e deontológicos, mobilizando competências no âmbito da prática profissional ética e legal (A1), nomeadamente na definição

de estratégias de decisão em conjunto com a pessoa e na consideração dos aspetos legais no processo de decisão clínica.

Paralelamente, a salvaguarda da confidencialidade e da privacidade assume um papel determinante, particularmente no contexto da saúde mental, onde o estigma social permanece significativo. Neste sentido, é fundamental que o cuidador seja orientado para proteger a informação pessoal e clínica, limitando a sua partilha a situações estritamente necessárias, respeitando simultaneamente o espaço físico e emocional da pessoa. Sempre que possível, a partilha de informação deve ocorrer com o consentimento da pessoa, promovendo o respeito pela sua dignidade e individualidade (Araújo et al., 2026). Esta dimensão está diretamente alinhada com a competência de garantir práticas que respeitem os direitos humanos (A2), nomeadamente no que respeita à confidencialidade da informação, ao direito à privacidade e à autodeterminação da pessoa.

Por outro lado, a gestão de situações de crise representa um dos momentos mais críticos no exercício do papel de cuidador. Episódios como ideação suicida, alterações graves do humor ou descompensações psicóticas exigem decisões rápidas e, por vezes, a adoção de medidas que podem restringir temporariamente a liberdade da pessoa. Nestas circunstâncias, a intervenção deve ser orientada pelo princípio do melhor interesse, assegurando a segurança sem recorrer a práticas excessivas ou desajustadas (Araújo et al., 2026). O EEESMP assume aqui um papel de liderança ética (A1.2), promovendo a reflexão sobre o processo de tomada de decisão e apoiando o cuidador na análise de alternativas, garantindo que as intervenções respeitam os princípios deontológicos e legais.

Adicionalmente, as competências comunicacionais assumem um papel fundamental no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. A promoção de uma comunicação empática, baseada na escuta ativa e na validação emocional, contribui para a redução de comportamentos desafiantes e para o fortalecimento do vínculo entre cuidador e pessoa cuidada (Araújo et al., 2026). Neste âmbito, o EEESMP intervém também como facilitador da tomada de decisão partilhada (A1.1), incentivando a participação da pessoa e do cuidador no processo de cuidados e promovendo uma prática centrada na pessoa.

Por fim, importa considerar a prevenção da sobrecarga do cuidador, atendendo à exigência física, emocional e social associada à prestação continuada de cuidados. A sobrecarga pode manifestar-se através de sintomas como ansiedade, exaustão, isolamento e sentimentos de desesperança, com impacto significativo na saúde do cuidador e na qualidade dos cuidados prestados. A forma como cada cuidador vivencia esta experiência depende, entre outros fatores,

das suas estratégias de adaptação, sendo que um maior conhecimento sobre a doença e sobre os cuidados a prestar se associa a níveis mais reduzidos de sobrecarga (Araújo et al., 2026). Neste domínio, o EEESMP contribui para a promoção de práticas seguras e dignas, assegurando o respeito pelos direitos da pessoa e simultaneamente prevenindo situações de risco, conforme previsto na competência A2.2, ao garantir a segurança, privacidade e dignidade no contexto dos cuidados.

Neste sentido, a implementação do programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021), enquanto intervenção conduzida pelo EEESMP, constituiu uma estratégia concreta de operacionalização destes princípios. Este programa, abordado de forma mais aprofundada na segunda parte do relatório, permitiu a capacitação dos familiares cuidadores, nomeadamente ao nível da aquisição de conhecimentos sobre a doença, do desenvolvimento de competências práticas para a prestação de cuidados, da gestão emocional associada ao papel de cuidador, bem como da adoção de estratégias de coping e de comunicação eficaz. Estas dimensões foram trabalhadas no âmbito dos conteúdos estruturados do programa, ainda que a integração de princípios éticos tenha emergido de forma implícita ao longo da intervenção.

Avaliei os resultados das decisões através da comparação sistemática entre o processo de decisão, a ponderação ética e clínica efetuada e os resultados obtidos. Para isso, recorri também à aplicação de instrumentos de avaliação antes e depois das intervenções (ex.: Escala de Assertividade de Rathus (EAR) (Rathus, 1973), *Therapeutic Relationship Assessment Scale-Patient* (TRAS-Patient) (Coelho et al., 2025), Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Sequeira, 2007), *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Guerreiro, 1998), Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8D) (Janeiro et al., 2016; Miller & Tonigan, 1996), Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Brito, 2002; Sequeira, 2007), Índice de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores (CASI) (Brito, 2002; Sequeira, 2007), o que permitiu objetivar ganhos, monitorizar evolução e confirmar se as decisões tomadas estavam alinhadas com as necessidades identificadas e com o racional subjacente à intervenção. Estimulei a avaliação e partilha dos resultados das decisões tomadas, discutindo com a equipa e com as pessoas os progressos alcançados, os ajustes necessários e os impactos percebidos. Este exercício de partilha potenciou uma prática colaborativa, permitiu aprendizagens mútuas e reforçou o alinhamento ético e clínico das intervenções.

Pautei o meu percurso ciente da importância da defesa dos direitos humanos, reconhecendo a vulnerabilidade da pessoa em sofrimento psicológico ou com necessidades de saúde mental garantindo que as decisões clínicas lhes proporcionavam proteção, respeito e apoio adequado. Assegurei o direito ao acesso à informação, proporcionando explicações claras,

adaptadas ao nível de literacia em saúde, e promovendo a participação ativa da pessoa nas intervenções. Mantive o princípio da confidencialidade, princípio reforçado pela Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023) assegurando a gestão segura da informação sensível, tanto em registos clínicos como em interações verbais, em conformidade a deontologia profissional. Estes manifestam-se especialmente importantes para pessoas frequentemente expostas a estigma e discriminação. Salvaguardei a privacidade física, emocional e relacional em todos os contextos de intervenção e promovi o respeito pelas escolhas pessoais, valores e preferências, assegurando o exercício do direito à autodeterminação, mesmo em contextos de maior fragilidade emocional ou clínica. Integrei ainda o respeito pelas crenças, valores, práticas culturais e espirituais das pessoas e famílias acompanhadas, ajustando intervenções de forma culturalmente sensível.

Adotei uma abordagem preventiva, antecipando necessidades e possíveis desfechos, assegurando sempre a proteção da dignidade e da privacidade da pessoa. Esta postura foi particularmente útil em situações comuns do quotidiano clínico, como quando identifiquei sinais de ansiedade crescente numa pessoa e ajustei a comunicação e o ambiente para promover maior tranquilidade, ou quando percebi que um cuidador estava emocionalmente sobrecarregado e propus estratégias de apoio e pausa.

No contexto do estágio em internamento de agudos, tive oportunidade de acompanhar situações de tratamento e internamento involuntário, previstas na Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023), que regulam a limitação excecional da liberdade da pessoa com doença mental quando existe risco significativo para si ou para terceiros. Estas situações exigem uma prática profundamente enraizada nos princípios éticos e nos direitos humanos, constituindo um campo particularmente sensível para a operacionalização da competência “A2 - Promoção e Proteção dos Direitos Humanos”. Durante esse estágio, tive contacto com situações particularmente exigentes do ponto de vista ético e de segurança, nomeadamente um episódio em que uma pessoa, em estado de crise, agrediu uma enfermeira no Serviço de Urgência antes de ser encaminhado para o internamento. Este acontecimento marcou-me profundamente e levou-me a refletir sobre a complexidade da proteção dos direitos humanos em simultâneo com a necessidade de garantir a segurança dos profissionais, dos outros utentes e da própria pessoa em crise. A experiência permitiu-me compreender, de forma muito concreta, a importância da avaliação rigorosa do risco, da intervenção proporcional e da articulação entre equipas, princípios estes destacados na Lei de Saúde Mental (Lei nº35/2023). Reforcei a consciência de que a prática especializada em saúde mental exige uma constante ponderação entre autonomia,

dignidade e medidas de proteção, integrando os princípios éticos com a salvaguarda da integridade física e emocional de todos os envolvidos.

No contexto comunitário, tive também oportunidade de acompanhar situações em que a proteção dos direitos humanos exigiu especial sensibilidade. Recordo, em particular, uma cuidadora informal que expressou sentir vergonha perante alguns comportamentos desorganizados da pessoa com demência. Esta partilha evidenciou a vulnerabilidade emocional do cuidador e o risco de estigma associado à doença, reforçando a necessidade de promover o respeito pela dignidade da pessoa cuidada e de apoiar o cuidador na compreensão do quadro clínico. Nessa situação, procurei assegurar um espaço de escuta empática, validar as dificuldades sentidas e oferecer informação clara que ajudasse a ressignificar os comportamentos, reduzindo sentimentos de culpa ou vergonha. Simultaneamente, enfatizei a importância do respeito pelos direitos e pela individualidade da pessoa com demência, contribuindo para uma prática ética que protege tanto a pessoa cuidada como o cuidador.

A experiência de prestação de cuidados em diferentes contextos, nomeadamente em internamento, na comunidade e na Unidade de Alcoologia, permitiu refletir sobre os desafios associados à responsabilidade profissional, ética e legal no exercício da enfermagem. Em contexto de internamento, a atuação ocorre frequentemente em situações agudas, exigindo decisões rápidas e uma vigilância constante no sentido de garantir a segurança da pessoa, assegurando simultaneamente o respeito pelos seus direitos, nomeadamente no que se refere à privacidade, confidencialidade e consentimento informado. Por sua vez, em contexto comunitário, a prestação de cuidados decorre no ambiente de vida da pessoa e da família, exigindo uma maior sensibilidade ética relativamente à autonomia, às dinâmicas familiares e às particularidades socioculturais de cada situação. A experiência na Unidade de Alcoologia evidenciou ainda a importância de uma abordagem terapêutica baseada no respeito pela dignidade da pessoa, na ausência de julgamento e na promoção da autonomia, particularmente relevante no acompanhamento de pessoas com comportamentos aditivos. Neste contexto, tornou-se igualmente evidente a necessidade de desenvolver uma relação terapêutica baseada na empatia e na confiança, contribuindo para a redução do estigma frequentemente associado aos comportamentos aditivos e favorecendo a adesão ao processo terapêutico. Estes contextos distintos reforçaram a importância de uma prática profissional assente em princípios éticos e legais, promovendo a defesa dos direitos da pessoa, a confidencialidade da informação e a tomada de decisão responsável no processo de cuidar.

Em síntese, o desenvolvimento das competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal permitiu-me consolidar uma prática especializada fundamentada na

deontologia, nos princípios éticos e no enquadramento jurídico aplicável à Enfermagem de Saúde Mental. Em todos os contextos, procurei salvaguardar a dignidade, a privacidade, a autonomia e a segurança, prevenindo riscos e promovendo práticas humanizadas, seguras e juridicamente sustentadas. Assim, considero que demonstrei uma prática coerente com os princípios éticos, deontológicos e legais aplicáveis, cumprindo competência A2 e promovendo a proteção efetiva dos direitos humanos no contexto da saúde mental.

3.1.2. Domínio da Melhoria contínua da qualidade

O domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B) integra três competências fundamentais: (B1) “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”; (B2) “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”; e (B3) “Garante um ambiente terapêutico e seguro”. Estas competências refletem o compromisso do enfermeiro especialista com a excelência dos cuidados e a promoção da qualidade em saúde, assumindo uma postura crítica, participativa e orientada para a melhoria contínua das práticas de enfermagem (OE, 2019, p. 4745).

Este domínio diverge nas unidades de competência “B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade”, “B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade”, “B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas”, “B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua”, “B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua”, “B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo”, “B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais” (OE, 2019, pp. 4747, 4748).

Este domínio exige do enfermeiro especialista uma postura crítica e reflexiva, sustentada na avaliação sistemática das práticas e na integração da evidência científica, com vista ao aperfeiçoamento contínuo da intervenção em saúde mental.

Durante o estágio em Contexto de Comunidade, tive oportunidade de ministrar à equipa de enfermagem da UCC, uma formação no âmbito do programa (Es)Tar com a Demência (Sousa et al., 2022) (Apêndice I), evidenciando a mobilização de conhecimentos avançados e a promoção da incorporação da evidência científica na prática de cuidados.

No que se refere à competência B1, a ação formativa permitiu mobilizar conhecimentos especializados na área da saúde mental, demência e apoio ao cuidador informal, contribuindo

para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. A formação baseou-se em orientações práticas, nomeadamente critérios de inclusão no programa, pressupostos gerais do programa, avaliação inicial e respetivos instrumentos de avaliação utilizados, abordagem do planeamento das sessões, avaliação final e de follow-up e instrumentos utilizados.

Assim, esta formação pretendia promover práticas sustentadas na evidência, promovendo a divulgação de intervenções consideradas eficazes na intervenção com cuidadores informais e facilitando a sua integração na prática clínica diária dos enfermeiros da UCC. Ao capacitar a equipa para a identificação precoce de cuidadores com critérios e para o seu adequado encaminhamento, esta intervenção contribuiu para a orientação de um projeto institucional na área da qualidade, articulado com respostas já existentes na unidade, reforçando a coerência organizacional e a intencionalidade estratégica da intervenção em saúde mental.

Relativamente à competência B2, a formação decorreu a partir da identificação de necessidades concretas da prática clínica, nomeadamente lacunas na abordagem estruturada ao cuidador informal e na uniformização de critérios de atuação. Esta análise permitiu identificar oportunidades de melhoria e estabelecer prioridades, selecionando estratégias formativas orientadas para a qualificação das práticas. A ação contribuiu para a planificação de medidas de melhoria contínua, através da clarificação de procedimentos, da definição de critérios de encaminhamento e da promoção de boas práticas baseadas na evidência, potenciando uma atuação mais consistente, segura e integrada da equipa de enfermagem.

No âmbito da competência B3, a formação promoveu um ambiente psicossocial gerador de segurança, ao reforçar a sensibilidade dos enfermeiros da UCC para as necessidades emocionais, culturais e contextuais dos cuidadores informais e das pessoas por estes cuidadas. Esta formação constituiu uma estratégia concreta de melhoria contínua da qualidade, evidenciando o contributo do Enfermeiro Especialista enquanto agente promotor da prática baseada na evidência, da reflexão crítica e do desenvolvimento sustentado da qualidade dos cuidados, com impacto direto na segurança, adequação e eficácia das intervenções em saúde mental na comunidade.

A prática clínica desenvolvida ao longo de todo o percurso centrou-se na promoção de um ambiente terapêutico seguro e humanizado, orientado pelos princípios da qualidade, segurança e eficácia dos cuidados. A promoção de um ambiente terapêutico seguro e humanizado traduziu-se na adequação do contexto físico e relacional, nomeadamente através da realização de intervenções em espaços que garantissem a privacidade do utente (como por

exemplo, ao abordar uma pessoa em contexto de internamento, encaminha-lo para um espaço/sala reservada) na utilização de comunicação terapêutica empática e adaptada, na identificação precoce de riscos psicossociais, na garantia da segurança das intervenções de enfermagem e na valorização da dignidade e autonomia da pessoa, contribuindo para cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa.

No âmbito das atividades planeadas, procedeu-se também à reorganização do armário de medicação com base na identificação de medicamentos LASA (Look-Alike/Sound-Alike), com o objetivo de reforçar a segurança no circuito do medicamento, dando resposta a uma necessidade identificada pela equipa.

No entanto, durante a análise do material existente, identificou-se a necessidade de alargar a intervenção inicialmente prevista. Para além da identificação dos medicamentos LASA (Look-Alike/Sound-Alike), conforme preconizado pela Direção-Geral de Saúde (DGS) na norma 020/2014 (2015a), procedeu-se igualmente à identificação dos medicamentos de alerta máximo, tendo em conta as orientações da norma 014/2015 (DGS, 2015b), e à criação de etiquetas identificativas para o restante material de uso clínico. A reorganização dos armários de medicação e do material de uso clínico foi estruturada com base em princípios da metodologia Lean, recorrendo à aplicação da ferramenta 5S, amplamente utilizada em contexto de saúde para promover a organização dos espaços de trabalho, a gestão visual e a redução de potenciais fontes de erro (França, 2021).

A metodologia 5S teve origem no Japão no período pós-Segunda Guerra Mundial, sendo inicialmente utilizada como estratégia para reorganização e melhoria dos processos nas organizações. Atualmente é reconhecida como uma abordagem de gestão da qualidade que visa promover ambientes de trabalho mais organizados, eficientes e seguros, através da otimização dos espaços e da padronização das práticas. O modelo baseia-se em cinco princípios, representados pelos termos japoneses *Seiri*, *Seiton*, *Seiso*, *Seiketsu* e *Shitsuke*, que correspondem, respetivamente, à classificação do material necessário e eliminação do supérfluo, organização do espaço de trabalho, manutenção da limpeza, definição de normas e procedimentos e desenvolvimento de disciplina para manter os padrões estabelecidos. A aplicação destes princípios permite melhorar a organização dos recursos, reduzir desperdícios e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos processos (França, 2021).

Numa primeira fase realizou-se a triagem do material existente, identificando os diferentes medicamentos e materiais e distinguindo aqueles que requerem maior atenção, designadamente os medicamentos LASA e os de alerta máximo. Posteriormente procedeu-se à

reorganização da medicação em dois armários distintos, passando a existir um armário destinado à medicação em uso corrente e outro para medicação armazenada, permitindo uma gestão mais clara dos stocks e reduzindo o risco de erro na seleção e preparação da terapêutica. Numa fase subsequente foram definidas regras uniformes de organização e criadas etiquetas identificativas, promovendo a padronização da disposição dos medicamentos e reforçando a gestão visual do armário de medicação.

De forma a assegurar a sistematização e continuidade das práticas implementadas, foi ainda elaborado o Procedimento “Gestão de Material de Uso Clínico e Farmacêutico” (Apêndice II). Este procedimento teve como objetivos uniformizar e facilitar o processo de gestão do material de uso clínico e farmacêutico na unidade, minimizando desperdícios através da aplicação de princípios da metodologia *Lean*, bem como garantir maior segurança, eficácia e eficiência na gestão do material clínico e farmacêutico.

A implementação destas medidas contribuiu para melhorar a organização do espaço, facilitar a identificação rápida e segura dos medicamentos e materiais e reduzir potenciais falhas no circuito do medicamento. A adoção de abordagens inspiradas na metodologia *Lean* tem sido associada à melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados, à redução de desperdícios e à otimização dos processos de trabalho, promovendo práticas mais eficientes e sustentadas numa lógica de melhoria contínua da qualidade assistencial (França, 2021). Neste sentido, esta intervenção contribuiu para o reforço da cultura de segurança associada à gestão do medicamento, enquadrando-se no desenvolvimento de competências do EE no domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente na identificação de oportunidades de melhoria, implementação de estratégias de melhoria e elaboração de guias orientadores de boa prática (B2.2.1, B2.2.3 e B2.2.4), bem como na promoção de um ambiente terapêutico seguro e na gestão do risco associado à administração de substâncias terapêuticas (B3.1.3 e B3.2).

Considero ainda pertinente referir que a experiência de prestação de cuidados em contexto comunitário revelou-se distinta da prática em contexto de internamento, evidenciando diferenças significativas na organização dos cuidados, na proximidade com a pessoa e na natureza das intervenções desenvolvidas. Enquanto no contexto de internamento os cuidados tendem a centrar-se na resposta a situações agudas e na estabilização do estado clínico, na comunidade a intervenção assume um carácter mais preventivo, contínuo e centrado na promoção da saúde e na capacitação da pessoa e da família. Neste contexto, a experiência na Unidade de Alcoologia, cujo funcionamento é em Hospital de Dia, permitiu igualmente compreender a importância de intervenções de proximidade dirigidas a pessoas com comportamentos aditivos, baseadas na relação terapêutica, na motivação para a mudança e no

acompanhamento ao longo do processo de recuperação. Neste sentido, a prestação de cuidados na comunidade permite uma maior compreensão do contexto de vida da pessoa, das suas dinâmicas familiares e dos recursos disponíveis, favorecendo intervenções mais individualizadas e ajustadas às necessidades identificadas. No entanto, este contexto também apresenta desafios, nomeadamente relacionados com limitações de recursos, articulação entre diferentes serviços e a necessidade de maior autonomia na tomada de decisão. Por outro lado, o contexto de internamento, embora permita uma intervenção mais imediata e estruturada, pode limitar a compreensão do ambiente social e familiar da pessoa. A experiência nos diferentes contextos contribuiu para uma visão mais integrada do processo de cuidar, evidenciando a importância da articulação entre cuidados hospitalares, unidades especializadas como a Unidade de Alcoologia e os cuidados de proximidade na comunidade, de forma a garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Durante os estágios procurei identificar oportunidades de melhoria e contribuir para a implementação de práticas mais seguras e eficazes, participando ativamente na reflexão e discussão das intervenções em equipa multidisciplinar. A adoção de uma atitude de aprendizagem contínua e a procura ativa de conhecimento atualizado foram determinantes para fundamentar as decisões clínicas e adequar as intervenções às necessidades específicas das pessoas em sofrimento psíquico. Assim, a melhoria contínua da qualidade traduziu-se numa prática informada, ética e participativa, promotora de cuidados mais eficazes, humanizados e centrados na pessoa, em consonância com as orientações do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Este domínio contempla três competências essenciais: (C1) “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”; (C2) “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4745).

O domínio C1 refere que o EE deve organizar e orientar os cuidados, garantindo que a equipa de saúde atua de forma eficiente e que as tarefas delegadas são executadas com rigor, qualidade e segurança. Este domínio ramifica-se nas unidades de competência “C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e “C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança” (OE, 2019, p. 4748).

O domínio C2, refere que o EE procede à adequação dos recursos às exigências dos cuidados prestados, selecionando e aplicando o estilo de liderança mais ajustado, com vista à garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este domínio incorpora as unidades de competências “C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e “C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (OE, 2019, pp. 4748–4749).

O desenvolvimento das competências do Domínio C esteve presente de forma transversal ao longo do percurso de estágio. Ao longo do percurso no MESMP, a integração nas equipas multidisciplinares foi vivenciada como um processo gradual e intencional, exigindo consciência dos limites e responsabilidades inerentes ao papel do EE. Esta integração implicou uma atuação cuidada e respeitadora das competências dos diferentes profissionais, promovendo relações baseadas na colaboração, na assertividade e na escuta ativa. A adoção desta postura permitiu-me reconhecer a importância do trabalho em equipa na construção de um ambiente profissional coeso, refletindo-se positivamente na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

No âmbito da competência “C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, p. 4745), a prática desenvolvida implica uma participação ativa na organização, planeamento e acompanhamento dos cuidados, nos diferentes contextos em que decorreram os estágios. A participação nas passagens de turno e reuniões de equipa multidisciplinares para discussão dos casos, constituíram momentos centrais de articulação da informação clínica, permitindo assegurar a continuidade dos cuidados e a identificação de prioridades. Nestes momentos, a análise crítica da informação transmitida, a clarificação de situações clínicas complexas e a partilha de observações relevantes contribuíram para o desenvolvimento da unidade de competência “C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2019, p. 4748), promovendo decisões mais fundamentadas, partilhadas e ajustadas às necessidades da pessoa, através da ponderação de alternativas de intervenção e da adequação das respostas às necessidades identificadas, sempre em consonância com os princípios éticos e com a evidência científica.

Paralelamente, o acompanhamento da execução dos cuidados planeados, a atenção à segurança das intervenções e a supervisão informal das tarefas delegadas permitiram desenvolver a unidade de competência “C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança” (OE, 2019, p. 4748). Neste enquadramento, o EEESMP assume igualmente a

responsabilidade de supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança, assegurando que os cuidados são prestados com rigor técnico, qualidade e segurança. A sua atuação contribuiu de forma decisiva para a humanização da prática, para a redução do estigma associado à doença mental e para a defesa dos direitos das pessoas em situação de maior vulnerabilidade. Para tal, desempenha um papel ativo na organização do processo terapêutico, promovendo a continuidade dos cuidados através da articulação com outras estruturas da rede de saúde mental e ajustando as intervenções às necessidades biopsicossociais da pessoa.

Relativamente à competência “C2 — Adapta à liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4745), ao longo do percurso formativo e nos diferentes contextos institucionais em que esteve integrada, foi possível observar o EEESMP a assumir um papel de liderança ajustado às necessidades do serviço, evidenciando a competência de otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados (C2.1). Esta adequação traduz-se na coordenação das intervenções, na gestão eficaz dos recursos humanos e na priorização das ações em função da complexidade das situações clínicas.

Os estágios exigiram uma adaptação constante às dinâmicas institucionais, aos recursos disponíveis e às especificidades dos diferentes contextos de intervenção. A diversidade de populações acompanhadas, aliada a constrangimentos organizacionais e temporais, implicou uma gestão criteriosa do tempo, dos espaços e dos recursos humanos, favorecendo o desenvolvimento da unidade de competência “C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2019, p. 4748). Esta adequação refletiu-se, por exemplo, na priorização de intervenções, na escolha dos contextos mais apropriados para a realização das sessões terapêuticas e na articulação com a equipa durante as passagens de turno, de modo a garantir uma resposta ajustada e eficiente.

No que respeita à unidade de competência “C2.2 — Adapta o estilo de liderança ao local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (OE, 2019, p. 4748), foi adotada uma postura flexível, colaborativa e ajustada às dinâmicas das equipas, privilegiando a comunicação clara, o respeito pelos diferentes papéis profissionais e a valorização do contributo de cada elemento. A participação ativa nas passagens de turno, reuniões de equipa e momentos de discussão clínica permitiu desenvolver uma liderança relacional e facilitadora, promotora da cooperação interprofissional.

Esta dinâmica foi particularmente evidente no contexto de internamento de agudos, onde era indispensável a presença de pelo menos um EEESMP por turno. Neste contexto, o

EEESMP assumia a função de responsável de turno, sem utentes atribuídos ou em menor número, ficando encarregue da coordenação e supervisão da equipa, bem como da participação nas reuniões multidisciplinares e desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas. Esta organização evidencia que a gestão de cuidados em ESMP implica uma atuação estratégica, reflexiva e humanizada, na qual a supervisão, a liderança e a delegação de tarefas constituem pilares fundamentais da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Destacam-se também a delegação de tarefas enquanto processo estratégico no âmbito da gestão em enfermagem, realizada de forma criteriosa e responsável, tendo em conta as competências dos profissionais envolvidos, a natureza das intervenções e o grau de autonomia da pessoa em cuidados. Nos contextos de internamento de agudos, foi possível observar que, em situações de vigilância de utentes com risco de auto ou heteroagressão, o EEESMP assegurava que esta tarefa fosse atribuída a profissionais com preparação adequada, como assistentes operacionais, promovendo previamente o esclarecimento dos objetivos da vigilância, dos sinais de alerta a considerar e das formas de atuação. Esta prática, sempre orientada e supervisionada, contribui simultaneamente para a segurança da pessoa e para o desenvolvimento de competências da equipa e para a otimização dos recursos disponíveis.

A intervenção realizada no âmbito da reorganização da medicação e material enquadra-se igualmente no domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente na competência “C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4748). A reorganização do armário de medicação, através da separação da medicação em uso corrente e da medicação armazenada, bem como a definição de critérios uniformes de organização e identificação do material clínico, constituiu uma estratégia orientada para implementar métodos de organização do trabalho mais adequados às necessidades da unidade (C2.1.2). Paralelamente, a aplicação de princípios da metodologia Lean permitiu otimizar a gestão dos recursos disponíveis, reduzindo desperdícios e promovendo uma utilização mais eficiente do material clínico e farmacêutico, contribuindo para uma gestão mais eficaz dos recursos e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (C2.1.5). A elaboração do Procedimento de Gestão de Material de Uso Clínico e Farmacêutico (Apêndice II) reforçou ainda a padronização das práticas e facilitou a organização do trabalho da equipa, promovendo maior consistência e eficiência na gestão do material no serviço.

Deste modo, o percurso ao longo dos estágios possibilitou uma resposta consistente e integrada às competências do Domínio C, evidenciando o desenvolvimento progressivo de capacidades de gestão dos cuidados, articulação em equipa, liderança adaptativa e utilização

adequada dos recursos, fundamentais ao exercício do EEESMP e à promoção de cuidados seguros, integrados e de qualidade.

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Este domínio compreende as seguintes competências: (D1) “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”; (D2) “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4745). Estas competências reforçam o papel do enfermeiro especialista como agente ativo na construção e partilha do saber, comprometido com a atualização permanente e o aprimoramento da prática profissional.

Este diverge nas seguintes unidades de competência: “D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”, “D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional”, “D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho”, “D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica”, “D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (OE, 2019, pp. 4749–4750).

No âmbito da competência “D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2019, p. 4749), a prática clínica desenvolvida ao longo do percurso formativo implicou um processo contínuo de reflexão crítica sobre a ação profissional, favorecendo o reconhecimento da influência das características pessoais, emocionais e relacionais na construção da relação terapêutica e no trabalho em equipa multidisciplinar.

O percurso desenvolvido ao longo dos estágios possibilitou uma aprendizagem contínua, estruturada e reflexiva, favorecendo a consolidação do conhecimento teórico e a sua transposição para contextos práticos, por vezes exigentes e complexos. O contacto com diferentes realidades clínicas e com diversas histórias pessoais e familiares, algumas de elevada complexidade, proporcionou um conjunto alargado de experiências significativas, que favoreceram a reflexão e a introspeção, contribuindo para um maior amadurecimento emocional, crescimento pessoal e profissional e para o reforço da capacidade de adaptação e de resolução de problemas. Este processo formativo traduziu-se num desenvolvimento progressivo da consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira (D1.1), elemento central na prática especializada.

Ainda no que respeita à consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira (D1.1), a prática clínica implicou um investimento contínuo no autoconhecimento, permitindo

reconhecer a influência das próprias emoções, atitudes e características pessoais no estabelecimento da relação terapêutica e no trabalho em equipa multidisciplinar. A reflexão sistemática sobre a prática possibilitou identificar fatores suscetíveis de interferir nos processos de ajuda, bem como reconhecer recursos e limites pessoais e profissionais, ajustando a intervenção de forma ética, segura e centrada na pessoa. A gestão das minhas características pessoais e emocionais revelou-se particularmente relevante em contextos de elevada carga emocional, nomeadamente na intervenção com pessoas com comportamentos aditivos e com cuidadores informais, permitindo construir relações terapêuticas mais eficazes e preservar os limites da relação profissional.

Paralelamente, o estágio exigiu a geração de respostas de adaptabilidade individual e organizacional (D1.2) face à diversidade de contextos, populações e dinâmicas institucionais. A necessidade de ajustar intervenções a constrangimentos organizacionais, a diferentes ritmos de aprendizagem e a situações clínicas complexas implicou uma gestão adequada das emoções. A utilização de estratégias de comunicação terapêutica contribuiu para uma resposta profissional equilibrada, favorecendo a cooperação com utentes, famílias e equipas.

A comunicação terapêutica consiste na aplicação intencional e consciente do conhecimento sobre os processos comunicacionais, com o objetivo de estabelecer uma relação de confiança e proximidade, através da qual o profissional identifica e responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa. Este processo contribui para a promoção do bem-estar, para uma melhor compreensão dos cuidados prestados e para a construção de uma relação terapêutica eficaz (Sequeira, 2016).

Progressivamente, tornou-se evidente a complexidade inerente à construção e manutenção de uma relação terapêutica consistente, que respeite os limites da pessoa, livre de juízos de valor, sem comprometer o equilíbrio emocional do profissional. O contacto com narrativas de vida marcadas por experiências de sofrimento evidenciou a dificuldade em regular pensamentos e emoções, exigindo um trabalho consciente de autorregulação. Neste sentido, foi fundamental desenvolver a capacidade de delimitar fronteiras emocionais saudáveis, de modo a evitar que o sofrimento do outro se repercutisse no meu quotidiano pessoal, preservando o bem-estar emocional e a qualidade da intervenção profissional.

Neste percurso, destacam-se experiências clínicas particularmente marcantes, como o acompanhamento de uma jovem adulta, com cerca de 35 anos, cuja história de vida foi profundamente marcada por uma gravidez na adolescência, seguida de um casamento imposto. A utente acreditava que o filho lhe havia sido retirado, apesar de lhe ter sido comunicado que

teria falecido no parto, mantendo ao longo dos anos a convicção de que este estaria vivo. Esta vivência constituiu um sofrimento significativo, nunca verbalizado no contexto familiar, contribuindo para o enfraquecimento da relação com os pais e para um progressivo afastamento relacional, marcado pela dificuldade de comunicação. Esta situação evidenciou o impacto duradouro de vivências traumáticas não integradas e reforçou a importância de uma abordagem terapêutica sensível, respeitadora do tempo da pessoa e promotora de um espaço seguro para a expressão emocional.

De igual modo, o contacto com um utente que deu entrada no Serviço de Urgência e que, nesse contexto, apresentou comportamento agressivo dirigido a uma enfermeira, associado a um episódio psicótico, tendo sido posteriormente internado, constituiu uma experiência particularmente desafiante. Ao reencontrá-lo mais tarde em contexto comunitário, não foi possível estabelecer uma relação terapêutica eficaz, sendo perceptível uma maior dificuldade na vinculação com profissionais do sexo feminino. Estas vivências permitiram reconhecer os limites da intervenção terapêutica, a influência do estado psicopatológico e de fatores relacionais na construção da relação profissional, bem como a necessidade de reflexão crítica contínua e de adaptação das estratégias de intervenção às características e possibilidades de cada pessoa, reforçando a competência de adaptabilidade individual e organizacional (D1.2).

Relativamente à competência “D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p. 4749), a intervenção desenvolvida ao longo dos estágios foi sistematicamente sustentada na evidência, orientando a tomada de decisão clínica, a adequação das intervenções e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O conceito de *praxis* clínica refere-se à capacidade de executar intervenções funcionais e complexas de forma competente e integrada, mobilizando dimensões pessoais, éticas, culturais, relacionais, processuais, intuitivas, estéticas e técnicas. Estes elementos da *praxis* clínica refletem os diferentes tipos de conhecimento do enfermeiro, resultantes do seu percurso formativo e profissional, integrando o saber teórico, o saber-ser e o saber-fazer (Queirós, 2014).

No âmbito da facilitação da aprendizagem em contexto de trabalho (D2.1), foi assumido um papel ativo na partilha de conhecimento, na reflexão conjunta sobre a prática e na identificação de necessidades formativas emergentes. A participação em reuniões clínicas, discussões de casos e momentos de supervisão contribuiu para o desenvolvimento de competências dos profissionais envolvidos, promovendo uma prática mais consciente e qualificada. Destaca-se ainda a planificação e dinamização de uma formação dirigida à equipa de enfermagem da UCC no âmbito do programa (Es)Tar com a Demência (Sousa et al., 2022)

(Apêndice I), evidenciando a capacidade de atuar como formadora em contexto de trabalho e de favorecer o desenvolvimento de competências clínicas da equipa.

A formação dada à equipa da UCC revelou-se particularmente oportuna, na medida em que surgiu como resposta complementar ao Plano IADem – Plano de Investigação-Ação para as Demências e Fragilidade, que se encontrava, à data, temporariamente suspenso e que se centrava sobretudo na estimulação cognitiva da pessoa com demência. A introdução do Programa (Es)Tar com a Demência (Sousa et al., 2022) permitirá alargar o foco da intervenção existente, integrando uma abordagem estruturada dirigida ao cuidador informal da pessoa com demência, contribuindo para a formulação e implementação de procedimentos de prática especializada no contexto de trabalho (D2.3) e reforçando a continuidade, complementaridade e integração dos cuidados prestados.

A prática desenvolvida ao longo dos estágios foi continuamente suportada na evidência científica (D2.2), através da mobilização de modelos teóricos de enfermagem, referenciais psicoterapêuticos e instrumentos de avaliação validados. A seleção, aplicação e interpretação de instrumentos, como o MMSE (Guerreiro, 1998), TRAS-Patient (Coelho et al., 2025), SOCRATES 8D (Janeiro et al., 2016; Miller & Tonigan, 1996), etc., demonstram a incorporação da evidência na prática clínica e a preocupação em avaliar o impacto das intervenções realizadas. A análise crítica dos resultados obtidos, a reflexão sobre limitações metodológicas e contextuais e a discussão das implicações das intervenções em equipa permitiram fundamentar as decisões clínicas e adequar as intervenções às necessidades específicas das pessoas em sofrimento psíquico, contribuindo para a identificação de oportunidades de melhoria e para o desenvolvimento sustentado da prática especializada.

Assim, o percurso de estágio possibilitou dar resposta integrada às competências do Domínio D, evidenciando uma prática profissional reflexiva, adaptativa, formativa e baseada na evidência, promotora da aprendizagem em contexto de trabalho, da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento contínuo enquanto futura EEESMP.

4. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A prática do EEESMP encontra-se sustentada num referencial próprio de competências específicas, definido pela OE (2018), o qual, em articulação com o perfil das competências comuns, orienta a prática clínica especializada. Este enquadramento regulamentar estabelece padrões de qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem e clarifica as áreas de intervenção deste profissional, promovendo uma atuação centrada na pessoa, na família e na comunidade, nos contextos de sofrimento psíquico, perturbações mentais e promoção da saúde mental.

Após a análise das competências comuns a todas as áreas de especialização, procede-se à abordagem das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, definidas no Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018). Estas competências traduzem-se na capacidade de promover a saúde mental, prevenir a doença, intervir em situações de sofrimento psicológico e facilitar processos de recuperação e reintegração social, constituindo-se como o núcleo distintivo da prática especializada nesta área.

A OE define as competências específicas como:

“as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p. 4745).

Para maior clareza na exposição deste referencial, as competências específicas do EEESMP encontram-se sistematizadas na Tabela 2, de acordo com o Regulamento n.º 515/2018 da OE, de 7 de agosto (pp. 21428–21430).

Tabela 2 - Competências Específicas do EEESMP

F1.	Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.
	F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativa.

F2.	Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.
	F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.
	F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.
	F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.
F3.	Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.
	F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.
	F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.
	F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.
	F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.
	F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.
F4.	Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.
	F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.
	F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.

F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.

Fonte: Regulamento n.º 515/2018 da OE, de 7 de agosto.

Segue-se a exploração das atividades realizadas e reflexão sobre a forma como foram desenvolvidas as competências ao longo dos estágios.

4.1. No Contexto de Internamento de Agudos

O percurso formativo desenvolvido no Serviço de Internamento de Psiquiatria permitiu-me vivenciar, em contexto real e sob supervisão especializada, a aplicação das competências específicas do EEESMP, tal como definidas no Regulamento n.º 515/2018 da OE. Esta experiência, inserida no plano formativo do mestrado, permitiu-me articular o conhecimento teórico com a prática clínica, promovendo uma aprendizagem profunda, centrada na pessoa e sustentada em evidência científica, princípios éticos e legislação em vigor.

Este serviço destina-se ao internamento de adultos com patologia psiquiátrica em fase de agudização, habitualmente por períodos de curta duração. As admissões ocorrem por indicação do médico psiquiatra, na sequência de avaliação clínica realizada no Serviço de Urgência ou em Consulta Externa de Psiquiatria, sempre que a situação clínica o justifique.

Este constituiu o primeiro contacto com a prática clínica na realidade da doença mental. Num primeiro momento foram-me dadas a conhecer a organização, o funcionamento e a dinâmica do serviço, bem como a equipa multidisciplinar. Os primeiros dias de estágio foram vivenciados como um período de adaptação, marcado pelo contacto inicial com o espaço físico, as rotinas institucionais e sobretudo, com os utentes. Sendo este o meu primeiro contacto com o contexto de internamento em psiquiatria, esta experiência assumiu-se como um desafio profundo, não apenas do ponto de vista técnico, mas também emocional. Confrontei-me com sentimentos de insegurança, receio e vulnerabilidade, associados à imprevisibilidade dos comportamentos, à intensidade do sofrimento psíquico observado e à complexidade das expressões emocionais das pessoas internadas.

A perceção da minha inexperiência na abordagem terapêutica em situações de sofrimento psíquico agudo despertou momentos de dúvida e autoquestionamento, levando-me a refletir sobre os limites das minhas competências naquele momento e sobre a responsabilidade inerente ao cuidar em saúde mental. A adaptação à dinâmica da equipa e às particularidades da relação terapêutica em contexto de internamento de agudos exigiu um esforço consciente de autorregulação emocional, de reflexão crítica sobre as minhas reações internas e de integração progressiva do conhecimento teórico na prática clínica.

Este período inicial revelou-se fundamental para o desenvolvimento da consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, permitindo-me reconhecer a importância da supervisão clínica, da escuta ativa, da empatia e da presença terapêutica como elementos centrais na intervenção em saúde mental. Mais do que uma fase de adaptação ao contexto, este momento

constituiu um espaço de crescimento pessoal e profissional, contribuindo de forma significativa para a construção da minha identidade enquanto futura EEESMP.

Desde os primeiros dias de estágio, fui confrontada com a importância do autoconhecimento e da consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, reconhecendo o impacto das minhas emoções, crenças, valores e experiências de vida na relação terapêutica estabelecida com a pessoa em sofrimento psíquico (F1.1.1). Esta tomada de consciência revelou-se particularmente relevante tendo em conta a minha experiência pessoal prévia de contacto próximo com a doença mental grave no contexto familiar, a qual influenciava inevitavelmente a forma como percecionava determinadas situações clínicas e narrativas de vida.

O contacto com histórias de vida marcadas por trauma, violência e perdas significativas mobilizou respostas emocionais intensas, exigindo um exercício contínuo de reflexão e autorregulação. Situações como a de um jovem com historial de abuso sexual na infância, ou a de uma mulher sujeita a um casamento forçado, vítima de violência doméstica prolongada e confrontada com a perda de um filho, colocaram-me perante a necessidade de reconhecer e gerir fenómenos de transferência e contratransferência, resistência e empatia intensa. Nestes contextos, tornou-se fundamental manter conscientemente o enquadramento e os limites da relação profissional, preservando a integridade do processo terapêutico e evitando envolvimento excessivos que pudessem comprometer a intervenção (F1.1.3).

Progressivamente, procurei desenvolver a capacidade de autorreflexão no momento presente, prestando atenção às minhas reações corporais, emocionais e às respostas comportamentais emergentes durante a interação terapêutica. Este “dar conta de mim” de forma integrada permitiu-me ajustar a postura, o tom de voz, o ritmo da intervenção e a proximidade relacional, utilizando a informação proveniente das minhas próprias reações como recurso clínico para melhorar a qualidade da relação terapêutica, sem perder o foco na pessoa cuidada (F1.1.4).

O reconhecimento dos meus limites emocionais e da minha vulnerabilidade perante determinadas narrativas de sofrimento revelou-se essencial para sustentar uma postura terapêutica segura, ética e profissional. Desta forma, foi possível fazer a utilização de mim mesma, intencionalmente, enquanto instrumento terapêutico, transformando a experiência emocional em compreensão clínica, sem comprometer a neutralidade necessária à relação terapêutica. Esta integração contribuiu para o desenvolvimento de uma prática mais consciente, reflexiva e alinhada com os princípios da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (F1.1.2).

No decurso deste estágio em internamento de agudos de psiquiatria, foi possível desenvolver a Competência F2 do EEESMP, através da avaliação das necessidades em saúde mental da pessoa internada e da participação em intervenções de promoção e proteção da saúde mental, sustentadas numa prática clínica reflexiva e centrada na pessoa.

A avaliação das necessidades em saúde mental constituiu uma competência desenvolvida de forma progressiva ao longo deste campo de estágio, tanto a nível individual como em contexto de grupo, bem como na articulação com a família e com os recursos comunitários relevantes para a continuidade de cuidados da pessoa internada (F2.1). Ao longo do estágio, participei ativamente nas fases de avaliação e análise da informação clínica, recorrendo à entrevista terapêutica, à observação do comportamento, à consulta dos registos clínicos e à articulação com a equipa multidisciplinar, contribuindo para a identificação das necessidades em saúde mental e para a fundamentação do planeamento de cuidados desenvolvido pela equipa.

No decurso desta avaliação, foi considerada a interface entre a pessoa, a família e os diferentes sistemas envolvidos, nomeadamente o sistema de saúde e a rede de suporte formal e informal, analisando o impacto destas interações no estado de saúde mental, na adesão ao plano terapêutico e na preparação da continuidade de cuidados após a alta (F2.1.1). Paralelamente, procurei identificar e valorizar as capacidades internas da pessoa, bem como os recursos externos disponíveis, enquanto elementos fundamentais para a manutenção e recuperação da saúde mental, incluindo o apoio familiar, social e comunitário (F2.2.2).

Esta participação permitiu-me acompanhar o percurso do utente em diferentes momentos do internamento, desde a admissão até fases mais avançadas e, em algumas situações, até à preparação da alta, favorecendo uma compreensão integrada do processo terapêutico em contexto de internamento de agudos. A avaliação realizada considerou não apenas a dimensão clínica da doença mental, mas também o seu impacto na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida da pessoa, bem como nos seus contextos familiar e social, conforme preconizado na competência F2.2.3.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de acompanhar e participar na realização de entrevistas clínicas de colheita de dados para as avaliações iniciais, o que me permitiu desenvolver competências técnicas no domínio da avaliação em saúde mental, bem como aprofundar a consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, reconhecendo o impacto da minha presença, escuta e atitude relacional na qualidade da informação recolhida e na relação terapêutica estabelecida (F1; F1.1).

A colheita de dados decorria num ambiente seguro, acolhedor e facilitador da expressão, no qual o respeito pela autonomia, dignidade e singularidade da pessoa esteve sempre presente. Durante este processo, pude constatar a importância comunicação terapêutica, fundamentais para a identificação de sinais e sintomas, padrões de comportamento, necessidades expressas e não expressas, bem como fatores de risco relevantes. Ao longo do tempo, fui adquirindo uma maior sensibilidade para a linguagem não verbal, reconhecendo-a como um elemento central na compreensão do estado emocional e relacional da pessoa. Esta tomada de consciência levou-me a ajustar a minha forma de estar na relação, privilegiando a escuta ativa, a empatia terapêutica, o uso intencional do silêncio, o respeito pelo ritmo da pessoa e a validação emocional, evidenciando o desenvolvimento do uso terapêutico de mim própria enquanto instrumento de cuidado (F1.1.1; F1.1.4).

Este contexto permitiu-me compreender que a avaliação inicial não se limita a um momento técnico de recolha de informação, mas constitui, desde o primeiro contacto, uma intervenção terapêutica em si mesma, com impacto direto na construção da confiança, da aliança terapêutica e da adesão ao plano de cuidados, aspetos centrais na otimização da saúde mental da pessoa (F2).

A realização da anamnese integrou o exame físico e a avaliação do estado mental, contemplando aspetos como a identificação e caracterização da pessoa, história psiquiátrica, história da queixa atual e motivo de observação, diagnósticos, terapêutica, história pessoal e padrão de sono. No exame do estado mental, foram avaliadas dimensões como a aparência, atitude, atividade psicomotora, humor e emoções, discurso e linguagem, pensamento, percepção, *insight*, juízo crítico e cognição, permitindo uma avaliação global e integrada do funcionamento psíquico (Trzepacz & Baker, 2002), essencial para a compreensão das respostas humanas à situação de saúde e para a identificação de necessidades em saúde mental (F2.2; F2.2.1). Sempre que possível, foi considerada a interface entre a pessoa, a família e os diferentes sistemas envolvidos, nomeadamente o sistema de saúde e a rede de suporte social, enquanto elementos relevantes para a compreensão das necessidades em saúde mental, da adesão ao plano terapêutico e do planeamento da continuidade de cuidados após a alta (F2.1.1).

Particularmente na fase inicial, senti algumas dificuldades na condução da entrevista clínica, nomeadamente na gestão simultânea da comunicação terapêutica, da observação clínica e da organização do raciocínio em tempo real. Deparei-me com obstáculos à comunicação terapêutica, como vontade de re confortar correndo o risco de o utente sentir os seus sentimentos desvalorizados, concordar/discordar ou até mesmo aconselhar (Sequeira, 2016). Com a experiência adquirida, o acompanhamento sob supervisão e a reflexão crítica sobre a

prática, fui desenvolvendo maior segurança e fluidez na avaliação em saúde mental, reconhecendo este percurso como parte integrante do desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, conforme preconizado na competência F1.1.

Com vista a assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados, toda a informação recolhida era posteriormente registada de forma sistematizada no sistema informático, mais concretamente, no programa SClínico. A articulação com a equipa multidisciplinar revelou-se fundamental para a interpretação integrada dos dados e para a elaboração de um plano de cuidados individualizado, ajustado às necessidades, prioridades e expectativas da pessoa (F3; F3.1; F3.4).

Neste âmbito, destaco uma situação clínica em que a utente apresentava elevada dificuldade em abordar com os pais um tema central da sua história de vida, relacionado com a perda de um filho em circunstâncias vivenciadas de forma ambígua e emocionalmente não processada. Esta dificuldade constituía uma fonte significativa de sofrimento psíquico e interferia na sua estabilidade emocional e na relação familiar. Durante o internamento, e com o apoio do EEESMP, a utente tomou a decisão de abordar este assunto com os pais, tendo sido planeada, em articulação com a equipa, a realização de uma reunião familiar. Apesar de a reunião não se ter concretizado por constrangimentos de disponibilidade, foi desenvolvido um trabalho terapêutico centrado na preparação emocional da utente para essa conversa, perspetivando a sua realização no período pós-alta. Esta intervenção permitiu integrar a dimensão familiar no processo terapêutico e reforçar a autonomia da pessoa na gestão de questões emocionalmente significativas, com impacto direto na continuidade de cuidados.

A avaliação procurou igualmente reconhecer fatores promotores e protetores do bem-estar e da saúde mental, bem como competências preservadas, estratégias de *coping* previamente utilizadas e áreas de potencial funcionalidade, enquanto recursos internos mobilizáveis no processo terapêutico (F2.1.2; F2.2.2). Neste âmbito, tive oportunidade de aplicar instrumentos de avaliação padronizados, nomeadamente o MMSE (Guerreiro, 1998), a EAR (Detry & Castro, 1996; Rathus, 1973) e a TRAS-Patient (Coelho et al., 2025), o que permitiu recolher dados objetivos sobre o funcionamento cognitivo, competências relacionais e perceção da relação terapêutica. A integração destes dados com a informação qualitativa obtida através da observação terapêutica e da escuta ativa revelou-se essencial para sustentar o planeamento das intervenções em saúde mental.

No âmbito da promoção e proteção da saúde mental, participei em atividades estruturadas orientadas para o bem-estar emocional, a autorregulação e a valorização da

identidade pessoal (F2.3). Intervenções como a terapia por reminiscência, a estimulação cognitiva e o treino de assertividade, posteriormente desenvolvidas neste capítulo na competência F4, permitiram promover competências relacionais, reforçar a autoestima e prevenir o isolamento social e a deterioração cognitiva, respeitando sempre o ritmo, as capacidades e os limites da pessoa internada. Estas intervenções contribuíram para o fortalecimento de fatores protetores da saúde mental e para a preparação da pessoa para uma participação mais ativa no seu processo terapêutico e no período pós-alta, facilitando a transição para outros níveis de cuidados (F2.3.3).

A participação no processo de diagnóstico em saúde mental, ainda que realizada sob supervisão, permitiu-me desenvolver competências na sistematização, análise crítica e integração da informação clínica, relacional e contextual, fundamentais para a compreensão das respostas humanas ao sofrimento psíquico. Através da observação terapêutica, da entrevista clínica, da consulta dos registos e da discussão em equipa, foi possível identificar padrões de comportamento, respostas emocionais e indicadores de sofrimento psicológico, sustentando a tomada de decisão clínica e a priorização das intervenções (F3.1).

A avaliação exigiu pensamento crítico e capacidade de diagnóstico diferencial e identificar potenciais complicações associadas à doença mental, incluindo repercussões na saúde física. Em contexto de internamento de agudos, a avaliação contínua da segurança e do risco revelou-se central na definição das prioridades de intervenção, orientando a vigilância clínica e a adequação das respostas terapêuticas, em articulação com a equipa multidisciplinar (F3.1; F3.4.2).

Paralelamente, desenvolvi competências no planeamento de cuidados em saúde mental, articulando intervenções individualizadas com a participação em programas terapêuticos em grupo, compreendendo o cuidado como um processo integrador, contínuo e ajustado às singularidades de cada pessoa (F3.3; F3.4). Sob supervisão, contribui para a elaboração de planos de cuidados individualizados, sustentados em diagnósticos de enfermagem e objetivos terapêuticos. O reajuste das intervenções foi realizado de acordo com a resposta da pessoa, promovendo a sua participação ativa no processo terapêutico e reforçando capacidades de decisão e autocuidado (F3.2; F3.4.1).

No que respeita à gestão do percurso terapêutico e à continuidade de cuidados, como anteriormente referido neste texto, tive oportunidade de perceber o trajeto dos utentes ao longo das diferentes fases do internamento, desde a admissão até à preparação da alta, participando no planeamento da transição e na identificação de necessidades no pós-alta (F3.5).

A recolha contínua de informação clínica e relacional mostrou-se determinante para antecipar dificuldades, promover a adesão ao plano terapêutico e articular de forma atempada com os recursos comunitários, nomeadamente as UCC, através do EEESMP, assegurando o seguimento após a alta.

O planeamento progressivo e estruturado da alta revelou-se fundamental para a preparação emocional da pessoa e para o reforço da sua autonomia na gestão do plano terapêutico no período pós-alta. A articulação com a equipa multidisciplinar e com os cuidados comunitários permitiu perspetivar a alta não como um momento isolado, mas como uma transição terapêutica integrada num *continuum* de cuidados em saúde mental e psiquiatria, reduzindo o risco de rutura no acompanhamento (F3.5.4).

Pude perceber os momentos-chave da gestão do processo terapêutico, contribuir para o planeamento da alta com foco na reintegração familiar e social e reforçar os mecanismos de articulação entre contextos institucionais e comunitários. Permitiu-me, portanto, consolidar competências ao nível do pensamento clínico especializado, da comunicação interinstitucional e da promoção da continuidade dos cuidados, aproximando-me progressivamente do papel do EEESMP em contexto de internamento de agudos.

Durante o estágio, fui integrada, sob supervisão e em articulação com o EEESMP em diversas intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, desenvolvidas em contextos individuais e de grupo. Todas as intervenções foram implementadas tendo em conta as limitações clínicas, temporais e emocionais inerentes ao contexto de internamento de agudos de psiquiatria, privilegiando objetivos de estabilização emocional, contenção terapêutica e promoção do bem-estar imediato da pessoa internada (F4).

A dimensão psicoeducativa esteve presente em várias intervenções, individuais e em contextos de grupo. Contribuí para esclarecer dúvidas sobre medicação, estratégias de *coping* e recursos disponíveis, promovendo a literacia em saúde mental e a adesão ao plano terapêutico (F4.1). No contexto do internamento de agudos, esta dimensão psicoeducativa foi igualmente mobilizada durante o acompanhamento da toma da medicação, nomeadamente nos momentos das refeições, em articulação com a equipa de enfermagem. Para além da verificação da toma, este momento permitiu observar reações emocionais, atitudes de aceitação ou resistência ao tratamento e eventuais dificuldades associadas à adesão terapêutica. Sempre que adequado, procurei esclarecer dúvidas, validar receios e promover uma compreensão mais ajustada da medicação, respeitando o estado clínico e a disponibilidade emocional da pessoa. Esta intervenção contribuiu para o reforço da relação terapêutica, para a promoção da adesão ao

plano terapêutico e para a detecção precoce de sinais de desconforto, evidenciando o valor do cuidado psicoterapêutico e psicoeducativo em contexto de agudos (F4.1; F4.2), com contributo para a monitorização da segurança terapêutica (F3.5.5).

No decurso das intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, participei em processos terapêuticos orientados para a estabilização emocional, a compreensão das dinâmicas relacionais e o apoio à construção de respostas mais adaptativas face ao sofrimento vivido. As intervenções foram ajustadas ao estado clínico e à capacidade de envolvimento da pessoa, privilegiando abordagens breves e focalizadas, que permitiram trabalhar competências relacionais, reforçar a autoestima e promover maior consciência emocional, sem comprometer a segurança emocional inerente à fase de agudização da doença mental (F4.2).

O planeamento das intervenções psicoterapêuticas realizadas ao longo do estágio foi estruturado com base no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (MIPE) (Sampaio et al., 2018), orientando a prática do EE na implementação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos e psicoeducacionais ajustados às necessidades da pessoa (F4). Este modelo prevê intervenções com duração variável entre três e doze sessões, com cerca de 45 a 60 minutos por sessão, em função dos objetivos terapêuticos definidos e do contexto clínico (Sampaio et al., 2018). Antes do início das intervenções, foram prestados os esclarecimentos necessários quanto à sua finalidade e enquadramento, assegurando o consentimento informado. Neste contexto, foi estabelecido um contrato terapêutico, através do qual se procura clarificar expectativas, responsabilidades e comportamentos a trabalhar ao longo do processo, promovendo a adesão, a responsabilização da pessoa e a efetividade da intervenção, em consonância com os princípios da prestação de cuidados psicoterapêuticos preconizados na Competência F4.

As intervenções individuais de Terapia por Reminiscência (Apêndice III) realizadas neste contexto foram dirigidas a pessoas com deterioração cognitiva avançada e tiveram como objetivos a estimulação da memória autobiográfica, a preservação da identidade pessoal, a promoção da autoestima e a facilitação da comunicação emocional num ambiente relacional seguro e empático. Apesar de o MIPE excluir o défice cognitivo grave no âmbito da psicoterapia estruturada, a intervenção desenvolvida consistiu em Terapia pela Reminiscência, uma abordagem psicoterapêutica adaptada, centrada na memória autobiográfica, identidade e bem-estar emocional, adequada às capacidades residuais da pessoa e ao contexto de internamento de agudos. Estas intervenções enquadram-se no desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos ajustados à pessoa e à situação clínica (F4.2; F4.2.1), assentando numa abordagem centrada na pessoa, que valoriza a sua história de vida e o

significado atribuído às experiências vividas. Foram utilizados estímulos sensoriais, como música, imagens e odores, enquanto mediadores da evocação emocional e da ligação afetiva, mesmo em contextos de compromisso cognitivo significativo, promovendo experiências gratificantes e facilitadoras da expressão emocional (F4.2.5).

Atendendo ao grau de deterioração cognitiva dos utentes, não foi possível recorrer a instrumentos de avaliação padronizados, como planeei inicialmente. No entanto, através da observação clínica sistemática, foi possível identificar efeitos positivos ao nível do bem-estar emocional, da vinculação relacional e da expressão afetiva. Estes resultados, embora não quantificáveis, evidenciam a pertinência das intervenções psicoterapêuticas não farmacológicas enquanto estratégias de promoção do conforto emocional, dignidade e adaptação à situação de doença em contexto de internamento de agudos (F4.2; F4.3).

As sessões de Treino de Assertividade (Apêndice IV) foram desenvolvidas em contexto individual, com o objetivo de promover competências de comunicação clara, direta e respeitosa, através de estratégias psicoterapêuticas orientadas para o aumento do insight e o desenvolvimento de respostas mais adaptativas às exigências interpessoais (F4.2.2; F4.2.3). A intervenção permitiu à pessoa explorar formas mais eficazes de expressar necessidades e gerir situações de confronto, observando-se efeitos clínicos relevantes, nomeadamente a tomada de decisão da utente em abordar um tema emocionalmente sensível com a família, comportamento que traduz um avanço significativo em termos de assertividade funcional.

Para avaliar esta intervenção, o instrumento escolhido foi a Rathus Assertiveness Scale (Rathus, 1973), versão Portuguesa (Carochinho, 2002) traduzida por Luísa Saavedra e aplicada e validada à população portuguesa por Detry & Castro (1996). A EAR (1973), tem como finalidade avaliar o nível de assertividade do indivíduo, considerando a sua capacidade para expressar sentimentos, afetos e comportamentos de forma adequada em contextos interpessoais, particularmente no que se refere à defesa dos seus direitos (Carochinho, 2002). Apesar de os resultados quantitativos da aplicação da EAR (Anexo I) não refletirem linearmente esta evolução, a análise clínica do processo terapêutico evidenciou ganhos relevantes ao nível da consciência emocional, da autoobservação e do compromisso com a mudança. É plausível considerar que a diminuição do score obtido na avaliação final se relacione com uma maior consciencialização da utente relativamente aos seus padrões comunicacionais e comportamentos não assertivos, traduzindo uma autoavaliação mais crítica e realista, e não um retrocesso no desenvolvimento da assertividade funcional (F4.2).

As sessões de Relação de Ajuda Formal (RAF) (Apêndice V) decorreram de forma individualizada e tiveram como objetivos promover a expressão emocional, a clarificação de pensamentos e sentimentos, o aumento do sentimento de segurança e a consolidação da vinculação terapêutica, enquanto elementos facilitadores da adaptação e do processo de recuperação (F4.2.1). Estas sessões constituíram um espaço terapêutico estruturado de escuta ativa, validação emocional e confronto empático, favorecendo a reorganização interna e o desenvolvimento de estratégias adaptativas (F4.2.3).

Estas intervenções foram orientadas para a promoção da Saúde Mental Positiva, com base no Decálogo de Saúde Mental Positiva (SM+) proposto por Lluch-Canut (2011), incidindo no reforço do autoconceito, do envolvimento interpessoal, do autocuidado e do sentido de vida, enquanto dimensões centrais do empoderamento e da recuperação em saúde mental (F4.1.3; F4.4.1). A escolha deste referencial deveu-se à avaliação realizada na sessão 0, onde se identificou, de forma clara, a necessidade de reforçar dimensões como o autoconceito, o envolvimento interpessoal, o autocuidado e o sentido de vida. Assim, ao longo das sessões, trabalhou-se ativamente a identificação e mobilização dos recursos pessoais, a autorregulação emocional, a resiliência e o pensamento positivo, enquanto pilares fundamentais da SM+.

Com vista à avaliação da intervenção, foi aplicada a escala TRAS-Patient (Coelho et al., 2025) (Anexo II) na sessão inicial (sessão 0) e na sessão final. Este instrumento, validado para contextos de saúde mental, avalia dimensões como a percepção de bem-estar, a satisfação com a intervenção e o impacto terapêutico percebido. A pessoa obteve uma pontuação de 116 na avaliação inicial e de 120 na avaliação final, correspondendo à pontuação máxima da escala, o que traduz uma evolução positiva significativa e uma percepção favorável da eficácia da intervenção, associada ao aumento do bem-estar e da satisfação com o processo terapêutico (F4.1.9).

A atividade de Estimulação Cognitiva (Apêndice VI) foi desenvolvida em contexto de internamento de agudos, com o objetivo de promover a manutenção e o reforço de funções cognitivas específicas, nomeadamente a memória, a atenção, a orientação e a linguagem, bem como estimular a participação ativa e o sentimento de competência e valorização pessoal, enquanto componentes essenciais da reabilitação psicossocial possível neste contexto. Paralelamente, pretendeu-se prevenir ou retardar o agravamento do défice funcional e incentivar à participação em atividades estruturadas, ajustadas às capacidades da pessoa (F4.3; F4.3.2).

A intervenção decorreu em formato de grupo, no entanto, teve início com uma sessão individual de avaliação (sessão 0), na qual foi aplicado o *Mini Mental State Examination* (Folstein et al., 1975), validado para a população portuguesa por Guerreiro (1998) (Anexo III). Embora, no projeto de estágio, estivesse inicialmente prevista a utilização do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), optou-se pelo MMSE (Guerreiro, 1998) por se tratar de um instrumento de aplicação mais simples e célere, revelando-se mais adequado à realidade do internamento de agudos e às condições clínicas dos utentes no período de estágio. Participaram três utentes, com idades compreendidas entre os 20 e os 70 anos, dois com diagnóstico de perturbação psicótica e um com suspeita de demência frontotemporal. Os resultados iniciais obtidos foram de 27, 30 e 29 pontos, respetivamente. Após o ciclo de sessões, procedeu-se à reaplicação do MMSE (Guerreiro, 1998), verificando-se a manutenção das pontuações nos utentes com patologia psicótica e uma ligeira melhoria no utente com suspeita de demência frontotemporal, que passou a apresentar a pontuação máxima.

Importa sublinhar que, atendendo às características da população internada no período em que decorreu o estágio, não foi possível constituir um grupo homogéneo em termos diagnósticos, funcionais ou etários. Esta limitação, embora desafiante, reflete a realidade dos contextos de internamento em saúde mental, nos quais se torna frequentemente necessário adaptar as intervenções à diversidade dos perfis clínicos e aos recursos disponíveis. A heterogeneidade do grupo implicou uma maior exigência ao nível da planificação e condução das sessões, nomeadamente na flexibilização dos estímulos utilizados, no ajustamento do ritmo de trabalho e na mediação das interações entre os participantes.

A manutenção das pontuações no MMSE (Guerreiro, 1998) pode ser interpretada como um indicador positivo, considerando o risco acrescido de declínio cognitivo e funcional associado ao internamento em contexto de agudos. Nos utentes com patologia psicótica, a atividade contribuiu para a estruturação do pensamento, o treino da atenção sustentada e o reforço da linguagem funcional. No caso do utente com suspeita de demência frontotemporal, verificou-se uma melhoria de um ponto na reaplicação do MMSE (Guerreiro, 1998), resultado que, embora quantitativamente discreto, assume relevância clínica num quadro de deterioração cognitiva progressiva. Ainda assim, importa reconhecer que a avaliação da eficácia da intervenção não deve basear-se exclusivamente em indicadores quantitativos. Os ganhos observados ao nível do envolvimento ativo, da expressão de sentimentos de valorização pessoal e da cooperação crescente entre os participantes apontam para um impacto positivo, não apenas cognitivo, mas também emocional e relacional, reforçando a pertinência da intervenção em contexto de internamento de agudos (F4.2; F4.3).

Esta intervenção evidencia a importância da implementação de cuidados psicoterapêuticos e socioterapêuticos ajustados ao contexto e às capacidades da pessoa, contribuindo para a promoção do bem-estar emocional, da relação terapêutica e da reabilitação psicossocial possível em contexto de internamento de agudos, conforme preconizado na competência F4.

Outra atividade não inicialmente prevista no plano de ação, mas integrada de forma intencional na dinâmica terapêutica e que se revelou particularmente significativa, foi a dinamização da atividade estruturada de grupo “Memórias e Cores dos Santos Populares” (Apêndice VII), desenvolvida no âmbito das comemorações dos Santos Populares e integrada na dinâmica do internamento.

Esta intervenção integrou princípios da arteterapia e mobilizou elementos da terapia pela reminiscência, com o objetivo de promover a expressão criativa, o reforço da identidade cultural e a melhoria do bem-estar emocional dos participantes (F4.2.5). Para além dos objetivos centrais da intervenção, a atividade integrou de forma implícita elementos de orientação para a realidade, nomeadamente através da contextualização temporal e cultural associada à época festiva, do enquadramento da atividade no aqui-e-agora e da referência partilhada a eventos e símbolos significativos, contribuindo para a organização cognitiva e o sentimento de continuidade da experiência vivida (F4.2; F4.3). Teve como objetivos a promoção da expressão criativa, o reforço da identidade cultural e a melhoria do bem-estar emocional dos participantes.

Através da pintura livre, os participantes foram incentivados a mobilizar a imaginação e a expressar sentimentos, memórias e símbolos com significado pessoal, num contexto terapêutico estruturado, mas simultaneamente flexível e ajustado ao estado clínico de cada pessoa. A utilização conjugada de estímulos visuais e musicais favoreceu a expressão emocional, a comunicação espontânea e o envolvimento relacional, contribuindo para o fortalecimento da relação terapêutica e para a mobilização de respostas mais adaptativas (F4.2). A atividade foi acompanhada por música alusiva à época, utilizada como estímulo sensorial e emocional facilitador da evocação de memórias e da participação ativa dos utentes.

Num momento final da atividade, as sardinhas de madeira decoradas por cada participante foram, de forma conjunta, colocadas num fio e utilizadas para decorar o refeitório do serviço, promovendo um sentimento de pertença, cooperação e valorização do contributo individual para um resultado coletivo. Este gesto simbólico reforçou a participação ativa e a apropriação do espaço institucional pelos utentes. Importa ainda referir que alguns participantes manifestaram o desejo de levar consigo a sardinha decorada no momento da alta,

atribuindo-lhe um significado pessoal e emocional, o que pode ser interpretado como indicador de valorização da experiência terapêutica e de continuidade simbólica do processo para além do internamento (F4.3).

Adicionalmente, a atividade contribuiu para a criação de um ambiente terapêutico positivo em contexto de internamento de agudos, promovendo momentos de afeto, partilha e espontaneidade, que se revelaram facilitadores do bem-estar emocional e da interação social entre os participantes. Ao potenciar a participação ativa, o reforço da autoestima e a valorização da identidade e dos recursos pessoais, esta intervenção evidenciou o contributo das estratégias socioterapêuticas para a promoção da reabilitação psicossocial possível em contexto de internamento, favorecendo a autonomia relacional e a preparação para a reintegração social (F4.3).

Paralelamente, participei na dinamização e cofacilitação de outras atividades estruturadas de grupo, nomeadamente de ludoterapia, estimulação cognitiva, arteterapia, leitura recreativa, expressão emocional e movimento. As atividades estruturadas de grupo realizavam-se diariamente no serviço e permitiram-me compreender o grupo enquanto espaço terapêutico, partilha e crescimento interpessoal, promovendo coesão grupal e reduzindo sentimentos de isolamento, num ambiente emocionalmente estruturado e seguro.

Colaborei ainda em programas psicoterapêuticos instituídos no serviço, dirigidos a pessoas com comportamentos aditivos, aplicando princípios da entrevista motivacional e da intervenção breve, com foco na exploração da ambivalência, no reforço da autoeficácia e na promoção do compromisso com a mudança, sempre ajustando a intervenção ao estado clínico e à fase motivacional da pessoa.

Considero que este conjunto de experiências contribuiu de forma significativa para a consolidação de uma prática psicoterapêutica ética, relacional e ajustada ao contexto de internamento de agudos, reforçando a minha identidade profissional enquanto futura EEESMP, consciente dos limites e do potencial terapêutico da intervenção em fases de agudização.

Na Tabela 3 é possível verificar as Competências Específicas do EEESMP e respetivas atividades desenvolvidas em contexto de internamento de agudos para a sua concretização.

Tabela 3 - Competências Específicas do EEESMP e respetivas atividades desenvolvidas em contexto de internamento de agudos para a sua concretização

F1.	“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”	• Tomada de consciência das minhas limitações e inseguranças; • Análise reflexiva das minhas respostas emocionais; • Escuta ativa.
F2.	“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.”	• Entrevistas clínicas; • Observação sistemática de comportamentos.
F3.	“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.”	• Diagnóstico de enfermagem, planeamento e implementação dos cuidados; • Executar intervenção psicoterapêutica Psicoeducação; • Executar intervenção psicoterapêutica Treino de Assertividade; • Executar intervenção psicoterapêutica Estimulação Cognitiva; • Executar intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda Formal; • Executar intervenção Arteterapia.
F4.	“Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”	• Treino de Assertividade; • Terapia pela Reminiscência; • Estimulação Cognitiva; • Relação de Ajuda Formal.

Fonte: Regulamento n.º 515/2018 da OE, de 7 de agosto.

4.2. No Contexto de Comunidade

O estágio desenvolvido em contexto comunitário, numa UCC do norte de Portugal, constituiu um espaço privilegiado para a consolidação das competências específicas do EEESMP, permitindo a mobilização integrada do autoconhecimento, da avaliação especializada, do planeamento e implementação de intervenções terapêuticas e da gestão de cuidados em articulação com os recursos da comunidade.

A reorganização dos serviços de saúde mental, marcada pela desinstitucionalização e pela integração da psiquiatria nos hospitais gerais, tem vindo a favorecer o regresso progressivo das pessoas com doença mental grave aos contextos comunitários, reforçando a centralidade da comunidade enquanto espaço privilegiado de cuidados e acompanhamento continuado (Sequeira & Sampaio, 2020a).

A intervenção em saúde mental desenvolvida na comunidade assume um papel central na promoção da reabilitação psicossocial e da inclusão da pessoa, permitindo reduzir ruturas com o contexto familiar, social e habitacional. Sempre que possível, os cuidados devem privilegiar uma lógica de proximidade e continuidade, recorrendo ao internamento hospitalar apenas quando clinicamente indispensável e pelo período estritamente necessário. Neste enquadramento, a prestação de cuidados à pessoa com doença mental deve orientar-se para a facilitação da sua participação ativa na sociedade, promovendo processos de empoderamento e recuperação, em consonância com os princípios atuais da enfermagem de saúde mental (Martins et al., 2021).

Desde o início do estágio, o contacto com contextos diversificados, como escola, domicílio, gabinete de atendimento e espaço comunitário, exigiu uma elevada consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, bem como uma reflexão contínua sobre a minha postura relacional, emoções, crenças e estilo comunicacional. A condução de grupos, nomeadamente no âmbito do programa “Eu e os Outros”, representou um desafio pessoal significativo, atendendo à minha natureza mais reservada, mas revelou-se determinante para o meu crescimento profissional, promovendo maior segurança, assertividade e capacidade de gestão relacional em contextos grupais (F1).

No domínio da avaliação em saúde mental, desenvolvi competências na recolha, sistematização e interpretação de informação relevante para a compreensão das necessidades de indivíduos, grupos e comunidade. A aplicação de instrumentos como o Life Effectiveness Questionnaire (LEQ) (Wang et al., 2008) (Anexo IV) em contexto escolar, bem como a avaliação inicial de utentes com comportamentos aditivos e de cuidadores informais, permitiu uma

caracterização abrangente do estado de saúde mental, das dinâmicas familiares, dos fatores de risco e dos recursos disponíveis, sustentando a adequação das intervenções e a tomada de decisão clínica fundamentada.

A implementação do programa desenvolvido pelo ICAD “Eu e os Outros” (Apêndice VIII), em contexto escolar, enquadrou-se na prestação de cuidados psicoeducativos orientados para a promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental, através do desenvolvimento de competências socioemocionais em adolescentes (F4.1.1; F4.1.3). As sessões abordaram temáticas como o consumo de substâncias psicoativas, medo e ansiedade, influência do grupo de pares, responsabilidade individual, alimentação saudável, consumo de álcool e bebidas energéticas, bem como os riscos associados à internet e às redes sociais, exigindo sensibilidade na abordagem de assuntos potencialmente geradores de vulnerabilidade e risco (F4.1.8). A utilização de estratégias participativas e experiencialmente significativas favoreceu a reflexão crítica, a empatia e a consciência do impacto dos comportamentos individuais no coletivo.

No âmbito da avaliação do impacto da intervenção, foi aplicada a versão portuguesa do LEQ (Wang et al., 2008) (Anexo IV) a 17 alunos de uma turma do 7.º ano, antes e após a implementação do programa. O LEQ corresponde ao instrumento preconizado pelo programa “Eu e os Outros” para a avaliação dos seus resultados. Na ausência de estudos de validação psicométrica para a população portuguesa, o instrumento foi utilizado exclusivamente como medida de autoavaliação da perceção de competências pessoais e sociais, não assumindo finalidade diagnóstica.

O LEQ é constituído por 24 itens e avalia a perceção de eficácia pessoal em várias dimensões do funcionamento individual, nomeadamente gestão do tempo, competência social, motivação para o sucesso, flexibilidade intelectual, liderança orientada para a tarefa, controlo emocional, iniciativa ativa e autoconfiança, permitindo uma apreciação global das competências pessoais e sociais. As respostas são dadas através de uma escala de *Likert* de oito pontos, sendo a pontuação obtida pelo somatório dos itens correspondentes a cada dimensão e por uma pontuação global. Valores mais elevados refletem uma perceção mais positiva das competências avaliadas.

A análise comparativa dos resultados revelou que 10 alunos apresentaram um agravamento do score global na avaliação final, enquanto 7 evidenciaram melhorias face à avaliação inicial. Estes resultados sugerem uma resposta heterogénea à intervenção, podendo refletir diferenças individuais no estágio de desenvolvimento, no envolvimento com as temáticas abordadas e na capacidade de autorreflexão induzida pelo programa, reforçando a

importância de uma leitura contextualizada dos dados e da continuidade de intervenções ajustadas às necessidades específicas dos adolescentes.

A intervenção dirigida aos cuidadores informais, através da implementação do programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021) (Apêndice IX) e de sessões de RAF (Apêndice X), permitiu aprofundar competências na prestação de apoio psicoeducativo estruturado às famílias, promovendo a compreensão da doença, a gestão emocional e a reorganização do papel de cuidador (F4.1.6). A adaptação da linguagem, do ritmo e das estratégias às características das cuidadoras evidenciou uma prática centrada na pessoa e sensível à literacia em saúde, contribuindo para processos de adaptação e para a reabilitação psicossocial em contexto comunitário (F4.3.2).

Atendendo a que, na RAF (Apêndice X), foram utilizados os mesmos instrumentos de avaliação previstos no programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021), e considerando que ambas as intervenções foram implementadas de forma sequencial, não foi considerada pertinente a reaplicação dos instrumentos de avaliação nesta fase, de modo a evitar redundância e sobrecarga da cuidadora. Reconhece-se, contudo, que a não reaplicação dos instrumentos de avaliação nesta fase limita a análise isolada do impacto específico da relação de ajuda formal, privilegiando-se uma leitura integrada e longitudinal do processo de intervenção.

A avaliação da implementação do programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021) será desenvolvida na Parte II – Prática de Cuidados Baseada na Evidência, mais concretamente no ponto 2, A Prática Baseada na Evidência – Implementação de um Programa de Psicoeducação para Cuidadores Informais de Pessoas com Demência.

No âmbito da recuperação da saúde mental e do planeamento de cuidados, a intervenção com um utente com comportamentos aditivos evidenciou a importância da avaliação contínua e da flexibilidade metodológica. A reorientação da intervenção inicialmente planeada como Mudança Comportamental para a Entrevista Motivacional (Apêndice XI), após identificação da fase de pré-contemplação, traduziu um processo psicoterapêutico ajustado à pessoa e à situação, facilitando a mobilização de respostas mais adaptativas e o aumento do *insight* relativamente ao comportamento aditivo (F4.2.1; F4.2.2; F4.2.3). A gestão de informação contraditória proveniente do próprio e de um familiar exigiu pensamento crítico, sensibilidade ética e competências de comunicação terapêutica, preservando a relação terapêutica e a segurança dos envolvidos.

A intervenção Modificação do Comportamento pretende conduzir à “substituição de comportamentos desajudados por comportamentos mais adequados” (Sequeira & Sampaio, 2020b, p. 193), sendo que a sua prescrição exige alguns critérios que devem ser cumpridos. São considerados critérios para a intervenção a presença de um diagnóstico de enfermagem de natureza comportamental, uma vez que o foco da intervenção incide na modificação de padrões de comportamento desadaptativos; o estágio motivacional da pessoa situar-se ao nível da preparação ou da ação, por se tratar de fases em que existe maior disponibilidade para o envolvimento ativo no processo de mudança; a existência de capacidade cognitiva preservada, condição necessária para a compreensão das tarefas, reflexão sobre o comportamento e tomada de decisão informada; e a ausência de situação de crise do ponto de vista emocional, dado que, nestes contextos, a prioridade terapêutica se centra na estabilização emocional, podendo comprometer a eficácia das intervenções orientadas para a mudança comportamental (Sequeira & Sampaio, 2020b).

Nos casos em que a pessoa se encontra nos estádios de pré-contemplanção ou contemplanção, a entrevista motivacional constitui a intervenção mais adequada, por permitir explorar a ambivalência, promover a consciência do problema e facilitar a progressão ao longo do processo de mudança (Sequeira & Sampaio, 2020b).

A motivação, enquanto impulso para a ação, orienta o comportamento, conferindo-lhe direção em função dos objetivos que se pretendem alcançar. Enquanto processo, é um fenómeno dinâmico e passível de mudança, o que permite que a alteração comportamental ocorra de forma progressiva e, muitas vezes, espontânea em diferentes áreas da vida das pessoas (Barroso, 2020).

A motivação constitui um elemento central nos processos de mudança, sendo necessária ao longo de todas as suas fases. Trata-se de um fenómeno multidimensional, resultante da interação entre fatores internos, como impulsos, valores e desejos, e fatores externos, como pressões sociais, expectativas e metas, que influenciam o comportamento humano. É, ainda, um processo dinâmico e variável ao longo do tempo, dependente do contexto e das interações sociais, podendo ser significativamente influenciado pelo ambiente relacional, nomeadamente pela família e pelos pares (Barroso, 2020).

De acordo com o Modelo Transteórico da Mudança, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), a motivação é conceptualizada como um processo de mudança em espiral, no qual são expectáveis avanços e recuos ao longo dos diferentes estádios. Nesse sentido, é comum que a pessoa percorra os vários estágios de mudança de forma não linear, podendo

regressar a fases anteriores antes de alcançar uma mudança comportamental mais estável e sustentada.

De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), como citados por Barroso (2020), os estádios de mudança são: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. Assim, cada estágio apresenta características próprias, o que implica a necessidade de intervenções diferenciadas e especificamente ajustadas a cada fase do processo de mudança, emergindo orientações de intervenção que devem ser aplicadas em função do estágio motivacional em que a pessoa se encontra. A entrevista motivacional permite ao profissional de saúde facilitar a progressão da pessoa ao longo dos estádios de mudança, promovendo a transição dos estádios de pré-contemplação e contemplação para a preparação e ação.

Como resultado da aplicação da SOCRATES 8D (Janeiro et al., 2016; Miller & Tonigan, 1996) (Anexo V), na avaliação inicial, o utente apresentou valores situados entre os percentis 10 e 20 na subescala “Reconhecimento do Problema” e no percentil 10 na subescala “Ação”, o que é indicativo de um estágio de mudança correspondente à pré-contemplação. Relativamente à subescala “Ambivalência”, o valor obtido situou-se no percentil 80, revelando questionamentos frequentes acerca da capacidade de controlar o consumo, da quantidade ingerida, das consequências associadas e do impacto desse comportamento nas outras pessoas (Janeiro & Faísca, 2015). Apesar de os resultados globais apontarem para um estágio pré-contemplativo, o nível elevado de ambivalência sugere uma posição de transição no processo de mudança, com a presença de características compatíveis com o estágio de contemplação.

De acordo com o Modelo Transteórico da Mudança, o estágio de pré-contemplação caracteriza-se pela ausência de consciência do problema, pela racionalização do comportamento problemático e pela valorização seletiva das suas consequências percebidas como positivas, sendo recomendadas intervenções centradas no estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, no fornecimento de informação pertinente e na sensibilização gradual para o problema. Por sua vez, o estágio de contemplação caracteriza-se pela presença de ambivalência e maior abertura à exploração emocional, preconizando intervenções focadas na análise de prós e contras, na promoção do desequilíbrio a favor da mudança, no reforço da autoeficácia e na sumarização de afirmações automotivadoras (Miller & Rollnick, 2009). Neste enquadramento, as intervenções realizadas integraram estratégias dirigidas a ambos os estádios, incluindo o fornecimento de informação pertinente e ajustada, bem como a exploração da ambivalência, ajustando-se ao nível de prontidão e às características evidenciadas pelo utente ao longo do acompanhamento.

Na avaliação inicial foi igualmente aplicado o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Anexo VI), tendo o utente obtido uma pontuação de 20, correspondente ao nível de risco IV, indicativo de consumo de álcool de alto risco com critérios compatíveis com dependência. Face a este resultado, o utente foi referenciado para acompanhamento no CRI, tendo aceite a referenciação, mantendo, no entanto, o acompanhamento no âmbito do projeto PLA-CAD, desenvolvido na UCC.

Contudo, o utente não compareceu à última consulta, o que impossibilitou a reavaliação dos instrumentos de avaliação e, consequentemente, a avaliação do impacto da intervenção de Entrevista Motivacional realizada.

No domínio da prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, o estágio permitiu desenvolver competências na implementação de intervenções estruturadas e baseadas na evidência, ajustadas ao contexto comunitário. A utilização da Relação de Ajuda Formal, da Entrevista Motivacional e de estratégias psicoeducativas, nomeadamente através da aplicação dos Programas “Eu e os outros” e “(Es)Tar com a Demência” (L. Sousa et al., 2021), evidenciou o desenvolvimento de processos orientados para o aumento do *insight*, a adesão ao plano terapêutico e a mobilização de estratégias adaptativas face às dificuldades identificadas (F4.1.3; F4.2.2; F4.2.3).

A promoção da reabilitação psicossocial esteve igualmente presente, nomeadamente através do trabalho desenvolvido com cuidadores informais, da participação em reuniões multidisciplinares e do acompanhamento da articulação com a equipa de rua do GAF, realizada pelo enfermeiro tutor. Esta experiência permitiu compreender, em contexto real, a importância de uma intervenção de proximidade, centrada na capacitação das pessoas e das famílias, bem como na mobilização articulada dos recursos comunitários, enquanto elementos fundamentais para a promoção da autonomia, da integração social e da continuidade dos cuidados em saúde mental (F4.3.2; F4.3.4).

Paralelamente, as experiências complementares vivenciadas, como o acompanhamento de pessoas com doença mental grave no contexto da administração de terapêutica injetável de longa duração, a participação nas reuniões da equipa do projeto PLA-CAD e a preparação de uma formação interna sobre o programa (Es)Tar com a Demência (Sousa et al., 2022), constituíram oportunidades relevantes para o aprofundamento das competências clínicas, pedagógicas e colaborativas. Estas experiências contribuíram para consolidar o papel do EEESMP na avaliação clínica especializada, na promoção da adesão terapêutica, na partilha de conhecimento especializado e na capacitação das equipas, reforçando uma intervenção

integrada e orientada para a continuidade e qualidade dos cuidados em saúde mental na comunidade.

No âmbito do desenvolvimento de competências na área da avaliação em saúde mental, e de forma complementar aos contextos de estágio, procedeu-se à avaliação das competências de literacia emocional de um grupo de cuidadores informais, recorrendo à Escala de Competências em Literacia Emocional (Anexo VII).

Trata-se de uma escala validada para a população portuguesa por Sousa (2022), a partir da versão original desenvolvida por Alemdar & Anilan (2022). Este instrumento é constituído por 31 itens que permitem avaliar diferentes dimensões da literacia emocional, incluindo a identificação, compreensão e expressão das emoções, bem como competências de autorregulação emocional e relacionamento interpessoal. Cada item é classificado numa escala tipo *Likert* de cinco pontos, variando entre “1 – nunca é verdade”, “2 – raramente é verdade”, “3 – às vezes é verdade”, “4 – frequentemente é verdade” e “5 – é sempre verdade”.

A interpretação dos resultados baseia-se na média das respostas, sendo possível classificar os níveis de literacia emocional em forte, intermédia (necessidade de promoção na literacia emocional) e reduzida (prioridade de intervenção na literacia emocional).

O uso do instrumento constitui-se como um contributo para a identificação de necessidades no âmbito da intervenção do EEESMP.

A Tabela 4 apresenta a caracterização sociodemográfica e do contexto de cuidar dos participantes, permitindo uma compreensão global do perfil dos cuidadores informais incluídos no estudo.

A amostra foi constituída por 12 cuidadores informais, sendo a totalidade do sexo feminino. Relativamente à idade, observa-se uma predominância de cuidadoras em meia-idade, com idades maioritariamente compreendidas entre os 44 e os 64 anos, ainda que se verifique a presença de um caso mais jovem. No que respeita à situação profissional, a amostra apresenta heterogeneidade, incluindo participantes empregadas, desempregadas e em outras situações ocupacionais.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica da amostra

VARIÁVEL	CATEGORIA	n	%
Sexo	Feminino	12	100
	≤ 40	2	16,7
Idade (anos)	41–50	3	25,0

	51–60	5	41,7
	> 60	2	16,7
Situação profissional	Empregado	4	33,3
	Desempregado	2	16,7
	Outro	6	50,0
Estado civil	Solteiro/a	5	41,7
	Casado/a	5	41,7
	União de facto	1	8,3
	Viúvo/a	1	8,3
Escolaridade	Ensino básico	3	25,0
	Ensino secundário	6	50,0
	Ensino superior	3	25,0
Relação com a pessoa cuidada	Mãe/Pai	6	50,0
	Filha/o	3	25,0
	Sogra/o	1	8,3
	Outro	2	16,7
Tempo como cuidador (anos)	≤ 3 anos	4	33,3
	4–10 anos	1	8,3
	> 10 anos	7	58,3
Patologia do cuidador	Sim	4	33,3
	Não	8	66,7

Quanto ao estado civil, verifica-se maior representatividade de cuidadoras casadas e solteiras, existindo ainda situações de união de facto e viuvez. Em termos de escolaridade, predomina o ensino secundário, estando também representados os níveis de ensino básico e superior. Todas as participantes residem na região Norte do país.

Relativamente à relação com a pessoa cuidada, observa-se um predomínio de cuidadoras que prestam cuidados a progenitores (n=6), seguindo-se aquelas que cuidam de filhos (n=3), existindo ainda casos de cuidado a sogros e outras relações familiares. Este padrão evidencia uma predominância de cuidados em contexto familiar direto, particularmente no sentido ascendente. Estes dados reforçam a ideia de que o cuidado tende a ser assumido pelos familiares mais próximos, como refere Sequeira (2018b).

Relativamente ao tempo de prestação de cuidados, verifica-se uma elevada variabilidade, com valores compreendidos entre 1 e 38 anos, apresentando uma média aproximada de 16 anos. Observa-se a coexistência de cuidadoras em fases iniciais do desempenho deste papel, com duração inferior a 3 anos, e cuidadoras com trajetórias prolongadas, superiores a uma década, incluindo vários casos com mais de 30 anos de prestação de cuidados.

No que se refere à presença de patologia física ou mental, 4 cuidadoras referiram apresentar alguma condição de saúde, enquanto 8 negaram a sua existência. A especificação

das patologias revelou alguma inconsistência nas respostas, verificando-se, em alguns casos, ausência de descrição da condição referida, respostas incongruentes com a questão colocada ou difícil distinção entre condições do cuidador e da pessoa cuidada. Por este motivo, não foi possível proceder a uma categorização integral das patologias. Ainda assim, foram identificadas situações do foro mental, nomeadamente depressão e ansiedade.

Globalmente, o perfil da amostra é consistente com o descrito na literatura, caracterizando-se por cuidadoras do sexo feminino, maioritariamente em meia-idade, inseridas em contextos familiares de cuidado direto e prolongado (Sequeira, 2018b). Estas características, associadas à diversidade e complexidade das condições clínicas das pessoas cuidadas, sugerem uma elevada exigência associada ao papel de cuidador, com potencial impacto ao nível da sobrecarga e do bem-estar emocional, reforçando a relevância da intervenção do EEESMP na capacitação e suporte ao cuidador.

No que concerne à condição clínica da pessoa cuidada, Tabela 5, verifica-se uma diversidade de situações associadas à dependência ou incapacidade, destacando-se a demência como condição mais frequente (n=4). Foram ainda identificadas patologias neurológicas e do desenvolvimento, como mielomeningocele, paralisia cerebral, traumatismo cranioencefálico associado a acidente vascular cerebral e perturbação do espectro do autismo em grau severo, bem como outras condições, incluindo acidente vascular cerebral isolado, doença rara (não especificada), limitações funcionais de origem ortopédica e dependência associada à idade avançada.

Tabela 5 - Condição clínica da pessoa cuidada

CATEGORIA CLÍNICA	n	%
Doenças neurodegenerativas / envelhecimento	5	41,7
Patologia neurológica adquirida	2	16,7
Doenças neurológicas do desenvolvimento / congénitas	2	16,7
Perturbações do neurodesenvolvimento	1	8,3
Condição ortopédica	1	8,3
Outras condições	1	8,3

A heterogeneidade de situações clínicas da pessoa cuidada assume particular relevância na experiência do cuidador, uma vez que implicam exigências distintas ao nível da adaptação ao papel, intensidade do cuidar e impacto emocional. No presente estudo, a predominância de situações associadas ao envelhecimento, nomeadamente a demência, coexiste com condições de saúde de carácter congénito ou de início precoce. Em contextos associados ao envelhecimento, o cuidador tende a enfrentar uma evolução progressiva da dependência,

frequentemente acompanhada de declínio cognitivo e funcional, o que pode contribuir para um desgaste emocional significativo ao longo do tempo. Por sua vez, nas situações de longa duração, observa-se uma exposição prolongada a exigências contínuas, com potencial acumulação de desgaste físico e psicológico. Ainda que por mecanismos distintos, ambos os contextos configuram situações de elevada exigência para o cuidador. Neste sentido, a identificação destas características assume relevância clínica, sustentando a necessidade de intervenções dirigidas à capacitação do cuidador, nomeadamente ao nível da promoção de competências emocionais, estratégias de *coping* adaptativas e suporte psicossocial, no âmbito da atuação do EEESMP.

Neste enquadramento, a implementação de programas psicoeducativos estruturados, como o programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021), revela-se particularmente pertinente, ao permitir dotar os cuidadores de conhecimentos e competências que facilitam a compreensão da doença, a gestão de comportamentos e a adaptação ao papel de cuidador.

A análise dos resultados da Escala de Competências em Literacia Emocional (Tabela 6) evidencia um nível global intermédio de literacia emocional no grupo de cuidadores participantes, com uma média global de aproximadamente 3,15. A distribuição dos resultados revela que 50,0% dos participantes apresentam níveis intermédios de literacia emocional, 41,7% níveis elevados e 8,3% níveis reduzidos.

Tabela 6 - Média individual da Escala de Competências em Literacia Emocional

PARTICIPANTE	MÉDIA	CLASSIFICAÇÃO
C1	1,00	Baixa
C2	3,87	Forte
C3	3,48	Forte
C4	3,39	Intermédia
C5	3,61	Forte
C6	3,45	Forte
C7	2,97	Intermédia
C8	3,16	Intermédia
C9	3,16	Intermédia
C10	3,03	Intermédia
C11	4,03	Forte
C12	2,90	Intermédia
Média global	3,15	Intermédia

A análise individual dos resultados evidencia variabilidade entre os participantes, com coexistência de diferentes níveis de literacia emocional. Destaca-se a presença de um

participante com um valor significativamente inferior aos restantes, correspondente a um padrão de resposta uniforme, o qual poderá refletir uma perceção globalmente negativa das suas competências emocionais ou eventual dificuldade na compreensão ou preenchimento do instrumento, devendo ser interpretado com prudência.

Assim, apesar da média global indicar um nível intermédio de literacia emocional, a heterogeneidade observada entre os participantes evidencia a coexistência de diferentes níveis de competência emocional, com implicações distintas na forma como os cuidadores enfrentam as exigências do papel de cuidar.

A análise das médias por item da Escala de Competências em Literacia Emocional (Tabela 7) permite identificar áreas específicas de competência e vulnerabilidade no grupo de cuidadores.

Tabela 7 - Média das respostas por item da Escala de Competências em Literacia Emocional

ITEM	CONTEÚDO (RESUMIDO)	MÉDIA
1	Esforço para alcançar qualidade de vida	3,58
2	Perda de tempo nas atividades	1,92
3	Desempenho de responsabilidades	4,00
4	Aborrecimento em tarefas	2,42
5	Atuação orientada para si próprio	2,83
6	Oportunidade de melhoria diária	4,25
7	Procrastinação	2,17
8	Expressar sentimentos dos outros	3,33
9	Perceção de sentimentos ocultos	3,17
10	Escuta em discussão	3,42
11	Expressar tristeza	3,42
12	Impacto do comportamento nos outros	3,42
13	Diferenciar sentimentos/comportamentos	3,83
14	Reflexão sobre acontecimentos	3,00
15	Colmatar dificuldades	3,17
16	Pensar antes de agir	3,25
17	Ajustar estratégias	3,42
18	Dificuldade em identificar sentimentos	2,83
19	Dificuldade em expressar preocupações	2,83
20	Desejo de ser outra pessoa	2,58
21	Expressar sentimentos claramente	3,00
22	Não ser compreendido	2,50
23	Expressar arrependimento	3,50
24	Tempo com amigos	2,83
25	Atenção à comunicação com amigos	3,42
26	Felicidade ao partilhar	3,83
27	Sentimento de exclusão	1,83
28	Tempo passado sozinho	2,58

29	Dificuldades nas relações sociais	2,08
30	Contacto visual	3,50
31	Ser percebido como pessoa social	3,75

Observam-se valores mais elevados nos itens que dizem respeito à capacidade de diferenciar sentimentos e comportamentos (item 13; M=3,83), bem como a percepção de bem-estar associada à partilha com os outros (item 26; M=3,83) e ao desempenho adequado das responsabilidades (item 3; M=4,00), destacando-se a percepção de cada dia como uma oportunidade de melhoria (item 6; M=4,25). Estes resultados sugerem a presença de competências adaptativas relevantes, nomeadamente ao nível da autorregulação e da interação social positiva quando esta ocorre.

Por outro lado, identificam-se fragilidades mais acentuadas em itens relacionados com o funcionamento interpessoal e com aspetos motivacionais e comportamentais. Destacam-se os valores mais baixos nos itens relativos ao sentimento de exclusão social (item 27; M=1,83), dificuldades nas relações sociais (item 29; M=2,08) e percepção de perda de tempo nas atividades (item 2; M=1,92), evidenciando possíveis dificuldades ao nível da integração social e da motivação.

Importa salientar que as competências relacionais positivas identificadas coexistem com dificuldades ao nível da integração social, sugerindo que, embora os cuidadores apresentem capacidade para estabelecer interações satisfatórias, podem experienciar limitações na frequência, qualidade ou contexto dessas interações.

Globalmente, os resultados evidenciam a coexistência de competências emocionais adequadas com áreas específicas de fragilidade, sobretudo no domínio interpessoal e motivacional, que podem influenciar a forma como os cuidadores gerem as exigências do papel de cuidar, reforçando a necessidade de intervenções dirigidas à promoção da literacia emocional.

Esta abordagem enquadra-se no domínio das competências específicas do EEESMP, nomeadamente no âmbito da avaliação especializada (F2), ao permitir uma caracterização inicial do nível de literacia emocional dos cuidadores informais. Esta intervenção evidencia a capacidade de proceder a uma avaliação estruturada e sistematizada, recorrendo a instrumentos validados em saúde mental (F2.2), bem como de identificar necessidades potenciais no âmbito da intervenção. Deste modo, esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências ao nível da recolha e interpretação de dados clínicos

relevantes, constituindo um suporte para a compreensão do estado atual dos cuidadores e para a eventual orientação de intervenções futuras.

Em síntese, o estágio em contexto comunitário constituiu um marco fundamental na consolidação das competências específicas do EEESMP, favorecendo a construção da minha identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista, orientada por uma prática ética, relacional, crítica e humanizada, comprometida com a promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida e com a intervenção integrada nos contextos reais de vida das pessoas.

Na Tabela 8 é possível verificar as Competências Específicas do EEESMP e respetivas atividades desenvolvidas em contexto de comunidade para a sua concretização.

Tabela 8 - Competências Específicas do EEESMP e respetivas atividades desenvolvidas em contexto de comunidade para a sua concretização

F1. “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”	• Autoperceção dos meus limites e aspetos de insegurança; • Entrevistas clínicas.
F2. “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.”	• Participação no PNSE com o Programa “Eu e os outros”.
F3. “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.”	• Aplicação do Programa (Es)Tar com a Demência.
F4. “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”	• Intervenções Psicoterapêuticas: ▪ Relação de Ajuda Formal; ▪ Entrevista motivacional; ▪ Psicoeducação.

Fonte: Regulamento n.º 515/2018 da OE, de 7 de agosto.

4.3. No Contexto de Respostas Diferenciadas - Alcoologia

O desenvolvimento do estágio em contexto de respostas diferenciadas, decorreu numa Unidade de Alcoologia, entre 5 de janeiro e 31 de março de 2026 e constituiu mais uma oportunidade relevante para o desenvolvimento e consolidação de competências específicas do EEESMP, conforme estabelecido no Regulamento n.º 515/2018 da OE. Este contexto permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na avaliação, planeamento, implementação e monitorização de intervenções dirigidas a pessoas com comportamentos aditivos, nomeadamente relacionados com o consumo de álcool.

A experiência neste contexto permitiu consolidar competências relacionadas com a relação terapêutica, elemento central da prática especializada em ESMP. O acompanhamento de pessoas com comportamentos aditivos exigiu uma abordagem baseada na empatia, na escuta ativa e na ausência de julgamento, favorecendo a construção de uma relação terapêutica de confiança e potenciando a motivação para a mudança. Neste processo, foi também possível mobilizar a competência F1 – “Detém elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” através da reflexão sobre as minhas próprias emoções, atitudes e reações durante a interação terapêutica, contribuindo para uma gestão mais consciente da relação com a pessoa acompanhada (OE, 2018, p. 21428).

No âmbito da Unidade de Competência F2 – “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, foi possível desenvolver competências relacionadas com a avaliação das necessidades das pessoas acompanhadas na Unidade de Alcoologia (OE, 2018, p. 21428). Neste contexto, foram mobilizados indicadores como F2.2 – “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”, entrevistas clínicas e recurso à escuta ativa, observação de comportamentos e da recolha sistemática de informação relativa à história de consumo, ao impacto do consumo na vida pessoal, familiar e social da pessoa e à identificação de sintomas associados ao consumo de álcool. Paralelamente, foi mobilizado o indicador F2.2.2 – “Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e dos recursos externos para manter e recuperar a saúde mental”, através da análise do estágio motivacional da pessoa para a mudança, da identificação de fatores desencadeantes do consumo e da avaliação dos recursos individuais, familiares e sociais disponíveis para o processo de recuperação. Esta avaliação permitiu aprofundar a compreensão da situação de saúde da pessoa.

Relativamente à Unidade de Competência F3 – “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida a recuperar a saúde mental, mobilizando dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018, p. 21428), o estágio possibilitou o desenvolvimento de competências relacionadas com o diagnóstico e planeamento de cuidados em saúde mental. Neste âmbito, foi mobilizado o indicador F3.1 – “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa” (OE, 2018, p. 21429), através da identificação de problemas e necessidades específicas associados aos comportamentos aditivos, incluindo níveis significativos de sintomatologia ansiosa, bem como do impacto do consumo de álcool na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa. Paralelamente, foi mobilizado o indicador F3.3 – “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (OE, 2018, p. 21429), através da implementação de sessões de relaxamento muscular progressivo em grupo, dirigidas a utentes que apresentavam níveis significativos de ansiedade, com o objetivo de promover a autorregulação emocional e contribuir para a melhoria do bem-estar psicológico.

Foram realizadas quatro sessões de relaxamento muscular progressivo em grupo (Apêndice XII), envolvendo três utentes acompanhados na Unidade de Alcoologia.

O relaxamento pode ser entendido como um estado de consciência caracterizado pela diminuição da tensão física e mental, no qual a pessoa experiencia sensações de conforto, serenidade e afastamento progressivo de pensamentos intrusivos ou indutores de stresse (Payne, 2000). Enquanto intervenção psicoterapêutica, o relaxamento assume particular relevância por favorecer um estado global de bem-estar, através da modulação direta ou indireta do tónus muscular e da ativação fisiológica (Coelho & Sousa, 2020). Tem como propósito de diminuir sintomas indesejáveis como a dor, a tensão muscular ou ansiedade (Sampaio et al., 2023).

Antes da realização da técnica foi efetuada uma explicação prévia acerca do procedimento e dos seus potenciais benefícios, procurando promover a adesão dos participantes e a compreensão do objetivo terapêutico da intervenção. A condução das sessões de relaxamento foi realizada de forma estruturada, seguindo as orientações do Guia de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al., 2023), consistindo na aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo.

A avaliação da intervenção foi realizada através de diferentes indicadores, incluindo a aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton na primeira e na última sessão, bem como a monitorização de parâmetros fisiológicos, nomeadamente tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC), no início e no final das sessões. Paralelamente, foram também consideradas as

respostas comportamentais e fisiológicas observadas durante a intervenção, como postura corporal, expressão facial e cumprimento de instruções, bem como a avaliação subjetiva dos participantes relativamente à experiência das sessões. Esta intervenção visou reduzir a tensão emocional, promover respostas adaptativas e favorecer a autorregulação emocional, contribuindo para a melhoria do bem-estar psicológico e para o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas no processo de recuperação.

Relativamente aos parâmetros fisiológicos avaliados antes e após as sessões de relaxamento (Tabela 9), observou-se, de forma geral, uma tendência para a diminuição da FC e ligeira redução da TA após a realização da técnica, particularmente nos participantes que estiveram presentes em todas as sessões. Estas alterações são consistentes com o efeito esperado das técnicas de relaxamento, traduzindo-se numa redução da ativação fisiológica associada ao estado de ansiedade. Para além disso, durante as sessões foi possível observar diminuição da agitação motora, postura corporal mais relaxada e expressão facial mais tranquila, sendo que os participantes referiram sentir sensação de relaxamento e bem-estar após a realização da técnica.

Tabela 9 - Parâmetros fisiológicos avaliados antes e depois das sessões de relaxamento muscular

Sessão	Momento	Participante 1		Participante 2		Participante 3	
		TA mmHg/ FC bpm		TA mmHg/ FC bpm		TA mmHg/ FC bpm	
Sessão 1	Antes	106/80	96	137/86	61	123/86	73
	Depois	105/78	91	137/80	60	120/81	69
Sessão 2	Antes	112/77	81	125/88	84	126/76	80
	Depois	112/70	80	125/83	71	96/67	80
Sessão 3	Antes	86/64	78	122/70	61	Faltou	
	Depois	90/66	65	123/80	56	Faltou	
Sessão 4	Antes	106/73	87	122/70	61	Faltou	
	Depois	82/67	62	130/91	50	Faltou	

Importa, no entanto, referir que os participantes se encontravam a realizar terapêutica com diazepam intravenoso no contexto de soroterapia durante o período das sessões, o que poderá ter influenciado parcialmente os parâmetros fisiológicos observados e a perceção subjetiva de relaxamento. Ainda assim, a técnica de relaxamento foi utilizada como estratégia

complementar à terapêutica farmacológica, contribuindo para o desenvolvimento de competências de autorregulação emocional e gestão da ansiedade.

No que respeita à avaliação dos níveis de ansiedade através da Escala de Ansiedade de Hamilton, traduzida e validada para a população portuguesa (Santos, 2021), verificou-se uma diminuição da sintomatologia ansiosa nos participantes que completaram a intervenção. O Utente 1 apresentou uma pontuação inicial de 25 pontos, correspondente a ansiedade moderada a grave, tendo registado após a intervenção uma pontuação de 6 pontos, indicativa de ansiedade leve. De forma semelhante, o Utente 2 apresentou inicialmente 21 pontos, correspondentes a ansiedade moderada, tendo diminuído para 13 pontos após a intervenção, valor compatível com ansiedade leve. Relativamente ao Utente 3, este apresentou na avaliação inicial uma pontuação de 22 pontos, indicativa de ansiedade moderada; contudo, por ter faltado à última sessão, não foi possível realizar a avaliação final, não sendo possível analisar a evolução dos níveis de ansiedade neste caso. Estes resultados apontam para uma tendência de redução dos níveis de ansiedade nos participantes que completaram as sessões de relaxamento. Contudo, importa interpretar estes resultados com cautela, atendendo ao reduzido número de participantes e à presença de fatores potencialmente influenciadores, nomeadamente a terapêutica farmacológica concomitante. Adicionalmente, a evolução observada poderá refletir também o trabalho terapêutico desenvolvido pela equipa multidisciplinar ao longo de todo o processo de acompanhamento, contribuindo de forma integrada para a melhoria do estado emocional e para o processo de recuperação dos utentes.

No que se refere à Unidade de Competência F4 – “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida” (OE, 2018, p. 21430), o estágio permitiu desenvolver diferentes intervenções terapêuticas dirigidas à pessoa com comportamentos aditivos. Neste âmbito foram implementadas intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, nomeadamente através da realização de sessões de psicoeducação sobre os efeitos do consumo de álcool na saúde e da dinamização de sessões de relaxamento muscular com o objetivo de promover estratégias de autorregulação emocional, gestão da ansiedade e desenvolvimento de competências de *coping*. Estas intervenções contribuíram para aumentar o conhecimento da pessoa sobre o impacto do consumo de álcool, promover a reflexão sobre os comportamentos de consumo e favorecer a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação.

A implementação do programa de psicoeducação no abuso do álcool (Apêndice XIII), em contexto de Hospital de Dia, constituiu uma intervenção estruturada que integrou a intervenção

psicoterapêutica psicoeducativa, sustentada na aplicação da SOCRATES 8D (Janeiro et al., 2016; Miller & Tonigan, 1996) nos momentos pré e pós-intervenção (Tabela 10).

A fase inicial permitiu, através da aplicação da SOCRATES 8D (Janeiro et al., 2016; Miller & Tonigan, 1996), identificar níveis elevados de ambivalência (percentil 90 em ambos os participantes), evidenciando um estágio motivacional marcado pela oscilação entre reconhecimento do problema e resistência à mudança. Esta avaliação traduz a mobilização da competência F2.2.1 e F2.2.2, ao permitir uma análise abrangente das respostas humanas e dos recursos internos da pessoa, bem como da competência F3.1.1, ao identificar necessidades específicas no domínio dos comportamentos aditivos.

A reduzida adesão ao programa, com apenas dois participantes a completarem a totalidade das sessões, deve ser interpretada à luz destes dados, sendo coerente com o elevado nível de ambivalência identificado. Este aspeto constitui não apenas uma limitação metodológica, mas um indicador clínico relevante, evidenciando dificuldades no envolvimento terapêutico, frequentemente associadas à fase motivacional em que os utentes se encontram.

A reavaliação pós-intervenção permitiu observar alterações diferenciadas nos perfis motivacionais. No Utente A, o aumento do reconhecimento do problema (F3.2.2) sugere maior *insight* sobre o comportamento aditivo, embora a diminuição da dimensão ação indique ausência de tradução imediata em comportamentos de mudança. Este padrão pode ser interpretado como um movimento dentro do processo de mudança, ainda centrado na fase de contemplação. No Utente B, a redução significativa da ambivalência, associada à manutenção de níveis elevados de ação, sugere progressão para fases mais avançadas do processo de mudança, ainda que a diminuição do reconhecimento do problema possa indicar mecanismos de defesa, como minimização.

Tabela 10 - Resultados aplicação SOCRATES 8D

Fatores	UTENTE A				UTENTE B			
	Antes		Depois		Antes		Depois	
	Pontuação	Percentil (%)	Pontuação	Percentil (%)	Pontuação	Percentil (%)	Pontuação	Percentil (%)
Reconhecimento do Problema	26	50	30	80	27	60	23	30
Ação	39	80	36	40	40	90	40	90
Ambivalência	19	90	18	90	18	90	14	40

A monitorização destes resultados evidencia a mobilização da competência F3.2.1 e F3.2.2, ao permitir identificar, descrever e acompanhar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em saúde mental, nomeadamente ao nível da motivação para a mudança. Contudo, importa reconhecer que a SOCRATES 8D avalia predominantemente dimensões motivacionais, não permitindo inferir diretamente alterações comportamentais sustentadas.

Durante o período de internamento, todos os participantes mantiveram abstinência alcoólica. Este dado, embora relevante, deve ser interpretado no contexto de um ambiente estruturado e com controlo de estímulos, não sendo possível estabelecer uma relação causal direta com a intervenção. Ainda assim, este período constituiu uma janela terapêutica privilegiada para o desenvolvimento de competências de prevenção da recaída e de regulação emocional.

A intervenção desenvolvida, centrada na transmissão de conhecimento, desconstrução de crenças disfuncionais, identificação de sinais de abstinência e desenvolvimento de estratégias alternativas ao consumo, evidencia a mobilização da competência F4.1.3, ao promover a compreensão e gestão dos problemas relacionados com a saúde mental, bem como da competência F4.1.9, ao adequar os conteúdos à disponibilidade e capacidade de aprendizagem dos utentes. Paralelamente, a integração de estratégias de regulação emocional e prevenção da recaída aproxima a intervenção da competência F4.2.2 e F4.2.3, ao promover o aumento do *insight* e o desenvolvimento de respostas adaptativas face ao comportamento aditivo.

A continuidade de cuidados após a alta, assegurada pela equipa multidisciplinar, permite enquadrar esta intervenção no âmbito da competência F3.5.4, ao promover a transição e continuidade de cuidados entre diferentes contextos assistenciais, garantindo suporte contínuo ao processo de mudança. Neste sentido, a intervenção realizada assume-se como uma fase inicial de ativação motivacional, integrada num plano terapêutico mais alargado.

Não obstante os ganhos identificados, persistem limitações relevantes, nomeadamente a reduzida adesão ao programa, a pequena dimensão da amostra que completou a intervenção, a ausência de indicadores objetivos de consumo e a inexistência de avaliação longitudinal. Estas limitações reforçam a necessidade de intervenções continuadas, integradas e sustentadas no tempo, bem como da utilização de múltiplos indicadores de avaliação, de forma a captar a complexidade do processo de mudança em comportamentos aditivos.

No decurso do estágio na Unidade de Alcoologia, foi igualmente desenvolvida uma intervenção ao nível da reorganização do circuito do medicamento, através da identificação e

sistematização dos fármacos segundo a nomenclatura LASA e de MAM, bem como da elaboração do Procedimento de Gestão de Material de Uso Clínico e Farmacêutico, à luz dos princípios da metodologia *Lean*, com recurso a ferramentas como o 5S, orientadas para a redução de desperdícios, otimização dos processos e reforço da segurança no circuito do medicamento. Não obstante a sua relevância para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados, esta atividade encontra-se descrita e analisada de forma mais aprofundada no capítulo relativo às competências comuns do EE, pelo que aqui se apresenta apenas como referência às intervenções realizadas neste contexto clínico.

O estágio realizado na Unidade de Alcoologia constituiu uma oportunidade relevante para integrar diferentes dimensões da prática especializada em ESMP, permitindo articular processos de avaliação clínica, planeamento de cuidados e implementação de intervenções terapêuticas dirigidas à pessoa com comportamentos aditivos. Este percurso contribuiu para o desenvolvimento de uma prática clínica mais consciente, reflexiva e orientada para a promoção da saúde mental e recuperação da pessoa. Na Tabela 11 é possível verificar as Competências Específicas do EEESMP e respetivas atividades desenvolvidas em contexto de respostas diferenciadas para a sua concretização.

Tabela 11 - Competências Específicas do EEESMP e respetivas atividades desenvolvidas em contexto de respostas diferenciadas (Alcoologia) para a sua concretização

F1. “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.”	• Reflexão sobre as minhas próprias emoções, atitudes e reações durante a interação terapêutica; • Escuta ativa.
F2. “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.”	• Observação sistemática de comportamentos; • Entrevistas clínicas.
F3. “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.”	• Executar intervenção psicoterapêutica Relaxamento Muscular Progressivo.
F4. “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do	• Intervenção Psicoterapêutica: • Psicoeducação; • Relaxamento Muscular Progressivo.

**ciclo de vida, mobilizando o contexto e
dinâmica individual, familiar de grupo ou
comunitário, de forma a manter, melhorar
e recuperar a saúde.”**

Fonte: Regulamento n.º 515/2018 da OE, de 7 de agosto.

4.4. A Contribuição da Prática Clínica para a Construção Pessoal e Profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

A prática clínica desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de estágio, descrita nos subcapítulos 4.1, 4.2 e 4.3, constituiu um elemento central na construção da minha identidade pessoal e profissional enquanto futura EEESMP. A exposição progressiva a realidades clínicas distintas, nomeadamente no internamento de agudos, contexto comunitário e respostas diferenciadas em alcoologia, permitiu uma aprendizagem integrada, sustentada na articulação entre o conhecimento teórico, a evidência científica e a experiência vivida em contexto real.

No plano pessoal, a prática clínica revelou-se um espaço privilegiado de autoconhecimento e desenvolvimento emocional. O contacto direto com situações de sofrimento psíquico intenso, histórias de vida marcadas por trauma, perda e exclusão social, bem como a imprevisibilidade clínica característica da saúde mental, exigiu um exercício contínuo de autorreflexão, autorregulação emocional e tomada de consciência dos meus limites enquanto pessoa e enfermeira. Este processo favoreceu o desenvolvimento da empatia terapêutica, da tolerância à incerteza e da resiliência emocional, competências fundamentais para uma prática segura, ética e humanizada em saúde mental.

A necessidade de reconhecer e gerir fenómenos como a transferência, contratransferência e empatia intensa, particularmente evidentes em contexto de internamento de agudos, contribuiu para uma maior maturidade profissional e para a consolidação do uso terapêutico de mim própria enquanto instrumento de cuidado. A supervisão clínica e a reflexão sistemática sobre a prática assumiram, neste percurso, um papel estruturante, permitindo transformar as experiências emocionais em compreensão clínica e crescimento profissional, sem comprometer os limites da relação terapêutica.

No plano profissional, a prática clínica possibilitou a consolidação progressiva das competências específicas do EEESMP, nomeadamente nos domínios da avaliação em saúde mental, do planeamento e implementação de intervenções terapêuticas e da gestão da continuidade de cuidados.

A diversidade de intervenções desenvolvidas, nomeadamente intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais, permitiu compreender a complexidade do cuidado em saúde mental e a necessidade de ajustar permanentemente as estratégias terapêuticas às características da pessoa, ao seu estágio motivacional, ao contexto e à fase do processo de doença. A utilização de modelos teóricos estruturados, como o MIPE (Sampaio et al., 2018), e

de instrumentos de avaliação padronizados, contribuiu para uma prática fundamentada, intencional e orientada para objetivos terapêuticos claros.

A prática clínica evidenciou ainda a centralidade da relação terapêutica como eixo transversal a todas as intervenções em saúde mental. A escuta ativa, a comunicação terapêutica, o respeito pelo ritmo e singularidade da pessoa e a construção de uma aliança terapêutica sólida revelaram-se determinantes para a adesão ao plano de cuidados, para a promoção do *insight* e para a mobilização de processos de mudança.

A articulação entre os diferentes níveis de cuidados permitiu compreender o percurso da pessoa ao longo tempo, reforçando a importância da continuidade de cuidados, da articulação interinstitucional e da mobilização dos recursos comunitários na promoção da recuperação e da reabilitação psicossocial. Esta visão integrada contribuiu para a consolidação de uma prática orientada para a promoção da autonomia, da inclusão social e da qualidade de vida da pessoa ao longo do tempo.

Em síntese, a prática clínica desenvolvida ao longo do estágio constituiu um processo transformador, simultaneamente exigente e enriquecedor, que contribuiu de forma decisiva para a construção da minha identidade enquanto EEESMP. Este percurso permitiu integrar conhecimento, experiência e reflexão crítica, consolidando uma prática profissional ética, relacional, consciente dos limites e potencial terapêutico, e comprometida com a promoção da saúde mental, da dignidade e da recuperação das pessoas ao longo do ciclo de vida.

PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Prática de Cuidados Baseada na Evidência constitui um referencial estruturante da enfermagem atual, orientando a tomada de decisão clínica para intervenções seguras, eficazes e sustentadas no melhor conhecimento científico disponível. Neste enquadramento, o EE fundamenta a sua tomada de decisão e as intervenções que desenvolve em conhecimento científico atualizado, relevante e credível, assumindo um papel ativo na promoção de processos de aprendizagem, bem como na produção e disseminação de conhecimento no âmbito da investigação (OE, 2019). Esta atuação contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, para o reforço da segurança das intervenções e para a consolidação de práticas profissionais sustentadas em evidência.

No domínio da ESMP, a Prática de Cuidados Baseada na Evidência assume particular relevância, atendendo à complexidade dos processos de saúde-doença mental e à multiplicidade de fatores individuais, familiares e contextuais que os influenciam. A adoção de práticas fundamentadas em evidência permite desenvolver intervenções diferenciadas, éticas e ajustadas às necessidades específicas das populações, promovendo cuidados consistentes, avaliáveis e orientados para resultados.

Neste sentido, a presente parte do relatório visa descrever e analisar o percurso desenvolvido no âmbito da Prática de Cuidados Baseada na Evidência, desde a identificação de necessidades em contexto de prática clínica, à formulação da questão orientadora, pesquisa e análise crítica da evidência científica, aplicação das intervenções e avaliação dos resultados obtidos. Pretende-se evidenciar de que forma a evidência disponível sustentou as opções tomadas, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento das competências do EEESMP.

A primeira parte deste capítulo apresenta a revisão narrativa desenvolvida sobre o tema *“O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Capacitação dos Cuidadores Informais da Pessoa com Demência”*.

A segunda parte descreve a aplicação de um programa psicoeducativo dirigido à capacitação de cuidadores de pessoas com demência, fundamentado nas conclusões da revisão narrativa, bem como a análise dos resultados decorrentes da sua implementação.

1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA – *O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Capacitação dos Cuidadores Informais da Pessoa com Demência*

Introdução

Os avanços da medicina, aliados à melhoria das condições socioeconómicas, têm contribuído para o aumento da esperança média de vida (Dixe et al., 2019). Este fenómeno, associado a declínio da taxa de natalidade, traduz-se numa sociedade caracterizada pelo envelhecimento demográfico (INE, 2020), fenómeno comum nos países considerados desenvolvidos (Sequeira, 2018b). No entanto, este fenómeno está frequentemente associado a uma maior incidência de doenças crónicas e ao aumento da dependência na realização das atividades da vida diária (Sequeira, 2018b). Destaca-se, em particular, o facto de este fenómeno ter sido acompanhado por um aumento expressivo do número de pessoas a viver com demência, sendo que em 2021, a demência afetava cerca de 57 milhões de pessoas em todo o mundo (World Health Organization, 2025). Estimam-se cerca de 10 milhões de novos casos por ano. Atualmente, a demência constitui a sétima principal causa de morte a nível mundial e representa uma das principais causas de incapacidade e dependência entre as pessoas mais velhas (World Health Organization, 2025). No contexto atual, a maioria destas pessoas permanece no seu domicílio, sendo os cuidados maioritariamente assegurados por familiares (Sousa et al., 2022).

O processo de adaptação ao papel de cuidador informal configura uma transição familiar que requer orientação, acompanhamento e reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, de forma a valorizar os aspetos positivos do cuidar, reforçar a afetividade mútua e, assim, atenuar a carga negativa associada a esta função (Sequeira, 2018a).

Em muitos contextos, o exercício do papel de cuidador informal é assumido como uma responsabilidade familiar e um dever moral, sendo frequentemente aceite sem plena consciência das exigências inerentes nem das condições necessárias para a sua execução (Moreira et al., 2024).

Ser cuidador informal implica frequentemente sobrecarga emocional, física e económica, tornando o cuidador particularmente vulnerável ao desenvolvimento de sofrimento psicológico e de problemas de saúde mental como depressão e ansiedade (Dixe et al., 2019; McGuigan et al., 2024; Santos et al., 2018).

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica “foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante resposta humanas desajustadas ou

desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018, 2018, p. 21427).

Ainda de acordo com o Regulamento n.º 515/2018, o EEESMP caracteriza-se por possuir como competências um aprofundado autoconhecimento, resultante de vivências pessoais e profissionais que sustentam o seu desenvolvimento humano e clínico. No exercício da sua prática, acompanha a pessoa ao longo de todo o ciclo vital, integrada na família, em grupos ou na comunidade, com o objetivo de promover a saúde mental e apoiar a sua recuperação quando esta se encontra comprometida, potenciando os recursos e dinâmicas próprias de cada contexto. Para tal, recorre a intervenções de natureza psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional, visando a manutenção, a melhoria e a recuperação da saúde mental individual e coletiva.

McGuigan et al. (2024) realizaram uma revisão sistemática de estudos quantitativos sobre intervenções dirigidas aos cuidadores informais de pessoas com doenças crónicas avançadas e não malignas, com o objetivo de avaliar a efetividade dessas intervenções na melhoria de desfechos psicossociais como carga do cuidador, depressão, ansiedade e qualidade de vida. A análise abrangeu 12 estudos, envolvendo diferentes tipos de intervenções, desde abordagens psicossociais e psicoeducacionais até programas estruturados de apoio. A principal conclusão do estudo é que as intervenções psicossociais, especialmente aquelas baseadas em evidência, fundamentadas em modelos teóricos e, preferencialmente, desenvolvidas para díades cuidador-pessoa cuidada e realizadas em ambiente domiciliar, são as mais promissoras para melhorar os resultados psicossociais dos cuidadores.

A capacitação do cuidador informal não implica a substituição do profissional de saúde, mas antes a sua integração enquanto parceiro ativo no processo de cuidar (Bicalho et al., 2008). Neste contexto, o enfermeiro assume um papel de suporte contínuo, acompanhando, orientando e validando, ao longo do tempo, os conhecimentos e competências do cuidador no cuidado à pessoa idosa dependente (Sousa et al., 2016). A capacitação do cuidador, promovida pelo profissional de saúde, potencia a aquisição de conhecimentos e competências que facilitam o exercício do papel, permitindo uma prestação de cuidados mais organizada, menos desgastante e mais eficazmente planeada (Bicalho et al., 2008).

Neste enquadramento, o objetivo do presente estudo consistiu em identificar as intervenções desenvolvidas pelo EEESMP no processo de capacitação do cuidador informal da pessoa com demência.

Métodos

A revisão narrativa consiste numa síntese qualitativa da literatura sobre uma determinada temática, permitindo uma compreensão ampla e integrada do conhecimento existente, particularmente em áreas complexas ou heterogêneas. Apesar da sua utilidade na contextualização teórica e conceptual, a ausência de uma metodologia sistemática rigorosa pode torná-la mais suscetível a viés de seleção e limitar a sua reprodutibilidade (Green et al., 2006).

Assim, optou-se por uma revisão narrativa da literatura, com uma abordagem sistematizada, com o objetivo de analisar e integrar o conhecimento existente sobre “Qual o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na capacitação dos cuidadores informais de pessoas com demência?”. A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados científicas e de literatura cinzenta, recorrendo a descritores previamente definidos, tendo sido estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. A análise dos estudos selecionados foi conduzida através de uma síntese temática, permitindo a identificação de padrões, lacunas e relações conceptuais no âmbito das competências do enfermeiro especialista.

Procedeu-se à definição de um título representativo dos principais elementos a explorar, seguindo-se a delimitação do objetivo do estudo e a formulação da questão de investigação, estruturada de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto). Assim, de acordo com pretendido, determinou-se (P) Cuidadores informais de pessoas com demência, (C) Intervenções do EEESMP na capacitação do cuidador e (C) enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, nos diferentes contextos de cuidados.

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Assim, incluíram-se artigos publicados entre 2020 e 2025, com acesso ao texto integral, redigidos em português ou inglês, e que respondessem à questão de investigação. Excluíram-se estudos que se referiam à capacitação feita por outros EE que não o ESMP.

Utilizaram-se descritores controlados do vocabulário DeCS/MeSH, nomeadamente “Cuidadores”, “Enfermeiro Especialista” e “Capacitação”, “Informal Caregivers”, “Caregivers”, “Specialist Nurse”, “Psychiatric Nursing” e “Training”, de acordo com a base de dados consultada, combinados através de operadores booleanos. Complementarmente, recorreu-se à utilização de palavras-chave livres, tais como “Cuidadores Informais”, “Enfermeiro de Saúde Mental”, “Mental Health Nursing”, “Family Caregivers”, “Empowerment”, “Education”, “Health Education”, “Support Programs” e “Dementia”, de modo a ampliar a abrangência da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em bases de dados científicas relevantes para a área da saúde e da enfermagem, nomeadamente: MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection - Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina via EBSCOhost Research Databases; SCOPUS; Biblioteca Virtual em Saúde; e RCAAP no mês de novembro de 2025.

Na base de dados RCAAP a frase booleana utilizada foi: (Cuidador informal OR Cuidador familiar OR cuidador) AND (enfermeiro especialista em saúde mental OR enfermeiro especialista) AND (capacitação OR apoio OR programas de capacitação) AND Demência. Para as restantes bases de dados a frase booleana foi: ("Informal Caregivers" OR "Family Caregivers" OR "Caregivers") AND ("Psychiatric Nursing" OR "Mental Health Nursing" OR "Specialist Nurse") AND ("Empowerment" OR "Education" OR "Health Education" OR "Training" OR "Support Programs") AND "Dementia".

Os documentos selecionados, nomeadamente artigos científicos e relatórios de mestrado de natureza profissional, foram analisados de forma crítica, através da leitura integral e da extração dos principais contributos relativos às intervenções do EEESMP na capacitação do cuidador.

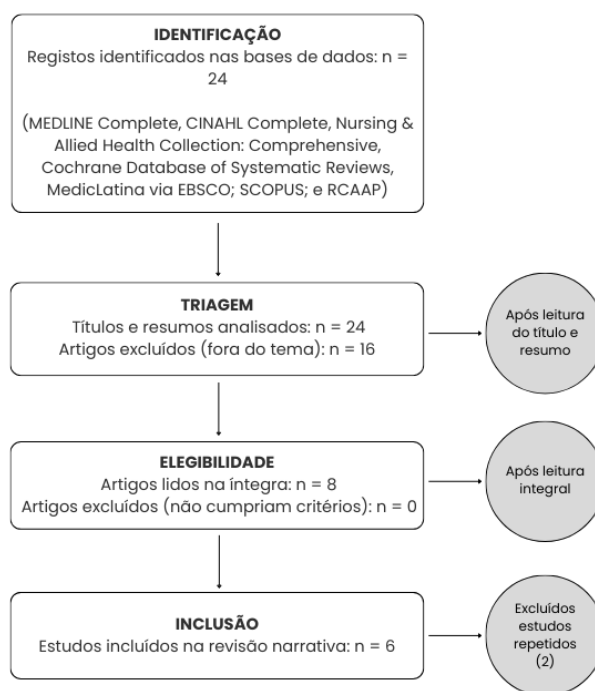
Reconhece-se como limitação metodológica o carácter não aprofundado e abrangente, bem como a possível subjetividade inerente ao processo de seleção e interpretação da literatura. Contudo, esta abordagem permitiu uma compreensão aprofundada, contextualizada e integradora do fenómeno em estudo.

Resultados

Na MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina via EBSCOhost Research Databases foram selecionados 3 artigos, na SCOPUS 2, na Biblioteca Virtual em Saúde 1 e no RCAAP 2.

Na Figura 1 é apresentado processo de seleção de estudos realizado segundo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina via EBSCO, SCOPUS e RCAAP.

Figura 1 - Fluxograma do processo de inclusão e exclusão dos estudos



Da pesquisa realizada resultaram seis estudos que cumprem os critérios de inclusão previamente definidos, os quais são sistematizados e caracterizados na Tabela 12, tendo em conta dimensões como o tipo de estudo ou programa implementado, autores, ano e país de realização, metodologia e amostra, objetivos e principais resultados/conclusões, permitindo uma análise estruturada e comparativa da evidência disponível sobre a temática em estudo.

Tabela 12 - Caracterização dos estudos (N=6)

ESTUDO/ PROGRAMA	AUTORES, ANO, PAÍS	MÉTODO, AMOSTRA	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS/ CONCLUSÕES
'Living Together With Demência': preliminar results of a training programme for family caregivers	L. Sousa et al. (2021), Portugal	Ensaio clínico controlado e aleatorizado, do tipo estudo-piloto, com avaliação em três momentos (Baseline (T1), Pós-intervenção (T2) e Follow-up de 4 meses (T3)). N = 27 cuidadores familiares de pessoa com demência (Grupo Experimental = 12; Grupo de Controlo = 15).	Avaliar os resultados preliminares do programa "(Es)Tar com a Demência", um programa de formação dirigido a cuidadores familiares de pessoas com demência em fase inicial a moderada, que vivem no domicílio.	A intervenção trouxe benefícios significativos para os cuidadores familiares no curto prazo, embora os efeitos tenham diminuído ao longo do tempo. Pós-intervenção (T2): No grupo experimental, houve redução significativa da sobrecarga e das dificuldades, além de aumento da satisfação e melhoria nas estratégias de <i>coping</i> . Follow-up (T3): Tendência de regressão dos valores para os níveis iniciais. O programa é um contributo importante para capacitar cuidadores, mas os benefícios tendem a diminuir sem apoio contínuo. É necessário um estudo com amostra maior para robustez estatística.
"Living Together with Dementia" — A psychoeducational group programme for family caregivers	Sousa et al. (2022), Portugal	Estudo quase-experimental com pré-teste, pós-teste e acompanhamento (follow-up) de 4 meses. N = 15 cuidadores familiares de pessoas com demência.	Avaliar a eficácia do programa psicoeducativo "(Es)Tar com a Demência" aplicado em formato de grupo a cuidadores familiares de pessoas com demência.	Foi encontrado um impacto positivo e estatisticamente significativo na redução da sobrecarga dos cuidadores entre a avaliação inicial e o follow-up. Não houve mudanças significativas nos níveis de dificuldade ou satisfação. O programa mostrou potencial para capacitar cuidadores familiares no domicílio, embora o estudo recomende validação futura com amostras maiores devido ao tamanho reduzido da amostra atual.
Family dynamics in dementia care: A phenomenological exploration of the experiences of family caregivers of relatives with dementia	Smith et al. (2022), África do Sul	Estudo qualitativo de abordagem fenomenológica, com carácter exploratório e descritivo. Recorreu a métodos visuais participativos e à realização de entrevistas semiestruturadas, distribuídas	Explorar as relações e dinâmicas familiares de membros da família que assumem o papel de cuidadores de pessoas com demência, com o objetivo de compreender de que modo	Os resultados evidenciaram que a rede familiar exerce influência significativa no processo de cuidar, sendo o apoio por parte dos irmãos e familiares descrito como variável. A comunicação intrafamiliar revelou-se, em diversos casos, comprometida pela negação da doença por parte de alguns membros da família. Os cuidadores cônjuges reportaram níveis mais elevados de isolamento.

		por quatro encontros individuais com cada participante. N = 8 cuidadores familiares.	essas interações influenciam o binómio cuidador–pessoa cuidada.	Os achados sublinham a necessidade de intervenção dos EEESMP enquanto facilitadores do diálogo familiar, através da promoção de competências comunicacionais e da implementação de intervenções psicoterapêuticas dirigidas ao sistema familiar, com vista ao reforço da coesão e do suporte ao cuidador principal.
Factors Associated with Caregiver Burden in Caregivers of Older Patients with Dementia in Indonesia	Putri et al. (2022), Indonésia	Estudo transversal. N = 207 cuidadores informais.	Identificar o nível de sobrecarga do cuidador e determinar quais fatores (sociodemográficos, suporte social e sintomas da demência) estão associados a essa sobrecarga.	A sobrecarga foi classificada como baixa a moderada. Identificaram-se quatro fatores significativamente associados a níveis mais elevados de sobrecarga: o género da pessoa com demência, sendo que cuidadores de mulheres reportaram maior sobrecarga; a escolaridade do cuidador, verificando-se que níveis de escolaridade mais elevados se associaram a menor sobrecarga; o suporte social percebido, cuja maior presença se relacionou com menor sobrecarga; e a gravidade dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência, em que pontuações mais elevadas se associaram a maior sobrecarga. O controlo dos sintomas comportamentais e psicológicos e a manutenção de redes de suporte social constituem estratégias centrais para a redução da sobrecarga e para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e das pessoas com demência.
Programas psicoeducacionais para cuidadores familiares da pessoa com doença mental: uma scoping review	Costa et al. (2024), Portugal	Scoping review que seguiu as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI) e o fluxograma PRISMA. N = 8 estudos.	Mapear, analisar e sintetizar os programas psicoeducacionais direcionados ao cuidador familiar de pessoas com doença mental e/ou psiquiátrica, desenvolvidos no contexto português.	Foram identificados oito programas: quatro focados em demências, três em esquizofrenia e um em sintomatologia psicótica. A maioria é presencial, realizada em contexto comunitário e dinamizada por EEESMP. O estudo conclui que é necessário validar e sistematizar os programas já desenvolvidos para permitir a aplicação da melhor evidência científica na prática clínica. A revisão serve como um documento de referência para a capacitação de cuidadores e suporte à decisão em enfermagem.

Capacitar para cuidar: Características de um Programa Psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência	Vieira (2024), Portugal	Revisão Integrativa da Literatura. N = 4 estudos (EUA, Bélgica, Egito, Japão).	Identificar a evidência científica disponível que sustente a construção de um modelo de intervenção eficaz.	É unânime que os programas psicoeducativos reduzem a sobrecarga e aumentam a capacitação do cuidador através do reforço de competências e estratégias de resolução de problemas. Os programas devem ser realizados em grupo, de forma a permitir o apoio entre pares e a troca de experiências, em formato presencial ou online e possuir módulos flexíveis e adaptáveis às necessidades específicas dos participantes para garantir melhores resultados. Devem focar-se na psicoeducação sobre a patologia, promoção do autoconhecimento, autoeficácia e estratégias de gestão de stress.
---	-------------------------	---	---	---

Discussão

A análise dos estudos incluídos permite identificar que as intervenções do EEESMP na capacitação dos cuidadores informais de pessoas com demência se concretizam predominantemente através de programas psicoeducativos estruturados, maioritariamente desenvolvidos em contexto comunitário e, em vários casos, em formato grupal (Costa et al., 2024; Vieira, 2024).

Uma área de intervenção corresponde à educação estruturada sobre a demência, incluindo informação relativa à evolução da doença e à gestão dos sintomas comportamentais e psicológicos. Putri et al. (2022) demonstra associação significativa entre a gravidade dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência e níveis mais elevados de sobrecarga do cuidador, reforçando a pertinência de intervenções orientadas para a sua compreensão e gestão. Esta dimensão implica competências de avaliação clínica especializada e planeamento de cuidados ajustados às necessidades identificadas.

Uma outra área de intervenção integra o treino de estratégias de *coping* e resolução de problemas. Os estudos experimentais conduzidos em Portugal evidenciam melhoria nas estratégias adaptativas e redução significativa da sobrecarga no período pós-intervenção (L. Sousa et al., 2021; Sousa et al., 2022). Estes resultados sugerem que a capacitação envolve o desenvolvimento de competências cognitivas e comportamentais ajustadas às exigências do cuidar, inscrevendo-se no âmbito da intervenção psicoterapêutica breve e da promoção da adaptação a situações de transição e crise.

No estudo piloto randomizado, observou-se redução significativa da sobrecarga e das dificuldades no grupo experimental no pós-intervenção (L. Sousa et al., 2021), ainda que com tendência de regressão no follow-up de quatro meses. No estudo quase-experimental subsequente, verificou-se manutenção da redução da sobrecarga no follow-up, embora sem alterações significativas noutras dimensões (Sousa et al., 2022). Considerando que o programa integrou conteúdos relativos às emoções, expectativas e exigências do papel de cuidador, bem como momentos estruturados de partilha em grupo e treino de competências, os resultados observados demonstram que a intervenção contemplou dimensões educativas, emocionais e relacionais, não se restringindo à transmissão de informação. Tal enquadramento evidencia a centralidade da relação terapêutica e da intervenção especializada na esfera emocional do cuidador.

Por fim, outra área de intervenção identificada refere-se à intervenção familiar e facilitação da comunicação intrafamiliar. O estudo qualitativo de Smith et al. (2022) evidencia

que dinâmicas familiares, negação da doença e isolamento do cuidador cônjuge influenciam significativamente a experiência do cuidar, sugerindo a necessidade de intervenções que integrem a dimensão sistêmica e relacional. Esta abordagem articula-se com competências especializadas na mediação de processos relacionais e na intervenção junto do sistema familiar.

Adicionalmente, a mobilização e reforço das redes de suporte social surge como componente relevante. O suporte social percebido demonstrou associação inversa com os níveis de sobrecarga (Putri et al., 2022), reforçando a importância da articulação comunitária e da integração de recursos formais e informais no processo de capacitação. Costa et al. (2024) confirmam que a maioria dos programas identificados é dinamizada por EEESMP em contexto comunitário, integrando componentes de suporte social estruturado. Esta dimensão reflete competências de gestão e coordenação de cuidados especializados, com articulação interinstitucional e comunitária.

Apesar da consistência dos resultados quanto à redução da sobrecarga e melhoria das estratégias de *coping*, alguns estudos evidenciam tendência de diminuição dos efeitos ao longo do tempo na ausência de acompanhamento continuado (Sequeira et al., 2021), sugerindo que a capacitação poderá beneficiar de modelos de seguimento estruturado. Tal constatação reforça a necessidade de monitorização contínua e reavaliação sistemática no âmbito da prática especializada.

Importa ainda referir limitações metodológicas identificadas nos estudos analisados, nomeadamente o reduzido tamanho das amostras nos estudos experimentais (L. Sousa et al., 2021; Sousa et al., 2022), a predominância de desenhos quase-experimentais e a escassez de estudos longitudinais com maior robustez estatística. A revisão de âmbito nacional aponta igualmente para a necessidade de maior sistematização e validação dos programas já desenvolvidos (Costa et al., 2024).

Em síntese, a evidência mapeada permite identificar que as intervenções do EEESMP na capacitação dos cuidadores informais de pessoas com demência integram dimensões educativas, emocionais, relacionais e comunitárias, configurando uma abordagem multidimensional do processo de cuidar. Estas dimensões encontram correspondência nas competências específicas da especialidade, nomeadamente ao nível da intervenção psicoterapêutica e relacional, da facilitação de processos familiares, da conceção e planeamento de cuidados especializados e da articulação com recursos comunitários. Tal enquadramento reforça que a capacitação do cuidador se inscreve no âmbito da prática clínica especializada,

exigindo avaliação compreensiva, intervenção estruturada e monitorização contínua ao longo da evolução da doença.

Limitações do Estudo

A presente revisão narrativa apresenta como principal limitação o período temporal definido para a pesquisa. A adoção de critérios de inclusão restritos, nomeadamente a seleção de estudos publicados nos últimos cinco anos, de acesso integral livre e redigidos em Português ou Inglês, poderá ter condicionado a identificação de estudos adicionais relevantes. Acresce que a elevada especificidade do tema em análise contribuiu para a limitação do número de estudos elegíveis, o que poderá influenciar a abrangência dos resultados apresentados.

Conclusão

Os estudos analisados permitem identificar que as intervenções do EEESMP na capacitação dos cuidadores informais de pessoas com demência assumem natureza estruturada e multidimensional, integrando componentes educativas, emocionais e relacionais, maioritariamente desenvolvidas em contexto comunitário.

Os resultados dos estudos incluídos apontam para impacto positivo na redução da sobrecarga e na promoção de estratégias adaptativas, embora com limitações ao nível da robustez metodológica e da manutenção sustentada dos efeitos ao longo do tempo.

Implicações para a prática clínica

A evidência analisada sugere que a capacitação dos cuidadores informais de pessoas com demência deverá integrar intervenções estruturadas, de natureza multidimensional, desenvolvidas preferencialmente em contexto comunitário. Os resultados apontam para a relevância de programas que combinem componentes educativas, treino de estratégias de *coping*, gestão emocional e reforço do suporte social, indicando que abordagens exclusivamente informativas poderão ser insuficientes para responder à complexidade do processo de cuidar.

A prática clínica do EEESMP deverá, assim, contemplar avaliação sistemática das necessidades do cuidador, incluindo níveis de sobrecarga, estratégias adaptativas utilizadas, presença de sintomas comportamentais e psicológicos da demência na pessoa cuidada e

características da rede de suporte social. A identificação destes fatores permite ajustar a intervenção às especificidades de cada contexto familiar.

Os dados sugerem ainda a importância da inclusão de momentos estruturados de partilha e reflexão, favorecendo a normalização da experiência do cuidar e o desenvolvimento de competências emocionais. Paralelamente, a articulação com recursos comunitários e a mobilização de redes formais e informais de apoio constituem elementos relevantes para a sustentabilidade do processo de capacitação.

Considerando a tendência de atenuação dos efeitos observada em alguns estudos na ausência de acompanhamento continuado, a prática clínica poderá beneficiar da implementação de modelos de seguimento estruturado, com monitorização periódica das necessidades do cuidador ao longo da evolução da doença.

Em síntese, a capacitação do cuidador informal deve ser entendida como um processo contínuo e dinâmico, exigindo intervenção especializada integrada, sustentada na avaliação clínica, na relação terapêutica e na articulação comunitária.

2. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIA – IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE PSICOEDUCAÇÃO PARA CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM DEMÊNCIA

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro), a prática especializada deve assentar na incorporação sistemática da melhor evidência científica disponível e no aprofundamento contínuo do conhecimento na respetiva área de especialidade.

Neste enquadramento, o EEESMP assume a responsabilidade de integrar a melhor evidência na sua prática, promovendo a Prática Baseada na Evidência (PBE) como estratégia de qualificação e desenvolvimento profissional no domínio da saúde mental.

A PBE assume um papel central na articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica, sustentando a tomada de decisão numa lógica de resolução de problemas (Novais et al., 2025). Neste processo, são integrados a melhor evidência científica disponível, a experiência clínica do profissional e os valores e preferências das pessoas alvo dos cuidados, considerando simultaneamente os recursos existentes no contexto (Novais et al., 2025).

Em coerência com estes pressupostos, com a questão de investigação formulada e com a síntese dos resultados emergentes da revisão narrativa, procede-se à implementação do programa (Es)tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021), enquanto intervenção que operacionaliza, em contexto prático, a evidência identificada. A sua seleção decorre da análise crítica dos achados científicos, assegurando coerência entre o problema identificado, a evidência disponível e a intervenção proposta. Desta forma, o programa constitui a tradução aplicada da PBE, integrando conhecimento científico, enquadramento clínico e necessidades da população-alvo.

2.1. Descrição do Programa a Implementar

O Programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021) constitui uma intervenção de natureza psicoeducativa dirigida a cuidadores informais de pessoas com demência que permanecem no domicílio, em fases ligeiras a moderadas da doença. Foi desenvolvido e implementado por EEESMP, com o objetivo de capacitar o familiar cuidador no seu papel (L. Sousa et al., 2021).

A capacitação do cuidador pode ser entendida como um processo progressivo de aquisição e desenvolvimento de competências, envolvendo tanto dimensões técnicas como

emocionais, com níveis de complexidade variáveis. Este processo traduz-se na preparação do cuidador para assegurar cuidados a familiares em situação de dependência física e/ou mental (Hailu et al., 2024). O fortalecimento destas competências revela-se essencial para garantir cuidados seguros, dignos e centrados na pessoa, abrangendo desde o apoio nas atividades de autocuidado até intervenções mais exigentes, como a gestão do regime terapêutico e a tomada de decisão em contextos em que a pessoa cuidada apresenta compromisso cognitivo (Cham et al., 2022). Neste âmbito, os enfermeiros assumem um papel fundamental enquanto facilitadores do processo de capacitação, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos, competências e estratégias que sustentam o desempenho do papel de cuidador (Araújo et al., 2026; Meleis, 2010).

A elegibilidade para participação no programa implica o cumprimento dos seguintes critérios: assumir o papel de cuidador principal de uma pessoa com demência em estadio ligeiro ou moderado; saber ler e escrever; demonstrar disponibilidade e interesse em participar. Constituem critérios de exclusão: a pessoa acompanhada não apresentar demência em fase inicial ou intermédia; e coexistência de outra perturbação mental grave na pessoa com demência (L. Sousa et al., 2021).

Integra avaliação inicial e final individualizada, não contabilizada como sessão formal, e prevê uma estrutura mínima de sete sessões individuais e duas grupais, podendo ser ajustada às necessidades identificadas. As sessões individuais têm periodicidade preferencialmente semanal e duração até 60 minutos, enquanto as sessões de grupo não deverão ultrapassar 90 minutos nem exceder dez participantes, com características homogéneas (L. Sousa et al., 2021). O programa pressupõe a manutenção da sequência das sessões, adaptação da linguagem ao perfil do cuidador e personalização do plano de intervenção (L. Sousa et al., 2021).

2.2. Método

Para a implementação do programa, foram realizadas 7 sessões individuais a duas cuidadoras informais que cumpriam os critérios predefinidos pelo programa acima referidos. Face às dificuldades sentidas na constituição de um grupo de cuidadores no decorrer do estágio, optou-se pela implementação do programa em formato individual.

As avaliações inicial, final e de follow-up do familiar cuidador (Anexo VIII) e da pessoa cuidada (Anexo IX) são realizadas com recurso aos mesmos instrumentos aplicados na avaliação inicial do cuidador (Tabela 13). A avaliação inicial ocorre uma semana antes do início do

programa, a avaliação final é efetuada na semana subsequente ao seu término e o follow-up é realizado entre três e seis meses após a conclusão da intervenção.

Tabela 13 - Avaliação Inicial do familiar cuidador e da pessoa com demência

AVALIAÇÃO INICIAL	
Avaliação Familiar Cuidador	Avaliação Pessoa com Demência
1) Avaliação Sociodemográfica;	1) Avaliação Sociodemográfica;
2) Instrumentos de avaliação:	2) Instrumentos de avaliação:
• Escala de sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007); • Índice de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores (CADI) (Brito, 2002; Sequeira, 2007); • Índice de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores (CASI) (Brito, 2002; Sequeira, 2007).	• Mini-Exame do Estado Mental (Guerreiro et al., 2007); • Escala clínica da demência (Garrett et al., 2007).

A descrição dos objetivos das sessões em grupo, dos temas abordados e das estratégias metodológicas adotadas encontra-se organizada na tabela seguinte (Tabela 14).

Tabela 14 - Estrutura das Sessões do Programa “(Es)Tar com a Demência”

OBJETIVOS / TEMAS / METODOLOGIAS	
Sessão 1	Objetivos: Compreender a demência, as suas fases e manifestações psicológicas e comportamentais; desenvolver competências na gestão da comunicação e do comportamento. Temas: Conceito de demência e evolução da doença; Alterações psicológicas e comportamentais associadas; Tratamento farmacológico; Estratégias de comunicação e de gestão comportamental. Metodologias: Exposição; discussão de temas; exemplos práticos.
Sessão 2	Objetivos: Gerir emoções, sentimentos e expectativas inerentes ao processo de cuidar. Temas: Emoções e sentimentos associados ao cuidar; Exigências do papel de cuidador e expectativas face ao futuro.

	Metodologias: Exposição teórica; discussão orientada de temas.
Sessão 3	Objetivos: Desenvolver conhecimento sobre estratégias adaptativas nas atividades básicas e instrumentais de vida diária; adquirir competências práticas para o cuidado à pessoa com demência. Temas: Dificuldades da pessoa com demência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária; Estratégias de supervisão e assistência nessas atividades. Metodologias: Exposição teórica, discussão orientada, treino de competências e exercícios práticos.
Sessão 4	Objetivos: Desenvolver conhecimento sobre estratégias de estimulação cognitiva e adaptação do ambiente às necessidades da pessoa com demência. Temas: Importância e estratégias de estimulação cognitiva na demência; Gestão do ambiente domiciliário, incluindo segurança e prevenção de quedas. Metodologias: Exposição teórica, discussão orientada, treino de competências e exercícios práticos.
Sessão 5	Objetivos: Desenvolver estratégias de <i>coping</i> eficazes e competências de resolução de conflitos e tomada de decisão. Temas: Identificar e treinar estratégias de <i>coping</i> com o cuidador; reconhecer problemas e situações de conflito associadas ao papel de cuidador; definir soluções e estabelecer prioridades. Metodologias: Exposição teórica, discussão orientada e exercícios práticos.
Sessão 6	Objetivos: Desenvolver estratégias de promoção e manutenção da saúde física e mental do cuidador. Temas: Importância da manutenção da saúde física e mental do cuidador; identificação de atividades físicas e de relaxamento exequíveis no domicílio; ensino e treino de técnicas de relaxamento. Metodologias: Exposição teórica, discussão orientada e exercícios práticos.
Sessão 7	Objetivos: Desenvolver competências de gestão das relações familiares, sociais e laborais; identificar recursos comunitários e recorrer a apoios formais. Temas: Identificação de problemas relacionais associados ao papel de cuidador; treino de estratégias de gestão das relações; informação sobre recursos comunitários disponíveis e formas de acesso. Metodologias: Exposição teórica, discussão orientada e exercícios práticos.

Fonte: L. Sousa et al. (2021)

2.3. Resultados e Discussão

O programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021) foi aplicado numa UCC da região Norte do país, a 2 cuidadoras de pessoas com diagnóstico de síndrome demencial. intervenção decorreu entre 10 de novembro e 15 de dezembro de 2025 no caso da Cuidadora A e entre 18 de novembro e 18 de dezembro de 2025 no caso da Cuidadora B. Face às dificuldades de reunir um grupo, decorrentes dos constrangimentos de deslocação dos cuidadores, optou-se pela implementação do programa em formato individual.

Numa primeira fase, conforme preconizado pelo programa implementado, procedeu-se à avaliação inicial da pessoa cuidada. Assim, na tabela 15 apresentam-se os resultados obtidos da aplicação do MMSE e da Escala Clínica da Demência (CDR).

Tabela 15 - Resultados da Avaliação Inicial da pessoa cuidada

		PESSOA CUIDADA A	PESSOA CUIDADA B
Idade		89	68
Sexo		M	F
Escolaridade		4º ano	4º ano
CDR	Pontuação Total CDR	2	1
	Orientação	6	8
MMSE	Retenção	3	3
	Atenção e Cálculo	2	1
	Evocação	1	0
	Linguagem	6	8
	Habilidade Construtiva	*	0
	Pontuação Total MMSE	18	20

Conforme apresentado na Tabela 15, não foi possível aplicar à pessoa cuidada A o item do MMSE relativo à habilidade construtiva, em virtude de limitações funcionais resultantes de um acidente prévio. Ainda assim, tendo em consideração o resultado obtido no CDR e os restantes parâmetros avaliados no MMSE, considerou-se que a pessoa cumpria os critérios previamente definidos para a implementação do programa, e decidiu-se assim manter o respetivo cuidador no mesmo. Posto isto, de acordo com os resultados da aplicação da CDR, as

peças cuidadas, cujos cuidadores participaram no programa, encontravam-se em estágio inicial ou moderado da doença.

Foi realizada a avaliação inicial dos cuidadores, que incluiu avaliação sociodemográfica, ESC (Sequeira, 2007), CADI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) e CASI (Brito, 2002; Sequeira, 2007).

A caracterização sociodemográfica das cuidadoras encontra-se apresentada na Tabela 16.

Tabela 16 - Caracterização Sociodemográfica dos Cuidadores

	CUIDADOR A	CUIDADOR B
Idade	55	59
Género	Feminino	Feminino
Escolaridade	Licenciatura	4º ano
Ocupação	Jurista	Doméstica
Estado Civil	Solteira	Casada
Parentesco	Filha	Sobrinha
Tempo como cuidador	6 anos	3 anos
Nº de horas por dia dedicadas a cuidar	5 h/dia	3h/dia
Ajuda para cuidar	Sim	Sim
Formação como cuidador	Não	Não
Conhecimento sobre evolução da doença	Não	Sim

Verifica-se que ambas são do sexo feminino, com 55 e 59 anos de idade, apresentando níveis de escolaridade distintos (licenciatura e 4.º ano de escolaridade). Relativamente ao parentesco com a pessoa cuidada, uma é filha e a outra sobrinha, desempenhando o papel de cuidadora há cerca de seis e três anos e referindo ambas dispor de apoio no processo de cuidar. Destaca-se ainda o facto de nenhuma possuir formação como cuidadora e de apenas uma referir possuir conhecimentos sobre a evolução da doença.

Em ambos os casos, o apoio no processo de cuidar é prestado pela mãe das cuidadoras, o que corrobora o referido por Sequeira (2018a), que refere que as principais fontes de apoio ao cuidador provêm de familiares próximos, salientando a relevância do suporte familiar em situações de dependência.

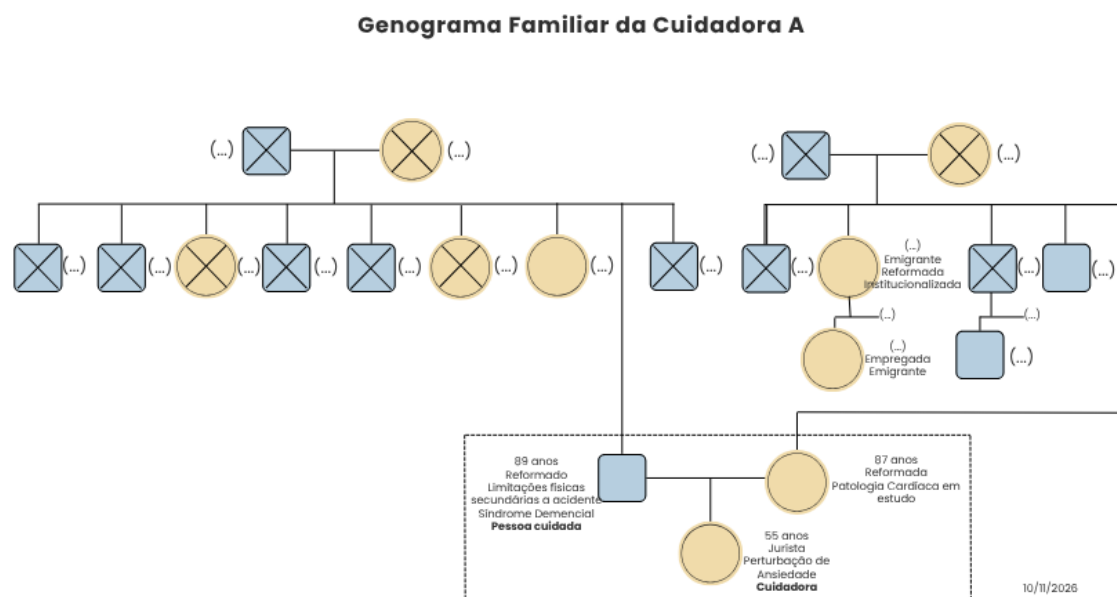
No que diz respeito ao género e idade dos cuidadores, o facto de serem ambas mulheres e acima dos 50 anos corresponde ao descrito por L. Sousa et al. (2021). Relativamente à atividade, segundo Sequeira (2018b), predominam os cuidadores domésticos, desempregados ou sem atividade, reformados e com rendimentos baixos. Os graus de parentesco mais prevalentes são filhas e cônjuges e estado civil casados (Sequeira, 2018b).

Procedeu-se, numa fase inicial, à aplicação de instrumentos de avaliação familiar e psicossocial, nomeadamente o genograma e o ecomapa (estrutura, relações e rede de suporte), a Escala de Graffar (Anexo X) (caracterização socioeconómica), a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (Anexo XI) (avaliação do impacto de eventos de vida stressantes), o APGAR Familiar de Smilkstein (Anexo XII) e a Family Adaptability and Cohesion Scale II (FACES II) (Anexo XIII) (funcionalidade e coesão/adaptabilidade familiar), e, tendo alguns destes dados sido aprofundados e complementados ao longo das sessões. Importa referir que, no caso do genograma, a recolha de informação não foi integralmente concluída, em virtude das limitações temporais associadas ao período de estágio, não comprometendo, contudo, a compreensão global das dinâmicas familiares. Ainda assim, esta avaliação permitiu uma compreensão sistémica e multidimensional do contexto familiar, contribuindo para a identificação de recursos disponíveis, das necessidades prioritárias do cuidador, da funcionalidade e dinâmica familiar, bem como de fatores de risco psicossocial. Estes dados sustentaram a adaptação individualizada do programa às características e necessidades de cada cuidadora, orientando a intervenção para a mobilização de recursos, a gestão da sobrecarga e o desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Relativamente aos instrumentos utilizados, o genograma, foi desenvolvido por Bowen (1993, como citado por Figueiredo et al. 2023) e apresenta informação sobre o sistema familiar, representada graficamente. Possibilita a identificação de forças e recursos familiares, bem como de problemas atuais vivenciados pela família e a antecipação de potenciais dificuldades, através da representação gráfica de padrões psicossociais que podem assumir carácter intergeracional. Constitui um instrumento que favorece o conhecimento aprofundado da estrutura e dinâmica familiar, orientando a identificação de áreas prioritárias de intervenção ajustadas às especificidades de cada família. Importa ainda salientar que a sua construção deve ser progressiva, sendo completada ao longo das diferentes entrevistas (Figueiredo et al., 2023).

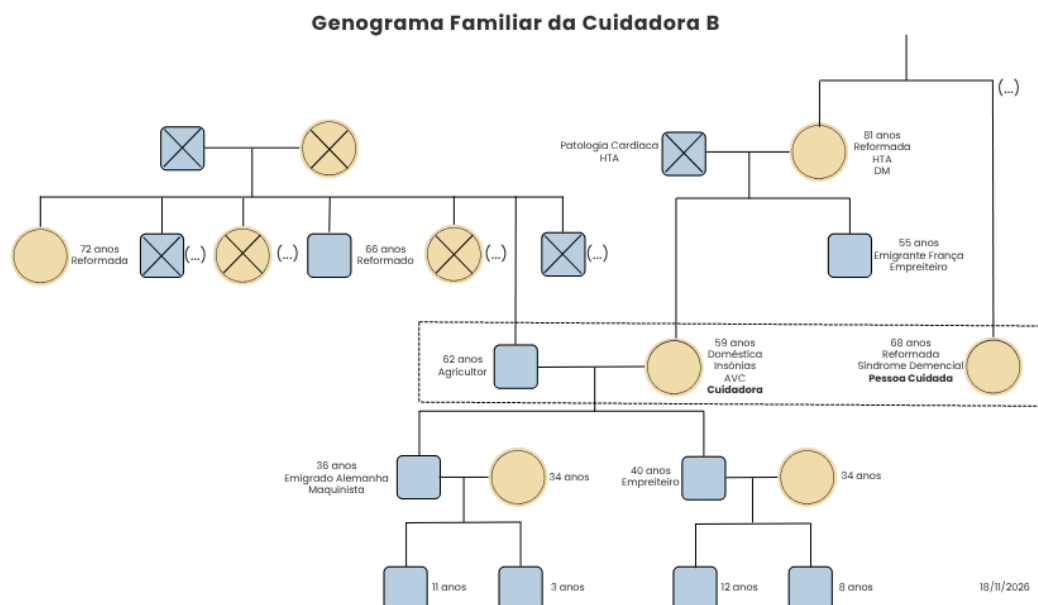
Nas Figuras 2 e 3 encontram-se representados os genogramas das cuidadoras A e B, respetivamente, integrando informação relativa à estrutura e composição familiar, idade, ocupação, condições de saúde e relações estabelecidas entre os diferentes elementos, permitindo a identificação de fatores relevantes para o desempenho do papel de cuidador.

Figura 2 - Genograma Familiar da Cuidadora A



No caso da cuidadora A, filha da pessoa cuidada, dispõe de uma reduzida disponibilidade efetiva de suporte, marcada por elementos falecidos, emigrados ou institucionalizados.

Figura 3 - Genograma Familiar da Cuidadora B



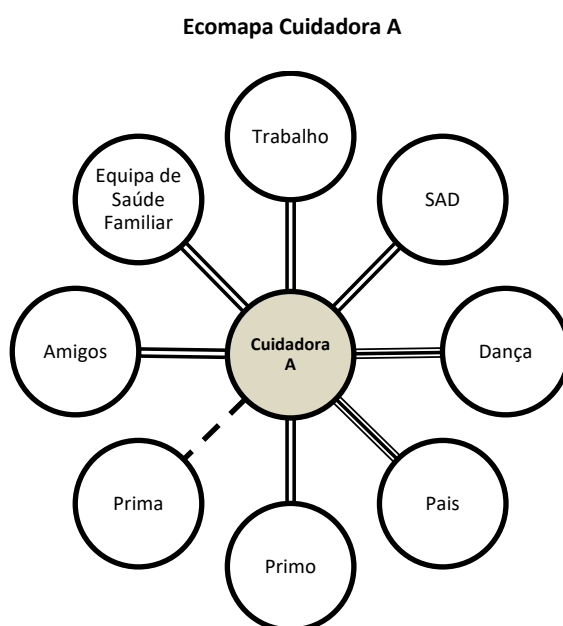
Por sua vez, no caso da cuidadora B, sobrinha da pessoa cuidada, identificou-se uma estrutura familiar multigeracional, composta maioritariamente por elementos em situação de atividade profissional e marcada pela dispersão geográfica.

O ecomapa ou mapa ecológico, explora as relações e ligações com o contexto externo, retratando as relações sociais e familiares, tendo sido desenvolvido em 1975 por Hartman. Permite avaliar indivíduos, famílias ou grupos no seu contexto, proporcionando uma visão global dos seus elementos constituintes, bem como das interações e ligações estabelecidas. O ecomapa possibilita ainda analisar o equilíbrio entre as necessidades e os recursos familiares, através da identificação das pessoas e instituições de suporte relevantes (Figueiredo, 2023).

Relativamente ao ecomapa, este permitiu identificar e analisar a rede de suporte formal e informal das cuidadoras, bem como a intensidade das relações estabelecidas com pessoas e instituições relevantes.

Nas Figuras 4 e 5 encontram-se representados os ecomapas das cuidadoras A e B, respetivamente.

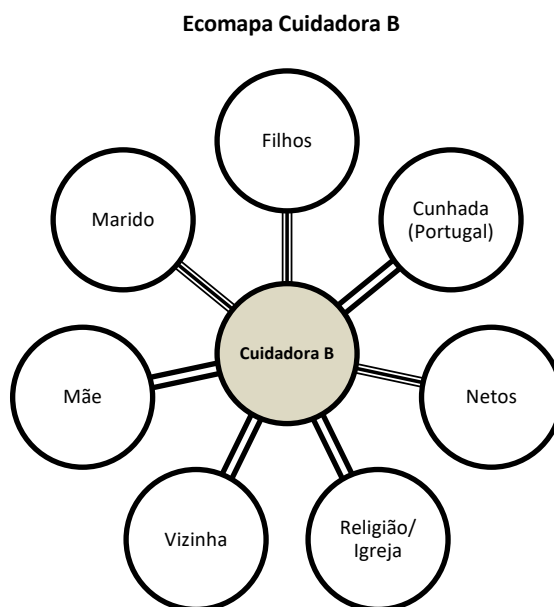
Figura 4 - Ecomapa Cuidadora A



Relativamente ao ecomapa da cuidadora A, verifica-se a existência de uma rede de suporte diversificada, integrando recursos formais, como a equipa de saúde familiar e o SAD, com os quais mantém vínculos de intensidade intermédia. De igual modo, identificam-se relações de intensidade intermédia com o grupo de amigos, o contexto laboral e um elemento da família alargada, evidenciando fontes relevantes de suporte. Destacam-se ainda vínculos fortes, nomeadamente com os pais e a atividade de dança, sugerindo a presença de recursos significativos ao nível do suporte emocional e do bem-estar. Contudo, observa-se também a presença de vínculos fracos no seio familiar, o que poderá indicar uma limitada mobilização

efetiva de suporte informal e contribuir para a centralização dos cuidados na cuidadora. Estes dados apontam para a necessidade de reforço e ativação da rede de suporte disponível, particularmente ao nível dos recursos informais.

Figura 5 - Ecomapa Cuidadora B



No que concerne à rede de apoio da cuidadora B, identificou-se uma rede de suporte caracterizada por múltiplos vínculos fortes, particularmente com os filhos, netos e marido.

Vínculo intermédio com a vizinha e a religião, evidenciando um forte suporte emocional e comunitário. Adicionalmente, a cuidadora mantém vínculos intermédios com outros elementos familiares próximos, a mãe e a cunhada. Apesar deste contexto favorável, a elevada implicação relacional e a presença de múltiplos papéis no seio familiar poderão constituir um fator de risco para sobrecarga, exigindo atenção ao equilíbrio entre apoio recebido e exigências do cuidar.

No que concerne à rede de apoio da cuidadora B, identificou-se uma rede de suporte caracterizada por múltiplos vínculos fortes, particularmente com os filhos, netos e marido. Adicionalmente, observam-se vínculos de intensidade intermédia com a vizinha e com a religião, evidenciando fontes relevantes de suporte emocional e comunitário. Verificam-se ainda relações de intensidade intermédia com outros elementos familiares próximos, nomeadamente a mãe e a cunhada. Apesar deste contexto aparentemente favorável, a elevada implicação relacional e a acumulação de múltiplos papéis no seio familiar poderão constituir um fator de

risco para sobrecarga, exigindo atenção ao equilíbrio entre o apoio recebido e as exigências associadas ao cuidar.

A Escala de Graffar modificada permite avaliar as condições socioeconómicas do agregado familiar, possibilitando a sua classificação em termos de estrato social. Esta caracterização contribui para uma compreensão mais aprofundada dos recursos disponíveis e dos potenciais fatores de vulnerabilidade associados a dimensões como o nível de instrução, a atividade profissional e o contexto habitacional. Esta foi adaptada para a população portuguesa e posteriormente atualizada por Amaro em 2001, como citado em Figueiredo, Rego, & Vitor (2023a). Esta escala permite classificar o agregado familiar em diferentes estratos sociais, designadamente: classe alta (I), com pontuações entre 5 e 9; classe média-alta (II), entre 10 e 13; classe média (III), entre 14 e 17; classe média-baixa (IV), entre 18 e 21; e classe baixa (V), entre 22 e 25 (Figueiredo, Rego, & Vitor, 2023a).

A aplicação da Escala de Graffar à cuidadora A permitiu identificar o nível socioeconómico da família, situando-a na classe média-alta (classe II), o que evidencia um contexto globalmente favorável. Este enquadramento reflete níveis elevados de escolaridade, bem como uma inserção profissional qualificada, associada a condições intermédias ao nível dos rendimentos e do contexto habitacional.

Relativamente à cuidadora B, a aplicação da Escala de Graffar permitiu a sua classificação na classe média-baixa (classe IV), evidenciando um contexto socioeconómico com maiores limitações ao nível dos recursos disponíveis. Esta classificação sugere a presença de fatores de vulnerabilidade associados às condições económicas, habitacionais e sociais, que poderão comprometer a capacidade de resposta às exigências do papel de cuidador, aumentando o risco de sobrecarga.

A análise comparativa evidencia realidades socioeconómicas distintas, com a cuidadora A inserida numa classe média-alta e a cuidadora B numa classe média-baixa. Apesar destas diferenças, ambas experienciam exigências significativas associadas ao papel de cuidador, reforçando que, embora o contexto socioeconómico influencie a disponibilidade de recursos, não constitui, por si só, um fator protetor face à sobrecarga, sendo necessária uma abordagem individualizada centrada nas necessidades específicas de cada cuidador.

De acordo com Figueiredo et al. (2023b), a Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe (1967) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar eventos de vida significativos, contemplando um conjunto de 43 acontecimentos potencialmente geradores de stress. Estes

eventos são associados ao risco de doença, tendo por base as mudanças ocorridas num período recente, relativo ao último ano.

Segundo Holmes e Rahe (1967), conforme citado em Figueiredo et al. (2023b), verifica-se uma associação significativa entre situações de stress ou crise e o eventual desenvolvimento de doenças psicossomáticas, a qual varia em função do tipo, da frequência e da intensidade dos acontecimentos vivenciados pelo indivíduo. Adicionalmente, observa-se que o risco de doença tende a aumentar à medida que se acumulam as unidades de mudança associadas a esses eventos. Esta foi traduzida para português através da escala de Reajustamento Social por Savoia (1999) ou da Escala de Readaptação Social, por Caeiro (1991), conforme citados por Figueiredo et al. (2023b).

No que respeita à aplicação da Escala de Readaptação Social, a cuidadora A identificou apenas um evento de vida significativo, correspondente à alteração dos hábitos de sono, com um valor de 16 pontos. Por sua vez, a cuidadora B identificou dois eventos, nomeadamente alteração dos hábitos pessoais (24 pontos) e alteração dos hábitos de sono (16 pontos), perfazendo um total de 40 pontos. Estes resultados representam valores globalmente reduzidos e sugerem uma baixa exposição a eventos de vida potencialmente geradores de stress.

Relativamente à Escala de APGAR familiar de Smilkstein, trata-se de um instrumento que se baseia na perceção dos membros da família acerca do seu funcionamento, partindo do pressuposto de que estes são capazes de expressar o seu grau de satisfação relativamente aos aspetos fundamentais da dinâmica familiar. Assim, permite avaliar a funcionalidade familiar, classificando-a como funcional ou disfuncional. De acordo com Marinheiro (2002) citado em Figueiredo et al. (2023a), trata-se de um instrumento amplamente utilizado, com evidência de validade e fiabilidade que sustentam a sua aplicação de forma segura, tendo sido originalmente desenvolvido por Smilkstein em 1978.

Quanto à aplicação da Escala de APGAR familiar, a cuidadora A obteve uma pontuação de 6, sugerindo a presença de disfunção familiar moderada. Por sua vez, a cuidadora B apresentou uma pontuação de 9, indicando uma perceção de funcionamento familiar altamente funcional. Estes resultados evidenciam diferenças na perceção do funcionamento familiar entre as cuidadoras, podendo influenciar a forma como mobilizam apoio no contexto do cuidar.

A FACES avalia o funcionamento familiar com base em dois conceitos centrais, a coesão e a adaptabilidade familiares (Figueiredo et al., 2023b) de acordo com o Modelo Circumplexo de Olson (2000). A coesão familiar refere-se ao grau de ligação emocional entre os membros da família, resultante do equilíbrio entre as necessidades de autonomia/individualização e de

pertença/afiliação, podendo ser classificada como desmembrada, separada, ligada ou muito ligada. Por sua vez, a adaptabilidade familiar corresponde à capacidade do sistema familiar para se reorganizar perante situações de stress, de natureza desenvolvimental ou acidental, implicando alterações ao nível da liderança, dos papéis e das regras. Esta dimensão integra aspetos como o exercício da liderança, a disciplina, a negociação, bem como a definição e reorganização de papéis e normas no seio familiar (Martins, 2003). Existem várias versões desta escala, no entanto optou-se pela FACES II, desenvolvida por Olson (1985) e traduzida e validada para a população portuguesa por Fernandes (1995), conforme citado por Figueiredo et al. (2023b).

Relativamente ao funcionamento familiar, avaliado através da FACES II, verificou-se que, na perspetiva da Cuidadora A, o valor de coesão familiar foi de 55, correspondendo a uma família classificada como separada, enquanto a adaptabilidade apresentou um valor de 55, enquadrando-se numa tipologia muito flexível. A análise integrada destas dimensões permite classificar o sistema familiar como equilibrado. Contudo, de acordo com o Modelo Circumplexo, níveis muito elevados de adaptabilidade podem traduzir alguma instabilidade na organização familiar, nomeadamente ao nível da definição de papéis, regras e liderança, sobretudo quando associados a níveis mais baixos de coesão. Neste sentido, a combinação de uma coesão reduzida com elevada flexibilidade poderá constituir um fator de vulnerabilidade no contexto da prestação de cuidados à pessoa com demência, exigindo uma maior capacidade de reorganização e consistência nas dinâmicas familiares (Olson, 2000).

No que respeita à Cuidadora B, observou-se um valor de coesão familiar de 59, igualmente correspondente a uma família separada, e uma adaptabilidade de 53, enquadrando-se numa tipologia flexível. A conjugação destes resultados permite também classificar este sistema familiar como equilibrado, evidenciando um funcionamento com capacidade de ajustamento e maior estabilidade estrutural. Ainda assim, a menor proximidade emocional poderá limitar o suporte ao cuidador principal, particularmente em situações de maior sobrecarga (Olson, 2000).

Assim, embora ambas as famílias se enquadrem numa tipologia globalmente equilibrada, a análise das suas dimensões internas evidencia perfis distintos, sendo que a Cuidadora A apresenta um padrão potencialmente mais instável, enquanto a Cuidadora B revela um funcionamento relativamente mais consistente.

Realizou-se a avaliação da sobrecarga do cuidador. A pontuação total da ESC (Sequeira, 2007) resulta do somatório das respostas aos 22 itens que compõem o instrumento, variando

entre 22 e 110 pontos. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de sobrecarga percebida pelo cuidador (Sequeira, 2007, 2018e).

Ambas as cuidadoras apresentavam, no momento da avaliação inicial, níveis de sobrecarga classificados como intensos, sendo que na cuidadora A constata-se o aumento da pontuação e na cuidadora B uma diminuição da pontuação (Tabela 11).

A tipologia dos cuidados está relacionada com as necessidades da pessoa dependente. Nos estádios inicial e moderado é expectável que as tarefas do cuidador se centrem na supervisão, orientação e ajuda. No caso das pessoas com dependência física, predominam as necessidades com ajuda parcial ou total em determinadas atividades. Esta diferenciação teórica é por vezes complexa na prática, visto que a mesma atividade pode envolver desde a supervisão até à substituição, ocorrendo habitualmente de forma cumulativa (Sequeira, 2018a). Acresce ainda o facto de, na pessoa com dependência mental, haver uma elevada variabilidade das necessidades de cuidados ao longo do dia (fenómeno *sundowning*), implicando adequação das respostas, o que provoca elevado stress nos cuidadores (Barreto, 2005).

Embora as pessoas cuidadas se encontrem nos estádios inicial e moderado da demência, fases em que habitualmente não se verifica dependência física significativa, a Pessoa Cuidada A apresenta dependência física, não relacionada com a demência. Assim, enquanto no caso da cuidadora B os cuidados prestados são maioritariamente de supervisão, o mesmo não se verifica relativamente à cuidadora A, que presta cuidados a uma pessoa com dependência física e mental. A cuidadora A conta com apoio de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) para prestação de cuidados de higiene duas vezes por dia enquanto que a cuidadora B não sente essa necessidade atualmente.

Um evento que decorreu durante a aplicação do programa e que poderá ter influenciado pontuação obtida na ESC na avaliação final foi o facto de terem surgido problemas cardíacos à mãe da cuidadora A, pessoa que a apoia na prestação de cuidados, que no momento estavam em estudo. Trata-se igualmente da cuidadora que presta cuidados à pessoa com maior nível de dependência, tanto física como mental, não dispondo de outros familiares próximos para partilha do cuidado, uma vez que se trata de uma família nuclear em que é filha única.

Para melhor análise e compreensão da sobrecarga, procedeu-se à análise dos fatores que compõem a ESC (Tabela 17) de acordo com Sequeira (2018e).

Tabela 17 - Pontuação na ESC na Avaliação Inicial e Final e Resultados dos diferentes fatores da ESC na Avaliação Inicial e Final

		ESC CUIDADOR A		ESC CUIDADOR B	
		Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação
		Inicial	Final	Inicial	Final
Fatores	Impacto na prestação de cuidados	30	33	31	27
	Relação interpessoal	10	11	9	9
	Expectativas com o cuidar	15	17	17	17
	Percepção de autoeficácia	4	4	2	2
	Pontuação Total	59	65	59	55

O primeiro fator, composto por 11 itens, designado “impacto da prestação de cuidados”, engloba os itens relacionados com a sobrecarga decorrente da prestação de cuidados diretos, incluindo aspetos como alterações no estado de saúde do cuidador, complexidade e elevado número dos cuidados prestados, mudanças nas relações sociais e familiares, escassez de tempo e desgaste físico e emocional (Sequeira, 2018d). O segundo fator, constituído por 5 itens, designado “relação interpessoal”, diz respeito aos itens associados à sobrecarga relacionada com a relação entre o cuidador e a pessoa cuidada e é essencialmente associado às dificuldades com a interação (Sequeira, 2018d). O terceiro fator, constituído por 4 itens, designado “expectativas no cuidar”, relaciona-se com as expectativas que o cuidador apresenta relativamente ao cuidar, ou seja, os medos, receios e as disponibilidades (Sequeira, 2018d). O quarto e último fator, constituído por 2 itens, designado “percepção de autoeficácia”, corresponde à percepção do cuidador acerca do seu desempenho no papel de cuidador (Sequeira, 2018d).

Relativamente à cuidadora A, o aumento da pontuação nas diferentes dimensões, com exceção da percepção de autoeficácia, poderá estar associado ao agravamento do estado de saúde da mãe da cuidadora, que passou de elemento de apoio no processo de cuidar a pessoa com necessidade de cuidados. Esta alteração poderá implicar maiores exigências no desempenho do papel de cuidadora, contribuindo para uma maior percepção do impacto da prestação de cuidados.

É possível constatar uma diminuição da pontuação na Cuidadora B, passando de um nível de sobrecarga intenso para sobrecarga ligeira que poderá ser explicada pela aquisição de conhecimentos sobre a doença e o desenvolvimento de estratégias para a gestão das situações

associadas ao cuidar. Estes aspetos podem contribuir para uma melhor compreensão do processo de doença e para uma diminuição do impacto percebido da prestação de cuidados. Importa, no entanto, salientar que não se verificaram alterações na dimensão percepção de autoeficácia, o que poderá indicar que, apesar da melhoria na forma como o impacto do cuidar é percebido, a avaliação que a cuidadora faz do seu próprio desempenho se manteve estável.

No âmbito da avaliação das dificuldades do cuidador, procedeu-se igualmente à aplicação e análise do CADI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) na Avaliação Inicial e Final (Tabela 12). Este constitui um instrumento que possibilita a identificação das necessidades e dificuldades dos cuidadores no exercício do papel de cuidar, permitindo ajustar as respostas formais às especificidades de cada caso (Sequeira, 2018d).

A pontuação total do CADI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) resulta do somatório das respostas aos 30 itens que compõem o instrumento, podendo variar entre 30 e 120, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a maior percepção de dificuldades associadas ao cuidar. Cada item é classificado numa escala tipo *Likert* de quatro pontos, sendo que 1 corresponde a “não aconteceu no meu caso”; 2 a “não me perturba”; 3 a “causa-me alguma perturbação”; e 4 a “perturba-me muito” (Barbosa, 2016).

O primeiro fator avaliado no CADI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) diz respeito aos “problemas relacionais” com a pessoa cuidada e é constituído por 8 itens. O segundo fator aborda as “restrições sociais”, englobando 7 itens. O terceiro corresponde às “exigências do cuidar”, também composto por 7 itens. O quarto fator refere-se às “reações ao cuidar”, integrando 4 itens. O quinto diz respeito ao “apoio familiar”, composto por 2 itens. Finalmente, o sexto fator remete ao “apoio profissional”, igualmente constituído por 2 itens (Sequeira, 2018d, p. 212).

A análise dos resultados do CADI entre os dois momentos de avaliação evidencia padrões distintos entre os cuidadores. No caso do Cuidador A, a pontuação manteve-se inalterada (63 pontos) entre a avaliação inicial e a avaliação final, o que sugere que a percepção de dificuldades associadas ao papel de cuidador permaneceu estável ao longo do período de intervenção. Este resultado pode indicar que, apesar da participação na intervenção, não se verificaram alterações significativas na forma como este cuidador percebe os desafios do cuidar, podendo tal estar relacionado com fatores contextuais, características individuais ou com a complexidade das exigências do cuidado. Importa considerar que, durante o período de implementação do programa, ocorreram alterações no contexto familiar relacionadas com problemas de saúde de um elemento que prestava apoio no processo de cuidar, situação que

poderá ter influenciado a percepção das dificuldades associadas ao cuidar. Por sua vez, o Cuidador B apresentou uma ligeira diminuição da pontuação total, passando de 63 para 61 pontos, o que poderá traduzir uma redução discreta na percepção das dificuldades associadas ao cuidar. Embora a diferença seja pouco expressiva, pode sugerir um efeito positivo inicial da intervenção ao nível da forma como o cuidador interpreta ou gere algumas das exigências do papel de cuidador. Globalmente, os resultados apontam para alterações pouco significativas na percepção das dificuldades, devendo a sua interpretação ser realizada com cautela, considerando o reduzido número de participantes e a natureza individual das experiências de cuidar.

A análise das pontuações do CADI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) por fatores (Tabela 18) evidencia variações distintas entre os dois cuidadores ao longo do período de intervenção. No Cuidador A, observa-se uma diminuição das pontuações nos fatores “Problemas relacionais” (de 16 para 14) e “Exigências do cuidar” (de 18 para 14), o que poderá indicar uma percepção ligeiramente reduzida de dificuldades nestas dimensões após a intervenção. Contudo, verifica-se um aumento no fator “Restrições sociais” (de 17 para 21) e no fator “Apoio familiar” (de 2 para 4), sugerindo uma maior percepção de limitações na vida social e de dificuldades associadas ao suporte familiar. Relativamente aos fatores “Reações ao cuidar” e “Apoio profissional”, as pontuações mantiveram-se inalteradas. No “Cuidador B”, observa-se maior estabilidade nas diferentes dimensões avaliadas, mantendo-se inalteradas as pontuações nos fatores “Problemas relacionais”, “Restrições sociais”, “Reações ao cuidar”, “Apoio familiar” e “Apoio profissional”. Apenas no fator “Exigências do cuidar” se verifica uma ligeira diminuição da pontuação (de 10 para 8), podendo indicar uma percepção menos acentuada das exigências associadas ao papel de cuidador. De forma global, os resultados sugerem alterações discretas e heterogéneas entre os fatores analisados, refletindo a natureza multifacetada das dificuldades associadas ao cuidar e a influência de diferentes dimensões na experiência subjetiva do cuidador.

Tabela 18 - Pontuação no CADI na Avaliação Inicial e Final e Resultados dos diferentes fatores da CADI na Avaliação Inicial e Final

		CADI CUIDADOR A		CADI CUIDADOR B	
		Avaliação	Avaliação	Avaliação	Avaliação
		Inicial	Final	Inicial	Final
Fatores	Problemas relacionais	16	14	16	16
	Restrições sociais	17	21	21	21
	Exigências do cuidar	18	14	10	8

Reações ao cuidar	6	6	6	6
Apoio familiar	2	4	6	6
Apoio profissional	4	4	4	4
Pontuação Total	63	63	63	61

No que concerne à satisfação do cuidador, procedeu-se à aplicação do CASI (Brito, 2002; Sequeira, 2007). A pontuação total do CASI resulta do somatório das respostas aos 30 itens que compõem o instrumento, podendo variar entre 30 e 120, permitindo avaliar o grau de satisfação do cuidador relativamente ao processo de cuidar, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a maiores níveis de satisfação associados ao desempenho do papel de cuidador. Tal como a CADI, cada item é classificado numa escala tipo *Likert* de quatro pontos, sendo que 1 corresponde a “não acontece no meu caso”, 2 a “nenhuma satisfação”; 3 a “alguma satisfação”, e 4 a “muita satisfação” (Barbosa, 2016).

Na Tabela 19 apresentam-se os valores totais da aplicação deste índice às duas cuidadoras. A análise das pontuações do CASI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) revela alterações nas fontes de satisfação associadas ao papel de cuidador entre os dois momentos de avaliação. No Cuidador A, verifica-se um aumento da pontuação total de 104 para 116 pontos, o que poderá indicar uma maior perceção de aspetos positivos e de satisfação associados à experiência de cuidar após a intervenção. Por sua vez, o Cuidador B apresenta também um ligeiro aumento da pontuação, passando de 97 para 99 pontos, sugerindo uma discreta melhoria na identificação de fontes de satisfação no desempenho do papel de cuidador. De forma global, os resultados apontam para um aumento da perceção de aspetos gratificantes associados ao cuidar, ainda que com magnitude distinta entre os participantes. Estes dados poderão refletir um maior reconhecimento das dimensões positivas da experiência de cuidar ao longo do período de implementação da intervenção.

As diferentes fontes de satisfação podem ser agrupadas em três principais categorias: “satisfação interpessoal entre prestador de cuidados e a pessoa cuidada”; “satisfação intrapessoal e intrapsíquica”; e ainda, “satisfação com a dinâmica de resultados”, isto é, o desejo de obter o melhor resultado possível (Brito, 2002; Sequeira, 2018d, p. 226).

Tabela 19 - Pontuação no CASI na Avaliação Inicial e Final e Resultados dos diferentes fatores da CASI na Avaliação Inicial e Final

		CASI CUIDADOR A		CASI CUIDADOR B	
		Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Fontes de Satisfação	Satisfação interpessoal	26	35	29	28
	Satisfação intrapessoal e intrapsíquica	50	54	43	46
	Satisfação com os resultados	28	27	25	25
	Pontuação Total	104	116	97	99

A análise das pontuações do CASI (Brito, 2002; Sequeira, 2007) por fontes de satisfação (Tabela 13) evidencia algumas variações entre os dois momentos de avaliação nos dois cuidadores. No Cuidador A, observa-se um aumento nas dimensões “Satisfação interpessoal” (de 26 para 35) e “Satisfação intrapessoal e intrapsíquica” (de 50 para 54), o que poderá indicar um maior reconhecimento de aspetos positivos associados às relações estabelecidas no contexto do cuidar e à experiência pessoal decorrente desse papel. Por outro lado, verifica-se uma ligeira diminuição na dimensão “Satisfação com os resultados” (de 28 para 27), mantendo-se, contudo, valores próximos entre os dois momentos de avaliação. No Cuidador B, os resultados apresentam maior estabilidade, verificando-se uma ligeira diminuição na “Satisfação interpessoal” (de 29 para 28), um aumento na “Satisfação intrapessoal e intrapsíquica” (de 43 para 46) e manutenção da pontuação na dimensão “Satisfação com os resultados” (25 pontos em ambos os momentos). De forma global, os resultados sugerem alterações discretas nas diferentes fontes de satisfação associadas ao cuidar, com particular destaque para a dimensão “intrapessoal e intrapsíquica”, que apresenta aumento em ambos os cuidadores.

2.4. Conclusões

O aumento da esperança média de vida, associado ao declínio da taxa de natalidade, traduz-se numa sociedade caracterizada pelo envelhecimento demográfico (INE, 2020). No entanto, este fenómeno está frequentemente associado a uma maior incidência de doenças

crónicas e ao aumento da dependência na realização das atividades da vida diária (Sequeira, 2018d).

Para além do envelhecimento demográfico, Portugal tem registado um aumento progressivo da proporção de pessoas idosas dependentes (PORDATA, 2025). Este fenómeno está refletido na evolução crescente do índice de dependência de idosos ao longo das últimas décadas (PORDATA, 2025).

O conceito de dependência está estreitamente associado à incapacidade da pessoa em satisfazer as suas necessidades humanas básicas, implicando a necessidade de apoio por parte de terceiros para garantir a sua sobrevivência (Sequeira, 2018d). Um nível mais elevado de dependência está, assim, relacionado com uma maior necessidade de cuidados, tanto formais como informais (Sequeira, 2018d).

Como consequência do envelhecimento demográfico, a necessidade de existência de cuidadores informais tem aumentado significativamente ao longo dos últimos anos (Dixe et al., 2019; L. Sousa et al., 2021). Cuidadores informais são as pessoas, geralmente familiares, amigos ou vizinhos, que assumem a responsabilidade de prestar cuidados, preferencialmente no domicílio, a indivíduos em situação de dependência (Sequeira, 2018c).

Os cuidadores informais desempenham um papel essencial com repercussões relevantes a nível económico, social e humano (Sequeira, 2018c). A tendência observada na maioria dos países, nomeadamente na Europa e nos Estados Unidos da América, privilegia a permanência da pessoa idosa no domicílio, mesmo em situações de demência. Esta orientação está associada à necessidade de promover uma melhor qualidade de vida para a pessoa cuidada, ao mesmo tempo que se procura otimizar os recursos económicos e sociais disponíveis (Murray et al., 1999). De acordo com a EUROCARERS (2024), cerca de 80% dos cuidados prestados na Europa são assegurados por cuidadores informais. Em Portugal, projeta-se um aumento de pessoas dependentes de 57% até 2060, valor superior à média da União Europeia, que se situa nos 36% (EUROCARERS, 2023).

No entanto, este papel está associado a uma série de encargos que conduzem frequentemente a dificuldades físicas, psicológicas e emocionais (Dixe et al., 2019). Emerge, assim, a necessidade de valorizar e otimizar o papel do cuidador informal, enquanto estratégia fundamental para a preservação da pessoa cuidada, para o reforço das suas capacidades funcionais, bem como para a promoção e manutenção da qualidade de vida de ambos (Sequeira, 2018c).

O processo de adaptação ao papel de cuidador informal configura uma transição familiar que requer orientação, acompanhamento e reconhecimento por parte dos profissionais de saúde, de forma a valorizar os aspetos positivos do cuidar, reforçar a afetividade mútua e, assim, atenuar a carga negativa associada a esta função (Sequeira, 2018c).

Em muitos contextos, o exercício do papel de cuidador informal é assumido como uma responsabilidade familiar e um dever moral, sendo frequentemente aceite sem plena consciência das exigências inerentes nem das condições necessárias para a sua execução (Moreira et al., 2024).

Quando o suporte é insuficiente e as suas necessidades não são supridas, os cuidadores informais podem manifestar sobrecarga (Tatangelo et al., 2018). Esta sobrecarga está sobretudo associada à fadiga física e mental, ao stress, à ansiedade, às limitações económicas, à falta de apoio social e à diminuição da qualidade de vida. No desempenho do papel de cuidadores informais, estes tendem a abdicar das suas atividades de autocuidado e lazer, o que, a longo prazo, pode comprometer o seu próprio estado de saúde física e psicológica, perpetuando um ciclo de vulnerabilidade que afeta tanto o cuidador como a pessoa cuidada. Particularmente os cuidadores que para além da vida familiar, desempenham também uma atividade profissional e assumem o papel de cuidadores informais, consideram muito desafiante equilibrar as múltiplas responsabilidades e funções que acumulam. Nestes cuidadores, o conflito de papéis surge agravado, podendo levar a *burnout* (Santos et al., 2018).

A proximidade afetiva existente entre o cuidador informal e a pessoa alvo do cuidado faz com que a vivência da fragilidade do outro constitua, por si só, uma fonte de stresse significativa, com repercussões relevantes na vida do cuidador (C. Sousa et al., 2021). A esse respeito, Oldenkamp et al. (2017) procuraram a relação entre a diminuição da qualidade da vida do cuidador informal e a deterioração e fragilidade da pessoa cuidada, concluindo que quanto maior o nível de dependência e fragilidade da pessoa cuidada, menor a qualidade de vida do cuidador informal.

As características e necessidades da pessoa cuidada, assim como a evolução da sua condição, determinam o nível e a natureza do cuidado prestado. Os recursos pessoais e a motivação do cuidador informal estão associadas à sua formação, ao acesso à informação e apoio psicológico, à capacidade/necessidade de conciliar trabalho e cuidados, bem como à existência de apoio adequado, acessível e atempado (Bouget et al., 2016). Segundo Bandura (1997), citado em C. Sousa et al. (2021), os recursos pessoais, que englobam entre outros, conhecimentos, competências e habilidades, potenciam a perceção de autoeficácia e confiança

do indivíduo numa determinada tarefa, e representam um suporte fundamental para o sucesso e satisfação com a atividade.

Segundo Sequeira (2018f), os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na capacitação do cuidador informal, contribuindo para que este responda de forma adequada às necessidades da pessoa dependente e desenvolva mestria no exercício do papel de cuidador. Este processo pode ser compreendido em três dimensões complementares: numa primeira fase, o saber, relacionado com a aquisição de conhecimentos necessários para compreender a doença e as necessidades da pessoa cuidada; numa segunda fase, o saber-fazer, associado ao desenvolvimento de competências instrumentais e de perícia na prestação de cuidados; e, por fim, o saber-ser, que integra o desenvolvimento pessoal do cuidador, a capacidade de se relacionar com a pessoa cuidada e a adoção de estratégias de autocuidado.

A evidência identificada na revisão narrativa realizada evidencia que a intervenção do EEESMP na capacitação de cuidadores informais de pessoas com demência ocorre predominantemente através da implementação de programas psicoeducativos estruturados, maioritariamente desenvolvidos em contexto comunitário (Costa et al., 2024; Vieira, 2024). Neste sentido, a aplicação do programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021) revelou-se pertinente, por se enquadrar neste tipo de intervenções descritas na literatura como estratégias eficazes para apoiar e capacitar cuidadores informais.

De forma global, os resultados evidenciaram tendências distintas entre as cuidadoras, refletindo a influência de fatores individuais e contextuais na experiência de cuidar. No que se refere à sobrecarga do cuidador, ambas apresentavam inicialmente níveis de sobrecarga intensos, verificando-se posteriormente um aumento da perceção de sobrecarga numa das cuidadoras e uma diminuição na outra. Relativamente às dificuldades associadas ao cuidar, observaram-se alterações pouco expressivas, enquanto ao nível da satisfação associada ao papel de cuidador se verificou um aumento das pontuações em ambas as participantes, sugerindo maior reconhecimento das dimensões positivas da experiência de cuidar.

Estes resultados sugerem que intervenções psicoeducativas estruturadas podem contribuir para uma melhor compreensão da doença, para o desenvolvimento de estratégias de gestão das exigências do cuidar e para a valorização de aspetos positivos associados ao papel de cuidador, ainda que os seus efeitos possam variar em função das características individuais e do contexto familiar de cada cuidador.

Importa, contudo, salientar que a interpretação destes resultados deve ser realizada com cautela, considerando o reduzido número de participantes, o que limita a generalização dos

resultados. Ainda assim, os dados obtidos reforçam a relevância da intervenção do EEESMP na capacitação de cuidadores informais de pessoas com demência, através da implementação de intervenções psicoeducativas que promovam a literacia em saúde mental, o fortalecimento de recursos pessoais e a adaptação às exigências do processo de cuidar.

3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O percurso desenvolvido ao longo do curso de MESMP constituiu uma oportunidade de aprofundamento científico, desenvolvimento do pensamento crítico e consolidação de competências avançadas no domínio da prática especializada. Em consonância com o definido no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018), que estabelece as competências associadas ao grau de mestre, este percurso permitiu não apenas aprofundar conhecimentos adquiridos no primeiro ciclo de estudos, mas também desenvolver a capacidade de os mobilizar em contextos complexos, integrando evidência científica, reflexão crítica e experiência clínica, conforme preconizado na alínea a) do referido diploma.

Neste âmbito, a realização de uma revisão narrativa da literatura sobre as intervenções do EEESMP na capacitação do cuidador informal da pessoa com demência constituiu um contributo relevante para o aprofundamento do conhecimento científico nesta área. A análise crítica da evidência disponível permitiu identificar estratégias de intervenção sustentadas na literatura científica, contribuindo para a fundamentação teórica da prática clínica e para a produção e mobilização de conhecimento no contexto da ESMP.

A realização dos estágios possibilitou a aplicação dos conhecimentos adquiridos em contextos reais de prática clínica, frequentemente caracterizados por situações complexas e multifatoriais. Neste âmbito, a implementação do programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021), dirigido a cuidadores informais de pessoas com demência, permitiu mobilizar conhecimentos científicos na área da ESMP, bem como desenvolver competências relacionadas com a implementação e avaliação de intervenções fundamentadas na evidência científica. Este processo exigiu ainda a capacidade de adaptação da intervenção às características específicas do contexto e dos participantes, traduzindo a aplicação do conhecimento em situações novas e não familiares e em contextos alargados e multidisciplinares, conforme previsto na alínea b) do artigo anteriormente referido.

O processo de recolha e análise de dados, através da utilização de instrumentos de avaliação como o CADI, CASI, ESC, Escala de Graffar, Escala de APGAR familiar de Smilkstein, entre outros, contribuiu igualmente para o desenvolvimento de competências no domínio da investigação. A utilização destes instrumentos implicou a análise crítica dos resultados obtidos e a interpretação dos mesmos à luz da evidência científica disponível. Este processo permitiu integrar diferentes fontes de conhecimento e desenvolver juízos fundamentados, mesmo em contextos caracterizados por elevada complexidade clínica e social, refletindo a capacidade de

lidar com questões complexas e de formular interpretações sustentadas, conforme descrito na alínea c) do referido artigo.

Paralelamente, o desenvolvimento deste trabalho implicou também a capacidade de comunicar resultados, reflexões e raciocínios científicos de forma clara e fundamentada, quer em contexto académico, através da elaboração de trabalhos e relatórios, quer em contexto clínico, no âmbito da partilha de informação com cuidadores e equipas multidisciplinares. A comunicação do conhecimento assume particular relevância na área da enfermagem, na medida em que a disseminação de evidência científica constitui um elemento essencial para a promoção de práticas clínicas seguras e baseadas na evidência, indo ao encontro do preconizado na alínea d) do mesmo diploma.

Por fim, este percurso formativo contribuiu para o desenvolvimento de uma postura de aprendizagem contínua e autónoma, reconhecendo a necessidade de atualização permanente do conhecimento científico e da reflexão crítica sobre a prática profissional. Neste sentido, considera-se que o mestrado constituiu um processo fundamental para o desenvolvimento de competências que permitem integrar conhecimento, lidar com situações complexas e desenvolver intervenções fundamentadas, reforçando a importância da aprendizagem ao longo da vida e da autonomia no desenvolvimento profissional, conforme previsto na alínea e) do artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018. Neste contexto, o percurso realizado contribuiu também para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde mental, através da integração entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica.

CONCLUSÕES

A elaboração do presente relatório permitiu uma reflexão crítica e estruturada sobre o percurso de desenvolvimento de competências ao longo do Curso de MESMP, evidenciando a consolidação progressiva de um perfil profissional diferenciado, sustentado na evidência científica, no pensamento crítico e nos princípios éticos e deontológicos que orientam a prática especializada.

Este percurso, marcado por um processo exigente de integração de conhecimentos e experiências, revelou-se determinante para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, bem como para a construção de uma postura profissional reflexiva e eticamente sustentada. A diversidade de contextos de estágio, nomeadamente internamento de agudos, comunidade e respostas especializadas, constituiu uma oportunidade privilegiada para a mobilização integrada de saberes e para a adaptação da intervenção às especificidades de cada contexto, reforçando a centralidade da pessoa, da família e da relação terapêutica.

A articulação entre conhecimento teórico e prática clínica permitiu o desenvolvimento de competências no domínio da avaliação, planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas, bem como na promoção de ambientes terapêuticos seguros e na gestão de cuidados, em consonância com as competências comuns e específicas do EEESMP.

Tornou-se igualmente evidente o papel central do EEESMP na capacitação e apoio aos cuidadores informais de pessoas com demência, não apenas ao nível da intervenção terapêutica, mas também na prevenção da sobrecarga e no acompanhamento dos processos de transição associados ao papel de cuidador. A prática desenvolvida foi sustentada em referenciais teóricos estruturantes, nomeadamente a Teoria das Transições, de Afaf Meleis, que permitiu compreender as exigências inerentes à transição para o papel de cuidador, e a Teoria das Relações Interpessoais, de Hildegard Peplau, que orientou a construção de uma relação terapêutica baseada na empatia, na escuta ativa e na confiança, fundamentais para a promoção da adaptação ao novo papel e do bem-estar do cuidador.

A integração da evidência científica na prática clínica, concretizada através da revisão narrativa da literatura e da implementação do programa (Es)Tar com a Demência (L. Sousa et al., 2021), entre outras, evidenciou o contributo do EE na capacitação dos cuidadores informais de pessoas com demência, nomeadamente ao nível da aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de competências e mobilização de estratégias adaptativas. Estes resultados reforçam a relevância das intervenções psicoeducativas na promoção da saúde mental e na prevenção da sobrecarga do cuidador.

Não obstante os resultados alcançados, importa reconhecer limitações, nomeadamente as dificuldades de adesão às intervenções e os constrangimentos associados à duração dos estágios e à articulação de horários.

Paralelamente, a gestão do tempo constituiu um desafio significativo, face à necessidade de conciliar as exigências formativas com a atividade profissional e a vida pessoal. Ainda assim, estes constrangimentos contribuíram para o desenvolvimento de competências ao nível da organização, adaptação e resiliência, essenciais à prática especializada.

O percurso desenvolvido permitiu a aquisição e consolidação de competências avançadas, sustentando uma prática clínica fundamentada, reflexiva e ajustada às necessidades da pessoa, da família e da comunidade.

Mais do que um ponto de chegada, este percurso constitui o alicerce de uma prática especializada consciente, crítica e transformadora, orientada para a excelência dos cuidados e para a promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida, sustentada na atualização contínua do conhecimento e no compromisso com o desenvolvimento profissional permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemdar, M., & Anilan, H. (2022). The Development and Validation of the Emotional Literacy Skills Scale. *International Journal of Contemporary Educational Research*, 7(2), 258–270. <https://doi.org/10.33200/ijcer.757853>
- Amaral, A. C., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição, pp. 174–176). Lidel.
- Araújo, O., Silva, R., & Sousa, L. (2026). Capacitação dos familiares cuidadores. In L. Nunes & T. Morgado (Eds.), *Ética e Deontologia em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (1ª Edição, 44). Lidel.
- Barbosa, R. (2016). *Educação de Adultos – Contributo Para A Melhoria da Qualidade de Vida Dos Cuidadores Informais De Idosos* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Educação - Instituto Politécnico de Coimbra.
- Barreto, J. (2005). Sinais da Doença e a sua Evolução. In A. Castro-Caldas & A. Mendonça (Eds.), *A Demência de Alzheimer e outras Demências em Portugal* (pp. 27–40). Lidel.
- Barroso, T. (2020). Entrevista Motivacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição, pp. 97–101). Lidel.
- Bicalho, C. S., Lacerda, M. R., & Catafesta, F. (2008). Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Revista Cogitare Enfermagem*, 13, 118–123. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11972/8443>
- Bouget, D., Spasova, S., & Vanhercke, B. (2016). *Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe*.
- Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Quarteto Editora.
- Burgdorf, J., Roth, D. L., Riffin, C., & Wolff, J. L. (2019). Factors Associated With Receipt of Training Among Caregivers of Older Adults. *JAMA Internal Medicine*, 179(6), 833–835. <https://doi.org/10.1001/JAMAINTERNMED.2018.8694>
- Carochinho, J.-A. (2002). Assertividade e compromisso organizacional: evidências de um estudo empírico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, (1), 37–52. https://www.academia.edu/122262980/Assertividade_e_compromisso_organizacional_evid%C3%A2ncias_de_um_estudo_emp%C3%ADrico

- Carreño-Moreno, S., & Chaparro-Díaz, L. (2018). Adopción Del Rol Del Cuidador Familiar Del Paciente Crónico: Una Herramienta Para Valorar La Transición. *Investigaciones Andina*, 10(36), 39–54. <http://ref.scielo.org/vhgjwg>
- Cham, C. Q., Ibrahim, N., Siau, C. S., Kalaman, C. R., Ho, M. C., Yahya, A. N., Visvalingam, U., Roslan, S., Abd Rahman, F. N., & Lee, K. W. (2022). Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 10(12), 2423. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122423>
- Chaparro-Díaz, L., Carreño-Moreno, S., & Rojas-Reyes, J. (2022). Adopting the Role of Caregiver of Chronic Patients: Specific Situation Theory. *Aquichan*, 22(4), 1–21. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.2>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. In *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Aspen Publication.
- Coelho, J. C. F., Ribeiro, J. I. F., Ribeiro, A. R. M., Trindade, A. C. G., da Sequeira, C. A., Roldán Merino, J. F., Moreno Poyato, A. R., & Sampaio, F. M. C. (2025). Development and Psychometric Properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale–Patient (TRAS-Patient). *International Journal of Mental Health Nursing*, 34(1). <https://doi.org/10.1111/INM.13422>
- Coelho, J., & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição, pp. 202–207). Lidel.
- Costa, I., Barreira, A., Silva, R., & Sequeira, C. (2024). Psychoeducational Programmes For Family Caregivers Of The Person With A Mental Health Condition: A Scoping Review. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(25). <https://doi.org/10.29352/mill0225.36903>
- Detry, B., & Castro, M. L. F. (1996). A escala de assertividade de Rathus: Versão Portuguesa. In L. Almeida, S. Araújo, M. Conçavez, C. Machado, & S. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica - Formas e contextos: IV* (pp. 357–363). Apport.
- Direção-Geral de Saúde. (2015a). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*.
- Direção-Geral de Saúde. (2015b). *Medicamentos de alerta máximo*.
- Dixe, M. D. A. C. R., Da Conceição Teixeira, L. F., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., De Jesus Almeida Peralta, T., & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers

- to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1).
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- EUROCARERS. (2023, October 12). *Towards carer-friendly societies: Eurocarees country profiles - Portugal*. <https://eurocarers.org/country-profiles/portugal/>
- EUROCARERS. (2024, October 18). *About carers*. <https://eurocarers.org/about-carers/>
- Fields, B., Makaroun, L., Rodriguez, K. L., Robinson, C., Forman, J., & Rosland, A.-M. (2022). Caregiver role development in chronic disease: A qualitative study of informal caregiving for veterans with diabetes. *Chronic Illness*, 18(1), 193–205.
<https://doi.org/10.1177/1742395320949633>
- Figueiredo, M. H. (2023). Ecomapa. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição, pp. 350–352). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023a). Escala de APGAR familiar de Smilkstein. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição, pp. 359–360). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Dantas, M. J. (2023b). Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scale - FACES. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição, pp. 361–368). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023a). Escala de Graffar. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição, pp. 353–356). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023b). Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição, pp. 357–358). Lidel.
- Figueiredo, M. H., Rego, R., & Vitor, C. (2023c). Genograma e psicofigura de Mitchell. In M. H. Figueiredo (Ed.), *Enfermagem de Saúde Familiar* (1ª Edição, pp. 344–346). Lidel.
- França, G. (2021). *Abordagem Lean no contexto da gestão de riscos nas organizações de saúde Uma revisão sistemática de literatura* [Dissertação para obtenção do Grau de Mestre]. Universidade da Beira Interior.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2025a). *População - Ponte da Barca*. PORDATA.
<https://retratos.pordata.pt/populacao/ponte-da-barca>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2025b). *Território e Ambiente - Ponte da Barca*. PORDATA.
<https://retratos.pordata.pt/territorio-e-ambiente/ponte-da-barca>

barca?_gl=1*1d0w1ph*_up*MQ..*_ga*MTQzNjQ2MDU3NS4xNzYxNDc1MTk3*_ga_HL9EXBCVBZ*czE3NjE0NzUxOTckbzEkZzAkdDE3NjE0NzUxOTckajYwJGwwJGgw

Garrett, C., Santos, F., Tracana, I., Barreto, J., Sobral, M., & Fonseca, R. (2007). Avaliação Clínica da Demência. In A. Mendonça & M. Guerreiro (Eds.), *Avaliação Breve do Estado Mental: Escalas e Testes na Demência. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*. (2ª Edição, pp. 15–30).

Gérain, P., & Zech, E. (2019). Informal Caregiver burnout? Development of a theoretical framework to understand the impact of caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10(JULY), 466359. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.01748/FULL>

Gomes, M., Oliveira, A., Francisco, R., Silva, J., & Fava, S. (2024). Transição do homem para o papel de cuidador informal na perspetiva da Teoria das Transições. *Revista de Enfermagem Referência, VI Série*(N.º 3). <https://doi.org/10.12707/RVI24.69.36524>

Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101. [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)

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

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Caldas, A., & Garcia, C. (2007). Avaliação Breve do Estado Mental. In A. Mendinga & M. Guerreiro (Eds.), *Escalas e Testes na Demência. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência* (2ª Edição, pp. 31–36).

Hailu, G. N., Abdelkader, M., Asfaw, F., & Meles, H. A. (2024). Exploring the knowledge and skills for effective family caregiving in elderly home care: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 342. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04924-3>

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*.

Janeiro, L., & Faísca, L. (2015). *Guia de Aplicação e Interpretação da SOCRATES 8D*.

Janeiro, L., Faísca, L., & Lopez Miguel, M. J. (2016). Qualidades Psicométricas da Versão Portuguesa da SOCRATES 8D numa Amostra de Heroíno dependentes em Tratamento. Qualidades Psicométricas da Versão Portuguesa da SOCRATES 8D numa Amostra de Heroíno dependentes em Tratamento. *Revista Iberoamericana de*

- Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 42(2), 179–193.
https://doi.org/10.21865/RIDEP42_179
- Lacerda, M. R., Mendes Pedro Santos, M. I., Tonin, L., & Jorge Diogo, P. M. (2024). The contribution of theory building to the development of nursing knowledge. *Revista de Enfermagem Referencia, serVI*(3). <https://doi.org/10.12707/rvi24.18.34542>
- Lluch-Canut, T. (2011). Decálogo de Salud Mental Positiva. In *Depòsit Digital de La Universitat de Barcelona*.
- Martins, M. (2003, September). A família, um suporte ao cuidar. *Revista Sinais Vitais*, 52–56.
- Martins, M., Machado, A., Gouveia, M., Carvalho, P., & Renca, P. (2021). *Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Papa-Letras. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- McGuigan, K., Laurente, G., Christie, A., Carswell, C., Moran, C., Yaqoob, M. M., Bolton, S., Mullan, R., Rej, S., Gilbert, P., McKeaveney, C., McVeigh, C., Tierney, C., Reid, J., Walsh, I., Forbes, T., & Noble, H. (2024). Effectiveness of interventions for informal caregivers of people with end-stage chronic illness: a systematic review. *Systematic Reviews*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02641-x>
- Meleis, A. Ibrahim. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. Ibrahim. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129–140.
<https://doi.org/10.1017/S1352465809005128>
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81–89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>
- Moreira, C., Barroso, I., da Conceição Pereira, M., Monteiro, M. J., & Caramelo, A. (2024). Psychological well-being in informal caregivers. *Motricidade*, 20(1), 23–28.
<https://doi.org/10.6063/motricidade.33947>

- Murray, J., Schneider, J., Banerjee, S., & Mann, A. (1999). Eurocare: A cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: II - A qualitative analysis of the experience of caregiving. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(8), 662–667. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199908\)14:8<662::AID-GPS993>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199908)14:8<662::AID-GPS993>3.0.CO;2-4)
- Novais, S., Carvalhais, M., Mota, L., Príncipe, F., & Pinto, C. (2025). Prática Baseada na Evidência: aspectos teóricos. In P. Marques (Ed.), *Prática Baseada na Evidência - dos Pressupostos Teóricos à Implementação* (1ª Edição, pp. 1–11). Lidel.
- Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Wittek, R., Stolk, R., & Smidt, N. (2017). The impact of older person's frailty on the care-related quality of life of their informal caregiver over time: results from the TOPICS-MDS project. *Quality of Life Research*, 26(10), 2705–2716. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1606-5>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144–167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Parada, D. A. R., Carreño, S. M., & Chaparro, O. L. D. (2023). Soledad, ansiedad y depresión en la adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico. *Revista Cuidarte*, 14(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2451>
- Payne, R. (2000). *Técnicas de Relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª Edição). Lusociência.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Salvat.
- Pinheiro, C. W., Araújo, M. Â. M., Rolim, K. M. C., Oliveira, C. M. de, & Alencar, A. B. de. (2019). Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do

- Enfermeiro em saúde mental. *Enferm. Foco (Brasília)*, 10(3), 64–69. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.V10.N3.2291>
- PORDATA. (2025, July 30). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. Portal Estatístico Da Fundação Francisco Manuel Dos Santos. https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de?_gl=1*1uh74f7*_up*MQ..*_ga*NzgzMTc2OTY0LjE3NTM3ODMwNTU.*_ga_HL9EXBCVBZ*czE3NTM3ODMwNTUkbzEkZzAkdE3NTM3ODMwNTUkajYwJGwwJGgw
- Portugal. Assembleia da República. (2018). *Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Portugal. Presidência do Conselho de Ministros. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018*.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Putri, Y. S. E., Putra, I. G. N. E., Falahaini, A., & Wardani, I. Y. (2022). Factors Associated with Caregiver Burden in Caregivers of Older Patients with Dementia in Indonesia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912437>
- Queirós, P. J. P. (2014). Reflections for a nursing epistemology. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(3), 776–781. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002930013>
- Queirós, P. J. P. (2022). Evidencias científicas y conocimiento disciplinar de enfermería. *Cultura de Los Cuidados*, (62). <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.62.19>
- Rathus, S. A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4(3), 398–406. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(73\)80120-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(73)80120-0)
- Sagbakken, M., Spilker, R. S., & Ingebretsen, R. (2018). Dementia and Migration: Family Care Patterns Merging With Public Care Services. *Qualitative Health Research*, 28(1), 16–29. <https://doi.org/10.1177/1049732317730818>
- Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. da C. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção*

- Psicoterapêutica de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; Papa-Letras). Ordem dos Enfermeiros. <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Sampaio, F., Martins, A., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 1ª Edição).
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19). <https://doi.org/10.19131/RPESM.0205>
- Sanchis-Soler, G., San Inocencio-Cuenca, D., Llorens, P., & Blasco-Lafarga C. (2020). Reducción de la sobrecarga del cuidador tras entrenamiento supervisado en ancianos pluripatológicos y paliativos. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 21, 271–281. <https://scielo.isciii.es/pdf/cpd/v21n1/1578-8423-cpd-21-1-271-281.pdf>
- Santos, M. B. dos, Leite, E. D. P., Alfredo, P. P., & Rodrigues, J. R. A. (2018). Sobrecarga biopsicossocial e estresse do cuidador de idoso dependente. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(2), 92. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i2a7>
- Santos, E. (2021). *Tradução, Adaptação Cultural E Avaliação Das Propriedades Psicométricas Da Escala De Ansiedade De Hamilton Numa Amostra De Pessoas Adultas Com Doença Mental Da População Portuguesa* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Sequeira, C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família* [Doutoramento]. Universidade do Porto.
- Sequeira, C. (2018a). Caracterização da Prestação de Cuidados. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição, pp. 271–272). Lidel.
- Sequeira, C. (2018b). Caracterização do Cuidador. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição, pp. 268–270). Lidel.
- Sequeira, C. (2018c). Cuidador Informal/Prestador de Cuidados. In *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição, pp. 161–265). Lidel.
- Sequeira, C. (2018d). Envelhecimento. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição, pp. 1–41). Lidel.

- Sequeira, C. (2018e). Instrumentos de Avaliação do Cuidador. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição, pp. 209–250). Lidel.
- Sequeira, C. (2018f). Transição para o Exercício do Papel de Cuidador. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª Edição, pp. 176–200). Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020a). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. Lidel.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020b). Modificação do Comportamento. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição, pp. 193–198). Lidel.
- Sequeira, Carlos. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda* (1ª Edição). Lidel.
- Smith, L., Morton, D., & van Rooyen, D. (2022). Family dynamics in dementia care: A phenomenological exploration of the experiences of family caregivers of relatives with dementia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(6), 861–872. <https://doi.org/10.1111/jpm.12822>
- Smith, M. C. (2020). *Nursing theories and nursing practice* (F.A. Davis Company, Ed.; 5th ed.). Susan Rhyder.
- Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *Psique*, 17(2). <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvii.2.1>
- Sousa, L. (2022). Competência Emocional em Enfermeiros: Contributos da Inteligência Artificial. *XIII Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Costa, R., Pimenta, S., Silva, S., & Graça, L. (2022). “Living Together with Dementia”—A psychoeducational group programme for family caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2037–2042. <https://doi.org/10.1111/PPC.13025;WGROU:STRING:PUBLICATION>
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., & Graça, L. (2021). ‘Living Together With Dementia’: preliminary results of a training programme for family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1), 86–95. <https://doi.org/10.1111/SCS.12821;PAGEGROUP:STRING:PUBLICATION>

- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Neves, P., & Lleixà-Fortuño, M. (2016). Características de um programa de capacitação para familiares cuidadores de pessoas com demência a residir no domicílio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe. 3). <https://doi.org/10.19131/rpesm.0114>
- Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A., & You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5th ed.). Lusociência.
- Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (2002). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental* (1ª Edição). Climepsi.
- Vieira, J. (2024). *Capacitar para cuidar: Características de um Programa Psicoeducativo para capacitação de cuidadores de idosos com dependência*.
- Wang, C.-K. J., Neill, J. T., Liu, W.-C., Tan, O.-S., Koh, C., & Ee, J. (2008). Project Work and Life Skills: Psychometric Properties of the Life Effectiveness Questionnaire for Project Work. In *Educational Research Journal* 《教育研究學報》 (Vol. 23, Number 1).
- World Health Organization. (2025, March 31). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE ASSERTIVIDADE DE RATHUS

ESCALA DE ASSERTIVIDADE DE RATHUS (1973)

(RAS): versão Portuguesa (Carochinho, 2002), tradução Luísa Saavedra, aplicação e validação à população portuguesa Detry e Castro, 1990)

Abaixo estão expostas uma série de situações que se referem a aspetos comportamentais e em que se pretende que indique até que ponto **é característico ou descritivo do seu comportamento**, cada uma das frases. Por favor, assinale de **1 a 6** colocando um círculo à volta do número que considere mais adequado à sua resposta.

1 - Muito característico em mim

2 - Característico em mim

3 - Mais ou menos característico em mim

4 – Pouco característico em mim

5 - Muito pouco característico em mim

6 – Nada característico em mim

1. A maioria das pessoas parecem-me mais agressivas e defendem melhor os seus direitos do que eu.						
2. Já me aconteceu, hesitar, em propor ou aceitar um encontro, apenas por timidez.						
3. Quando estou num restaurante e a comida não me agrada, queixo-me ao empregado.						
4. Tenho o cuidado de não ferir os sentimentos dos outros, mesmo quando sinto que me magoam.						
5. Quando vejo que um vendedor se esforça para me apresentar um produto que não me agrada particularmente, é-me difícil ter que dizer que não.						
6. Quando me pedem para fazer qualquer coisa, insisto em saber o motivo.						
7. Há ocasiões em que procuro uma boa e vigorosa discussão.						
8. Esforço-me por ser bem-sucedido como os colegas de profissão.						
9. A bem dizer, as pessoas aproveitam-se de mim.						
10. Dá-me prazer estabelecer conversa com recém-desconhecidos ou estranhos.						
11. Por vezes quando estou em presença de pessoas atraentes do sexo oposto, não sei o que dizer.						

12. Eu hesitaria em telefonar quer para um grande estabelecimento comercial, quer para a administração de uma grande empresa.						
13. Preferia apresentar a minha candidatura para um outro emprego por carta, do que ser submetido a uma entrevista individual.						
14. Acho embaraçoso ter que devolver uma mercadoria.						
15. Se um parente próximo e respeitado me incomoda, prefiro controlar os meus sentimentos, do que manifestar o meu incómodo.						
16. Já me aconteceu evitar fazer algumas perguntas com receio de parecer estúpido.						
17. Durante uma discussão violenta, por vezes tenho receio de ficar transtornado, ao ponto de todo o meu corpo começar a tremer.						
18. Se um reputado e respeitado conferencista faz uma afirmação que eu penso não ser exata, gostaria que o público compreendesse também o meu ponto de vista.						
19. Evito discutir preços com vendedores.						
20. Quando faço qualquer coisa importante e válida, esforço-me de maneira que os outros dela tenham conhecimento.						
21. Sou uma pessoa aberta e franca nos meus sentimentos.						
22. Se alguém espalha histórias falsas e de mau gosto a meu respeito, procuro imediatamente essa pessoas e peço-lhe as devidas explicações.						
23. Sempre que digo um não a alguém, passo um mau bocado.						
24. Tenho tendência a conter as minhas emoções em vez de dar uma descompostura.						
25. Queixo-me quando um serviço é mal feito, seja ele num restaurante ou num outro sítio qualquer.						
26. Quando me fazem um elogio, por vezes não sei o que dizer.						
27. No cinema, no teatro ou numa conferência, se um casal perto de mim começar a falar em voz alta, peço-lhes para se calarem ou irem para outro lugar.						
28. Para que alguém me passe à frente numa fila, necessita de ter uma boa explicação.						
29. Sou rápido na expressão das minhas emoções.						
30. Há momentos em que não sei o que dizer.						

ANEXO II – THERAPEUTIC RELATIONSHIP ASSESSMENT SCALE - PATIENT

Therapeutic Relationship Assessment Scale-Patient (TRAS-Patient)

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

	1	2	3	4	5
1. O(A) enfermeiro(a) apresenta-se dizendo o seu nome.					
2. O(A) enfermeiro(a) pergunta-me o nome pelo qual prefiro ser tratado(a).					
3. O(A) enfermeiro(a) incentiva-me a dizer o que sinto e o que penso.					
4. Sinto que posso confiar no(a) enfermeiro(a).					
5. O(A) enfermeiro(a) respeita a minha privacidade.					
6. Sinto que o(a) enfermeiro(a) me compreende.					
7. Sinto que o(a) enfermeiro(a) me aceita tal como sou.					
8. Sinto que o(a) enfermeiro(a) valoriza os meus problemas e a mim próprio(a).					
9. O(A) enfermeiro(a) pergunta-me como quero/prefiro resolver os meus problemas.					
10. O(A) enfermeiro(a) procura saber a minha opinião antes de realizar qualquer intervenção.					
11. Sinto-me englobado(a) no tratamento por parte do(a) enfermeiro(a).					
12. Sinto que o(a) enfermeiro(a) me orienta sobre os cuidados que podem ser mais adequados ao meu caso.					
13. O(A) enfermeiro(a) tem uma postura calma e tranquila.					
14. O(A) enfermeiro(a) fala comigo num tom de voz adequado.					
15. O(A) enfermeiro(a) fala comigo pausadamente.					
16. Sinto que o(a) enfermeiro(a) se preocupa comigo.					
17. Sinto que o(a) enfermeiro(a) é genuíno(a) quando fala comigo.					
18. Sinto segurança nos cuidados que o(a) enfermeiro(a) me presta.					
19. O(A) enfermeiro(a) mantém em relação a mim o distanciamento necessário para que consiga fazer bem o seu trabalho.					
20. Sinto que a relação que o(a) enfermeiro(a) tem comigo é profissional.					
21. Sinto que o(a) enfermeiro(a) me ajuda a atingir os meus objetivos.					
22. Sinto-me respeitado(a) pelo(a) enfermeiro(a).					
23. Sinto que o(a) enfermeiro(a) procura colocar-se no meu lugar para melhor me ajudar.					
24. Sinto-me ajudado(a) e apoiado(a) pelo(a) enfermeiro(a).					

Coelho, J., Ribeiro, J., Ribeiro, A. R., Trindade, A. C., Sequeira, C., Roldán Merino, J., Moreno Poyato, A., Sampaio, F. (2024). Development and Psychometric Properties of the Therapeutic Relationship Assessment Scale-Patient (TRAS-Patient). *International Journal of Mental Health Nursing*, <https://doi.org/10.1111/inm.13422>.

ANEXO III – MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

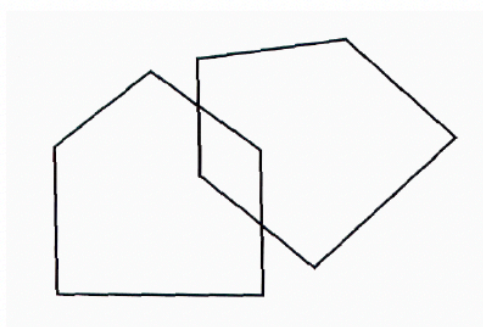
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

ANEXO IV – LIFE EFFECTIVENESS QUESTIONNAIRE

IDADE: ____ (anos) ____ (meses)

DATA DE REALIZAÇÃO: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

SEXO F ☐ M ☐

CÓDIGO | | | | | | | |

LEQ

POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE AS INSTRUÇÕES

Não é um teste – não existem respostas certas nem erradas.

Este questionário tem como finalidade revelar a forma como pensa e se sente sobre si próprio. É importante que:

- Seja honesto (a);
- Dê respostas sobre si, sem questionar os outros;
- Responda como se sente neste momento (e não como se sentiu em outra altura da sua vida, ou como se poderá sentir no futuro).

As suas respostas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para pesquisas/estudos ou desenvolvimento de programas. As respostas não serão utilizadas de forma a caracterizá-lo (a), de forma individual.

Utilize a escala de 8 pontos para classificar de verdadeiro (Descreve-me), ou falso (Não me descreve) cada uma das afirmações abaixo. Por favor não deixe nenhuma afirmação em branco.

FALSO NÃO ME DESCREVE								VERDADEIRO DESCREVE-ME
1	2	3	4	5	6	7	8	
Esta afirmação não me descreve; não tem nada a ver comigo		Mais falso do que verdadeiro		Mais verdadeiro do que falso			Esta afirmação tem muito a ver comigo, descreve-me muito bem	

ALGUNS EXEMPLOS

A. Sou criativo (a).

1 2 3 4 5 6 7 8

(Colocou um círculo à volta do 6 porque considera que “Eu sou criativo (a)” é por vezes verdade. Ou seja, a afirmação por vezes descreve-o (a)).

B. Sou bom (boa) a escrever poesia.

1 2 3 4 5 6 7 8

(Colocou um círculo à volta do 2 porque considera que a afirmação é mais falsa do que verdadeira. O que quer dizer que sente que não é muito bom (boa) a escrever poesia.)

C. Gosto de brincar com animais.

1 2 3 4 5 ~~6~~ 7 8

(Colocou um círculo à volta do 6, porque o primeiro pensamento foi o de que a afirmação era mais verdadeira do que falsa, no entanto, corrigiu para 7, para demonstrar que a afirmação a (o) descrevia muito bem.)

Se tiver alguma dúvida sobre o questionário, peça esclarecimento.

Agradecemos a sua disponibilidade e participação.

LEQ

Falso **Verdadeiro**
 não tem nada a ver comigo tem tudo a ver comigo

Colocar um X no quadrado correspondente à sua opção	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Planeio e uso o meu tempo de forma eficiente.								
2. Sou bem sucedido em situações sociais.								
3. Quando trabalho num projecto, dou o meu melhor para que os detalhes estejam correctos.								
4. Se houver uma ideia melhor, mudo facilmente os meus pensamentos ou opiniões.								
5. Consigo fazer com que as pessoas trabalhem para mim								
6. Consigo manter-me calmo em situações stressantes								
7. Gosto de estar ocupado e activamente envolvido em actividades.								
8. Estou confiante de que tenho a capacidade de ser bem sucedido (a), em qualquer coisa que pretenda fazer.								
9. Não desperdiço tempo								
10. Sou competente em situações sociais.								
11. Tento obter os melhores resultados nas coisas que faço.								
12. Sou aberto(a) a novas ideias.								
13. Sou bom (boa) líder quando é necessário realizar uma tarefa								
14. Fico calmo e ultrapasso a ansiedade em situações novas ou que impliquem mudança.								
15. Gosto de ser activo e energético								
16. Quando me dedico mesmo a algo fico confiante de que terei sucesso.								
17. Sou capaz de gerir bem a forma como uso o meu tempo.								
18. Comunico bem com as outras pessoas								
19. Tento fazer o melhor que me é possível								
20. Sou adaptável e flexível na minha forma de pensar e ideias								
21. Como líder, quando é necessário realizar uma tarefa, motivo bem as outras pessoas.								
22. Mantenho-me calmo quando as coisas correm mal.								
23. Gosto de ser uma pessoa activa, que se envolve nas coisas								
24. Acredito que consigo.								

ANEXO V – THE STAGES OF CHANGE READINESS AND TREATMENT EAGERNESS SCALE

SOCRATES 8D

INSTRUÇÕES: Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de drogas*. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda *neste momento* com cada afirmação. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		NÃO!	Não	?	Sim	SIM!
		Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5	Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
7	Eu tenho um problema com drogas.	1	2	3	4	5
8	Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9	Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10	Eu tenho um problema sério com drogas.	1	2	3	4	5
11	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12	O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13	Atualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
15	Eu sei que tenho um problema com as drogas.	1	2	3	4	5
16	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17	Eu sou um toxicodependente.	1	2	3	4	5
18	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19	Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas e quero ajuda para evitar consumir drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5

Tabela 1
Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1			
Item 2			
Item 3			
Item 4			
Item 5	----	----	----
Item 6			
Item 7			
Item 8			
Item 9			
Item 10			
Item 11			
Item 12			
Item 13			
Item 14			
Item 15			
Item 16			
Item 17			
Item 18			
Item 19			
	Total _____	Total _____	Total _____
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2
Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

Percentis para os três níveis da SOCRATES 3D					
	Percentis (%)		Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
-	10	<i>muito baixo</i>	15	32	8
	20		21	33	11
	30	<i>baixo</i>	24	35	13
	40		25	36	14
	50	<i>médio</i>	26	37	--
+	60		27	38	15
	70	<i>alto</i>	29	39	16
	80		30	39	17
	90	<i>muito alto</i>	--	40	18

ANEXO VI – ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

QUESTIONÁRIO AUDIT (VERSÃO PORTUGUESA)

No caso de auto preenchimento, para cada questão, circunde o número que melhor corresponda à sua situação.

AUDIT C

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?
0 = uma ou duas
1 = três ou quatro
2 = cinco ou seis
3 = de sete a nove
4 = dez ou mais
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?
0 = não
2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?
0 = não

ANEXO VII – ESCALA DE COMPETÊNCIAS EM LITERACIA EMOCIONAL

ESCALA DE COMPETÊNCIAS EM LITERACIA EMOCIONAL

(Sousa, Pombal, Graça e Araújo, 2023, versão Portuguesa adaptada de Alemdar e Anilan, 2020)

Esta escala inclui um conjunto de itens relativos à Literacia Emocional. Leia cuidadosamente cada afirmação e assinale qual o seu nível de concordância relativamente a cada uma delas, utilizando a escala abaixo indicada: 1 – Nunca é verdade; 2 – Raramente é verdade; 3 – Às vezes é verdade; 4 – Frequentemente é verdade; 5 – É sempre verdade.

Itens	1	2	3	4	5
1. Acredito que tenho de trabalhar muito para alcançar uma vida de qualidade.					
2. Muitas coisas que faço são uma perda de tempo.					
3. Desempenho devidamente as minhas funções ou responsabilidades.					
4. Fico entediado(a) facilmente ao realizar uma determinada tarefa.					
5. Faço tudo a pensar de que é bom para mim.					
6. Acredito que cada novo dia é uma nova oportunidade para eu melhorar.					
7. Deixo as coisas para o último minuto.					
8. Tenho a capacidade de expressar os sentimentos das pessoas que me rodeiam.					
9. Percebo facilmente quando alguém está a esconder os seus verdadeiros sentimentos.					
10. Numa discussão, presto muita atenção e ouço as opiniões das outras pessoas.					
11. Quando magoo alguém, sou capaz de expressar a minha tristeza.					
12. Estou ciente de como os meus comportamentos afetam os outros.					
13. Sei a diferença entre os meus sentimentos e os meus comportamentos.					
14. Quando perco um jogo ou uma corrida, questiono os motivos para isso ter acontecido.					
15. Se me sinto desconfortável com relação a algo, tento imediatamente colmatar esta deficiência.					
16. Mesmo quando estou muito zangado(a), penso antes de agir.					
17. Se a forma como eu decidi fazer uma determinada tarefa não é eficaz, eu tento outras formas.					
18. É difícil para mim identificar os meus sentimentos.					
19. Tenho dificuldade em expressar as minhas preocupações.					
20. Por vezes digo: "Quem me dera ser outra pessoa".					
21. Sou capaz de expressar claramente os meus sentimentos.					
22. Considero que as pessoas à minha volta têm dificuldade em compreender-me.					
23. Sou capaz de dizer claramente porque estou a pedir desculpas.					
24. Gosto de ter tempo para estar com um grupo de amigos.					
25. Presto a máxima atenção à forma como comunico com os meus amigos.					
26. Sinto-me feliz quando partilho as coisas com os meus amigos.					
27. Sinto-me muitas vezes excluído pelos meus amigos					
28. Passo a maior parte do meu tempo sozinho(a)					
29. Falho nas relações sociais com os meus amigos.					
30. Procuro ter contacto visual quando converso com alguém.					
31. Sou considerado(a) uma pessoa "social" por aqueles que me rodeiam					

Interpretação da pontuação obtida (média das respostas): Pontuações entre 3,41 e 5,00 - literacia emocional forte; Pontuações entre 2,61 e 3,40 - precisam de atenção/promoção da literacia emocional; Pontuações abaixo de 2,60 - prioridade de intervenção na literacia emocional

ANEXO VIII – AVALIAÇÃO FAMILIAR DO CUIDADOR DO PROGRAMA (ES)TAR COM A
DEMÊNCIA

(Es)Tar com a Demência - PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2018)

AVALIAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR

Data da avaliação:

Tipo de avaliação: Inicial | Final | Follow up

Nome:

Telefone:

1) Avaliação sócio demográfica

- ✓ Idade: _____ anos
- ✓ Sexo: ☐ Feminino; ☐ Masculino
- ✓ Escolaridade: _____
- ✓ Ocupação: _____
- ✓ Estado Civil: _____
- ✓ Parentesco com a pessoa com demência: _____
- ✓ Há quanto tempo é familiar cuidador? _____
- ✓ Quantas horas por dia dedica ao cuidar da pessoa com demência? _____
- ✓ Tem ajuda no cuidar da pessoa com demência? ☐ Sim; ☐ Não
- ✓ Que relação prévia existia com a pessoa com demência? _____
- ✓ Tem algum tipo de formação como cuidador? ☐ Sim; ☐ Não
- ✓ Tem algum tipo de experiência como cuidador? ☐ Sim; ☐ Não
- ✓ Sabe qual é a doença do seu familiar? ☐ Sim; ☐ Não
- ✓ Tem conhecimento sobre essa doença e sua evolução? ☐ Sim; ☐ Não

(Es)Tar com a Demência - PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2018)

AVALIAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR

2) Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007)

Código atribuído ao participante:

Leia cada uma das seguintes questões e assinale a resposta que mais se adequa a si.

Nº	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6	Considera a sua situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

(Es)Tar com a Demência - PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2018)

AVALIAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR

3) Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2007)

Código atribuído ao participante:

Leia cada uma das seguintes questões e assinale a resposta que mais se adequa a si.

Nº	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
2	Por vezes sinto-me “de mãos atadas”/sem poder fazer nada para dominar a situação				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transformar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
Nº	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece	Isto acontece no meu caso e sinto que:		

(Es)Tar com a Demência - PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2018)

AVALIAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR

		no meu caso	Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba- me muito
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem eu cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado				

(Es)Tar com a Demência - PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2018)

AVALIAÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR

4) Índice de avaliação da satisfação do cuidador (Brito, 2002; Sequeira, 2007)

Código atribuído ao participante:

Leia cada uma das seguintes questões e assinale a resposta que mais se adequa a si.

Nº	Prestar cuidados pode dar satisfação porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e dá-me:		
			Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
1	Prestar cuidados permitiu-me desenvolver novas capacidades e habilidades				
2	A pessoa de quem cuido aprecia o que faço				
3	O facto de prestar cuidados aproximou-me mais da pessoa de quem cuido				
4	É bom observar pequenas melhoras no estado da saúde da pessoa que cuido				
5	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a desenvolver ao máximo as suas capacidades				
6	Tenho possibilidade de retribuir o que de bom fez por mim a pessoa de quem cuido				
7	Prestar cuidados dá-me ocasião de mostrar o que sou capaz				
8	Apesar de todos os seus problemas, a pessoa de quem cuido não resmunga nem se queixa				
9	É agradável ver a pessoa de quem cuido limpa, confortável e bem arranjada				
10	Prestar cuidados permite-me cumprir o que sinto que é o meu dever				
11	Sou do género de pessoas que gostam de ajudar os outros				
12	Dá-me satisfação ver que a pessoa de quem cuido se sente bem				
13	É bom ajudar a pessoa de quem cuido a vencer dificuldades e problemas				
14	É agradável sentir que as coisas que eu faço dão bem-estar à pessoa de quem cuido				
15	Por conhecer bem a pessoa de quem cuido, posso tratar dela melhor do que ninguém				
16	Prestar cuidados tem-me ajudado a amadurecer e a crescer como pessoa				
17	É bom sentir-me apreciado pelos familiares e amigos que mais considero				
18	Prestar cuidados estreitou laços de família e relações de amizade				
19	Ajuda a evitar que me sinta culpado				
20	Sou capaz de manter em casa a pessoa de quem cuido, sem ter de ser internada num lar				
21	Creio que se a situação fosse ao contrário, a pessoa de quem cuido faria o mesmo por mim				
Nº	Prestar cuidados pode dar satisfação porque:	Não acontece	Isto acontece no meu caso e dá-me:		

(Es)Tar com a Demência - PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2018)

AValiação do Familiar Cuidador

		no meu caso	Nenhuma satisfação	Alguma satisfação	Muita satisfação
22	Posso garantir que pessoa de quem cuido tem as suas necessidades satisfeitas				
23	Prestar cuidados deu-me a oportunidade de alargar os meus interesses e contactos				
24	É importante para mim manter a dignidade da pessoa de quem cuido				
25	Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer as dificuldades				
26	Prestar cuidados é uma maneira de expressar a minha fé				
27	Prestar cuidados deu à minha vida um sentido que não tinha antes				
28	No final, eu sei que terei feito o melhor que me foi possível				
29	Prestar cuidados é uma forma de mostrar o meu amor pela pessoa de quem trato				
30	Prestar cuidados faz-me sentir que sou útil e estimado				

ANEXO IX – AVALIAÇÃO PESSOA COM DEMÊNCIA DO PROGRAMA (ES)TAR COM A
DEMÊNCIA

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA
PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2015)

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEMÊNCIA

Data da avaliação:

Tipo de avaliação: Inicial | Final | Follow up

Código atribuído ao participante (igual ao do FC correspondente):

Dados não incluídos no estudo:

Nome:

Telefone:

1) Avaliação sócio demográfica

- ✓ Idade: _____ anos
- ✓ Sexo: ☐ Feminino; ☐ Masculino
- ✓ Escolaridade: _____
- ✓ Ocupação: _____
- ✓ Estado Civil: _____
- ✓ Há quantos anos lhe foi diagnosticada a demência? _____
- ✓ Tipo de demência? _____

2) Mini-Exame do Estado Mental (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão e Garcia, 1994)

Código atribuído ao participante:

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos?

Em que mês estamos?

Em que dia do mês estamos?

Em que dia da semana estamos?

Em que estação do ano estamos?

Em que país estamos?

Em que distrito vive?

Em que terra vive?

Em que casa estamos?

Em que andar estamos?

Nota: ____/10

**PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA
PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2015)**

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEMÊNCIA

2. Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pera

Gato

Bola

Nota: ____/3

3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair corretamente, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas).

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar”

30 _ 27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _

Nota: ____/5

4. Evocação (um ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pera

Gato

Bola

Nota: ____/3

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto” Mostrar os objetos:

Relógio

Lápis

Nota: ____/2

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: ____/1

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2015)

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEMÊNCIA

c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: ____/3

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível,

“FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos

Nota: ____/1

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

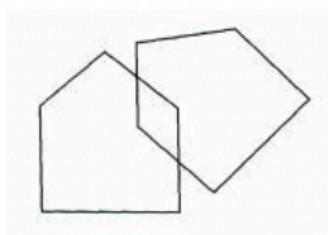
Nota: ____/1

6. Habilidade construtiva (um ponto pela copia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Desenho

Cópia



Nota: ____/1

Total: ____/30

**PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA
PESSOA COM DEMÊNCIA (Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2015)**

AVALIAÇÃO DA PESSOA COM DEMÊNCIA

3) Escala Clínica de Demência (Hughes e col., 1982; Garrett, *et al.*, 2008)

Código atribuído ao participante:

(CDR)	Nenhuma 0	Suspeita 0,5	Ligeira 1	Moderada 2	Grave 3
Memória	Nenhuma perda de memória ou esquecimento ligeiro inconstante	Esquecimento ligeiro constante; recordação parcial dos acontecimentos; esquecimento "benigno"	Perda de memória moderada; mais acentuada nos acontecimentos recentes; interfere com as actividades do dia-a-dia	Perda de memória grave; apenas memorização de material retido com insistência; rápida perda de material novo	Perda de memória grave; restam apenas fragmentos
Orientação	Bem orientado	Bem orientado com ligeira dificuldade nas relações temporais	Dificuldade moderada nas relações temporais; orientado no espaço durante o exame; possível desorientação geográfica noutros locais	Dificuldade grave nas relações temporais; quase sempre desorientado no tempo, frequentemente no espaço	Orientado apenas em relação a si próprio
Discernimento e resolução de problemas	Resolve problemas do dia-a-dia, lida bem com actividades financeiras e de negócio; bom discernimento em relação a desempenhos no passado	Ligeira limitação para resolver problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldades moderadas para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente mantém o discernimento social	Limitação grave para resolver problemas, semelhanças e diferenças; normalmente o discernimento social é limitado	Incapacidade de discernimento ou resolução de problemas
Relacionamento com a comunidade	Funcionamento independente ao nível habitual no trabalho, compras, grupos de voluntariado e outros	Ligeira limitação nestas actividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas actividades, embora, de certa forma, ainda possa estar envolvido; numa avaliação superficial aparenta normalidade	Não há independência fora de casa, parece bem o bastante para ser levado fora de casa???	Aparenta estar demasiado doente para realizar funções fora de casa
Casa e passatempos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem preservados	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais ligeiramente limitados	Limitação ligeira, mas evidente, do funcionamento em casa; abandono das tarefas mais difíceis; abandono dos passatempos e interesses mais complicados	Preservado apenas o interesse nas tarefas simples; interesses muito restritos e fracos	Nenhuma capacidade significativa de realizar funções em casa
Cuidados pessoais	Inteira e capaz de cuidar de si próprio		Necessita de instruções	Necessita de ajuda para se vestir, para a higiene e para manter objectos pessoais	Necessita de muita ajuda com os cuidados pessoais; incontinência frequente

ANEXO X – ESCALA DE GRAFFAR

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRaus	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaçoso c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 ↑ ↓ 9	4 ↑ ↓ 7	3	I CLASSE ALTA DATA _/ _/ _
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/ duração ≤ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 ↑ ↓ 13	8 ↑ ↓ 10	4 ↑ ↓ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA _/ _/ _
3	- Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau ↑) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/ cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 ↑ ↓ 17	11 ↑ ↓ 13	7 ↑ ↓ 9	III CLASSE MÉDIA DATA _/ _/ _
4	- Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau ↓) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓	- Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 ↑ ↓ 21	14 ↑ ↓ 16	10 ↑ ↓ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA _/ _/ _
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 ↑ ↓ 25	17 ↑ ↓ 20	13 ↑ ↓ 15	V CLASSE BAIXA DATA _/ _/ _

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n.º 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459
Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro.

ANEXO XI – ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLME E RAHE

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Selecione, no quadro abaixo, os acontecimentos experienciados pela família durante o último ano.



N.º	Acontecimento	Valor médio	N.º	Acontecimento	Valor médio
1	Morte do cônjuge	100	23	Filho que abandona o lar	29
2	Divórcio	73	24	Dificuldades c/ familiares do conjugue	29
3	Separação conjugal	65	25	Acentuado sucesso pessoal	29
4	Saída da cadeia	63	26	Cônjuge que inicia ou termina um emprego	26
5	Morte de um familiar próximo	63	27	Início ou fim da escolaridade	26
6	Acidente ou doença grave	53	28	Mudança nas condições de vida	25
7	Casamento	50	29	Alteração dos hábitos pessoais	24
8	Despedimento	47	30	Problemas com o patrão	23
9	Reconciliação conjugal	45	31	Mudança de condições/horário de trabalho	20
10	Reforma	45	32	Mudança de residência	20
11	Doença grave de familiar	44	33	Mudança de escola	20
12	Gravidez	40	34	Mudança de diversões	19
13	Problemas sexuais	30	35	Mudança de atividade religiosa	19
14	Aumento do agregado familiar	39	36	Mudança de atividades sociais	18
15	Readaptação profissional	39	37	Contrair uma pequena dívida	17
16	Mudança na situação económica	38	38	Mudança nos hábitos de sono	16
17	Morte de um amigo íntimo	37	39	Mudança no n.º de reuniões familiares	15
18	Mudança do tipo de trabalho	36	40	Mudança dos hábitos alimentares	15
19	Alterações n.º discussões c/ cônjuge	35	41	Férias	13
20	Contrair um grande empréstimo	31	42	Natal	12
21	Acabar de fazer um empréstimo	30	43	Pequenas transgressões	11
22	Mudanças de responsabilidades no trabalho	29			



(Caeiro, 1991)

ANEXO XII – APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

APGAR Familiar de Smilkstein



Dimensões	Grau de satisfação	Quase Sempre (2 pontos)	Algumas Vezes (1 ponto)	Quase Nunca (0 pontos)
Adaptação	Estou satisfeita com o apoio que tenho da minha família sempre que alguma coisa me preocupa			
Participação	Estou satisfeita com o modo como a minha família discute os assuntos de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas			
Crescimento	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida			
Afeto	Estou satisfeita com a maneira como a minha família manifesta o seu afeto e reage aos meus sentimentos tais como irritação, pesar ou amor			
Capacidade para resolver problemas/assumir compromissos	Estou satisfeita com o tempo que passo com a minha família			

7 - 10 pontos: Família altamente funcional
 4 - 6 pontos: família com moderada disfunção
 0 - 3 pontos: família com disfunção acentuada
 (Smilkstein, 1978)

ANEXO XIII – FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION SCALE II

Family Adaptability and Cohesion Scale (FACES II)

	Quase nunca	De vez em quando	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldades.					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família.					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir apoio uns aos outros.					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15. Temos dificuldade em fazer coisas em conjunto, como família.					
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18. Na nossa família somos justos quanto á disciplina.					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não são da nossa família do que a elementos da família.					
20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidades.					
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros.					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros.					
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros.					

Figura n. 1 – FACES II (Versão portuguesa de Otilia Fernandes, 1995, cf. Figueiredo, 2013)

APÊNDICES

APÊNDICE I – APRESENTAÇÃO PROGRAMA “(ES)TAR COM A DEMÊNCIA”

(Es)Tar com a Demência

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR DE UMA PESSOA COM DEMÊNCIA

(SOUSA, L.; SEQUEIRA, C. E FERRÉ-GRAU, C., 2015)

Aluna MESMP: Natália Bouça-Nova

Índice

- 01 Introdução
- 02 Programa (Es)Tar com a Demência
- 03 Critérios de Inclusão
- 04 Pressupostos Gerais do Programa
- 05 Avaliação Inicial
- 06 Planeamento das sessões
- 08 Avaliação Final e Follow-up
- 09 Conclusão
- 10 Bibliografia



Introdução

(Es)Tar com a Demência

- A prevalência da demência tem vindo a crescer de forma marcada em todo o mundo nas últimas décadas (HelpAge International, 2017).
- Esta condição caracteriza-se por um declínio progressivo das capacidades cognitivas, mudanças significativas no comportamento e comprometimento da funcionalidade da pessoa (American Psychiatric Association, 2013).
- A maioria das pessoas com demência recebe cuidados diretamente dos seus familiares (American Psychiatric Association, 2013).

✦ Ser cuidador implica sobrecarga física, emocional, social e económica (American Psychiatric Association, 2013).

Introdução

(Es)Tar com a Demência

- A sobrecarga corresponde ao conjunto de exigências e dificuldades de natureza física, psicológica, emocional, social e económica que recaem sobre os cuidadores de pessoas dependentes (Marques, 2007).
- A psicoeducação tem ganho destaque enquanto estratégia de intervenção junto dos cuidadores informais, evidenciando eficácia na redução dos níveis de sobrecarga (Sousa, Mendes & Relvas, 2007).

✦ A psicoeducação tem como finalidade fortalecer os cuidadores, fornecendo-lhes informação e competências que facilitem o desempenho das tarefas de cuidar (Sousa, Mendes & Relvas, 2007).

Programa (Es)Tar com a Demência

(SOUSA, L.; SEQUEIRA, C. E FERRÉ-GRAU, C., 2015)

PROGRAMA DE
CAPACITAÇÃO PARA O
EXERCÍCIO DO PAPEL DE
FAMILIAR CUIDADOR DE UMA
PESSOA COM DEMÊNCIA

Cuidadores Informais

Critérios de Inclusão

- Ser cuidador principal da pessoa com demência (assumir a maioria dos cuidados);
- Saber ler e escrever;
- A pessoa cuidada deve ter demência em estágio inicial ou moderado;
- A pessoa cuidada não deve ter mais patologias severas do foro mental associadas;
- Motivação e disponibilidade para participar nas sessões.

(Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferré-Grau, C., 2015)

Pressupostos Gerais do Programa

Referencial Teórico

Facilitar a adaptação do cuidador informal ao novo papel que desempenha, fundamentando a intervenção nos princípios da Teoria das Transições de Meleis et al. (2007).

Objetivo Geral

Capacitar o familiar cuidador de uma pessoa com demência para o exercício do papel.

Pressupostos Gerais do Programa

Avaliação Final e Inicial

A avaliação inicial e final do familiar cuidador e da pessoa com demência devem ser realizadas de forma individual. Estas não constituem uma sessão do programa.

Número de sessões

O programa inclui, no mínimo, 7 sessões individuais e 2 sessões em grupo. As sessões podem ser repetidas conforme as necessidades dos cuidadores familiares, não devendo, contudo, exceder um total de 10 sessões individuais e 4 sessões de grupo.

Pressupostos Gerais do Programa

Sessões Individuais

As sessões individuais devem, preferencialmente, ocorrer semanalmente, ajustando-se à disponibilidade dos participantes, e não devem ultrapassar 60 minutos de duração. A ordem das sessões deve ser seguida conforme a proposta do programa.

Sessões de Grupo

As sessões em grupo devem integrar, no máximo, 10 cuidadores familiares e não exceder 90 minutos de duração, sendo recomendada a constituição de grupos homogêneos. Após a conclusão do programa, é desejável que estes encontros continuem a realizar-se, de modo a favorecer a interação e a promoção de atividades de lazer entre os cuidadores.

Pressupostos Gerais do Programa

Outros aspectos a ter em conta

- Podem ser disponibilizadas ferramentas de apoio a utilizar após a conclusão do programa, como um endereço de e-mail ou um contacto telefónico.
- A linguagem e o conteúdo transmitido devem ser ajustados às características de cada cuidador familiar.
- Além disso, cada cuidador beneficiará de um programa adaptado às suas necessidades específicas e com duração personalizada.

Avaliação Inicial

do familiar cuidador

2) Instrumentos de avaliação:

- Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007).
- Índice de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores (CADI) (Brito, 2002 e Sequeira, 2007).
- Índice de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores (CASI) (Brito, 2002 e Sequeira, 2007).

1) Avaliação sócio demográfica:

- Nome, Idade, Sexo, Escolaridade, Ocupação, Estado Civil,
- Parentesco com a pessoa com demência,
- Há quanto tempo é familiar cuidador?
- Quantas horas por dia dedica ao cuidar da pessoa com demência?
- Tem ajuda no cuidar da pessoa com demência? De quem?
- Que relação prévia existia com a pessoa com demência?
- Tem algum tipo de formação como cuidador?

Avaliação Inicial

da pessoa com demência

1) Avaliação sócio demográfica:

- Nome, Idade, Sexo, Escolaridade, Ocupação
- Há quantos anos lhe foi diagnosticada a demência?
- Tipo de demência.

2) Instrumentos de avaliação:

- Mini-exame do estado mental (Guerreiro, et al, 1994)
- Escala Clínica de Demência (Garrett, et al., 2007)

Planeamento Sessões Individuais

	Objetivos	Temas a abordar	Metodologias de intervenção
1ª Sessão	- Adquirir conhecimentos sobre a demência e as suas fases. - Adquirir conhecimentos sobre alterações psicológicas e comportamentais da demência. - Adquirir conhecimentos sobre gestão da comunicação e do comportamento.	- O que é a demência. - Fases da doença e alterações esperadas em cada fase. - Tratamento farmacológico. - Alterações comportamentais e psicológicas associadas à doença. - Como comunicar com a pessoa com demência. - Estratégias de gestão da comunicação. Estratégias de gestão do comportamento.	- Exposição - Discussão de temas - Exemplos práticos/ demonstrações
2ª Sessão	- Gerir emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar. - Gerir expectativas e exigências associadas ao processo de cuidar.	- Emoções e sentimentos associados ao cuidar. - Exigências do papel de cuidador. - Expectativas para o futuro do cuidador e da pessoa com demência.	- Exposição - Discussão de temas

ADAPTADO DE SOUSA, L.; SEQUEIRA, C. E FERREIRA, C., 2018

Planeamento Sessões Individuais

	Objetivos	Temas a abordar	Metodologias de intervenção
3ª Sessão	- Adquirir conhecimento sobre estratégias adaptativas das atividades básicas de vida diária. - Adquirir conhecimento sobre estratégias adaptativas das atividades instrumentais de vida diária. - Adquirir competências práticas para cuidar da pessoa com demência. <i>Nota: no estado inicial o moderado prevê-se que a pessoa com demência tenha uma dependência reduzida.</i>	- Dificuldade da pessoa com demência nas atividades básicas de vida diária. - Estratégias para supervisionar/assistir a pessoa com demência nas atividades básicas de vida diária. - Dificuldade da pessoa com demência nas atividades instrumentais de vida diária. - Estratégias para supervisionar/assistir a pessoa com demência nas atividades instrumentais de vida diária.	- Exposição - Discussão de temas - Treino de competências - Exercícios práticos - Visualização de vídeos
4ª Sessão	- Adquirir conhecimento sobre estratégias de estimulação geral da cognição. - Adquirir conhecimento sobre como adaptar o ambiente às necessidades da pessoa.	- Importância da estimulação da cognição na pessoa com demência. - Estratégias gerais de estimulação da cognição. - Gestão do ambiente no domicílio. - Regras de segurança. - Prevenção de quedas.	- Exposição - Discussão de temas - Treino de competências - Exercícios práticos

ADAPTADO DE SOUSA, L.; SEQUEIRA, C. E FERREIRA, C., 2018

Planeamento das Sessões

5ª Sessão	- Desenvolver estratégias de coping eficazes. - Desenvolver técnicas de resolução de conflitos e de tomada de decisão.	- Identificar estratégias de coping com o familiar cuidador. - Treinar o uso das estratégias de coping. - Identificar principais problemas relacionados com o papel de cuidador. - Identificar situações geradoras de conflito. - Identificar possíveis soluções. - Estabelecer prioridades.	- Exposição - Discussão de temas - Exercícios práticos
6ª Sessão	Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental do familiar cuidador.	- Importância de manter a saúde física e mental. - Identificar atividades físicas e relaxantes que o cuidador possa executar em casa. - Instruir e treinar técnicas de relaxamento.	- Exposição - Discussão de temas - Exercícios práticos
7ª Sessão	- Gerir relações familiares, sociais e laborais. - Conhecer recursos na comunidade e procurar apoio de instituições formais.	- Identificação problemas relacionais associados ao papel de cuidador - Treino de estratégias para a gestão de relações. - Informar sobre os recursos existentes na comunidade e sobre as suas funções. - Informar sobre como aceder a cada um dos serviços.	- Exposição - Discussão de temas - Exercícios práticos

ADAPTADO DE SOUSA, L.; SEQUEIRA, C. E FERREIRA, C., 2018

Planeamento das Sessões de Grupo

Objetivos	Temas a abordar	Metodologias de intervenção
- Partilhar experiências, emoções e expectativas. - Partilhar estratégias de cuidados.	- Desafios do papel de familiar cuidador. - Emoções associadas ao papel de cuidador. - Expectativas para o futuro. - Estratégias para ultrapassar as dificuldades vivenciadas.	- Discussão de temas - Partilha em grupo

Avaliação Final e Follow-up do familiar cuidador

Instrumentos de avaliação:

- Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007).
- Índice de Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores (CADI) (Brito, 2002 e Sequeira, 2007).
- Índice de Avaliação da Satisfação dos Cuidadores (CASI) (Brito, 2002 e Sequeira, 2007).

Programa de Capacitação

(Es) Tar com a Demência

Avaliação Inicial

Cuidador
Pessoa cuidada

Sessões Psicoeducação

7 sessões individuais
2 sessões de grupo

Avaliação Final

Cuidador

Follow-up 3 e 6 meses

Cuidador

Conclusão

O Programa **(Es)Tar com a Demência** foi testado e validado em contexto comunitário;

Tem impacto significativo no alívio da sobrecarga do Cuidador Informal;

Este programa constitui uma importante ferramenta para capacitar cuidadores informais de pessoas com demência.



Bibliografia



American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.

Marques, S. I. (2007). *Cuidadores Informais de doentes com acidente vascular cerebral*. Coimbra: Formasou.

Muleis, A. Ibrahim. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.

Sousa, L., Mendes, A., e Rebelo, A. P. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi.

Silva, M., Sá, L., Sousa, L. (2018). Eficácia dos Programas Psicoeducacionais na Sobrecarga nos Familiares cuidadores de pessoas com demência: Revisão Integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19(27), 54-60.

Sousa, L.; Sequeira, C. e Ferné-Grau, C. & Graça, L. (2020). 'Living Together With Dementia': preliminary results of a training programme for family caregivers. *Scandinavian of Caring Sciences*, 33(5), 1-10.

Sousa, L.; Sequeira, C.; Ferné-Grau, C., Costa, R., Pimenta, S., Silva (2022). 'Living Together with Dementia' - A psychoeducational group for family caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2027-2042.

APÊNDICE II – PROCEDIMENTO DE GESTÃO DE MATERIAL DE USO CLÍNICO E
FARMACÊUTICO

[REDACTED]		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
ACSA 2023 Standard:		Código	[REDACTED]
DiOr 2019: NA;		Sumário de atualizações:	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico		
Palavras-chave	Clínico, Farmacêutico, Gestão, Lean, Material		

1. OBJETIVOS:

- A. Uniformizar e facilitar procedimento na gestão do Material de Uso Clínico e Farmacêutico (MUCF) na [REDACTED] minimizando o desperdício (metodologia Lean);
- B. Garantir a segurança e aumentar a eficácia e eficiência no processo de gestão do MUCF na [REDACTED].

2. SIGLAS/ACRÔNIMOS:

CLog. – Centro Logístico

Enfª. – Enfermeira

LASA - Medicamentos “Look Alike Sound Alike”

LMERT - Lesões Músculo-Esqueléticas Relacionadas com o Trabalho

MAM - Medicamento de Alerta Máximo

MUCF – Material Uso Clínico e Farmacêutico

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

[REDACTED]

3. ÂMBITO:

- A. Normalização de práticas relativas a todo o processo de gestão de MUCF na [REDACTED].

4. DESTINATÁRIOS:

Todos os profissionais utilizadores de MUCF da [REDACTED].

5. QUEM EXECUTA:

As enfermeiras da [REDACTED].

6. FUNDAMENTAÇÃO:

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da [REDACTED]	Data: / /
Revisão	Data: / /

[REDACTED]		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	[REDACTED]

A gestão criteriosa do MUCF permite:

- A. A redução de perdas por término da vida útil de artigos (prazos de validade);
- B. A redução do volume de perdas por incidentes relativos ao ambiente de armazenamento;
- C. A redução do peso financeiro associado a materiais com um fluxo de movimentos baixo ou nulo;
- D. A redução do volume de artigos obsoletos (artigos com inutilidade na prática clínica);
- E. A redução do risco de quebra de stock (por ineficiente atualização dos níveis de stock);
- F. A otimização do processo de distribuição, reduzindo o número de pedidos extraordinários.

7. DEFINIÇÕES:

- A. Metodologia Lean é um método focado na gestão com técnicas que valorizam o produto que chega ao cliente, diminuindo o desperdício e do custo de produção numa empresa.

8. RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DE MUCF E UTILIZADORES DE MUCF:

- A. Enfermeira responsável pela gestão de MUCF Enfª [REDACTED] e a enfermeira que a substitui na sua ausência Enfª [REDACTED];
- B. Todos os profissionais utilizadores de MUCF na [REDACTED].

9. INSTRUMENTOS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO:

- A. O instrumento de informação e comunicação utilizado para a comunicação com Centro Logístico (CLog.) para a gestão de MUCF é a plataforma informática SUCH, acessível através da Intranet da UAP: [REDACTED]
- B. Caso se verifique a necessidade da comunicação não automatizada com o CLog., o mesmo deverá ser realizado utilizando correio eletrónico ou via telefone, sendo os contactos privilegiados:

[REDACTED]

[REDACTED]

10. DESCRIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO:

- A. O modelo de Gestão de MUCF assenta no princípio de reposição de stocks;
- B. O fornecimento de MUCF é efetuado pelo Centro Logístico (CLog.) do [REDACTED];
- C. Em conformidade, a [REDACTED] garante o registo correto do fluxo mensal de MUCF essenciais para o

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da [REDACTED]	Data: / /

[REDACTED]		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	[REDACTED]

seu funcionamento, através do processo registo de movimentos na Plataforma da SUCH;

- D. Pode haver necessidade de movimentar produtos através da sua devolução, ou após a sua perda;
- E. O registo do consumo do material deve ser realizado na plataforma SUCH sempre que for retirado do armazém, de forma a ser devidamente reposto;
- F. Os pedidos extraordinários devem ser realizados na plataforma SUCH;
- G. O registo de movimentos válido para reposição, deverá ser efetuada até 8 dias uteis antes da data prevista de distribuição;
- H. O transporte mensal dos MUCF desde o CLog. até à [REDACTED] é realizado pelo profissional destacado pela SUCH;
- I. A reposição de stocks é realizada mensalmente.

10.1. Monitorização das existências:

- A. Através da análise dos níveis de consumos históricos e exetáveis da [REDACTED], procede-se mensalmente ao ajuste dos níveis de stock do MUCF de acordo com as necessidades, e é atualizado de acordo com a sazonalidade;
- B. Trimestralmente, é realizado um inventário ao armazém da [REDACTED], onde são verificadas as datas de validade do MUCF, sendo que os não passíveis de ser imediatamente utilizados, possam ser devolvidos e distribuídos pelas unidades do [REDACTED] e assim serem escoados mais rapidamente. Essa verificação é realizada e posteriormente é comunicado via correio eletrónico e/ou telefone à Enfermeira gestora (Enfª [REDACTED]) para proceder ao escoamento. Se tal não for possível e se, estiver com embalagem inviolada, em última instância, proceder a uma devolução atempada (mínimo de 3 meses antes do limite de validade) de material sem rotação, ao armazém central (com nota de devolução devidamente preenchida). Após esta medida, é realizado o reajuste dos níveis de stock referente ao material em questão porque a existência de material com validade inferiores a 120 dias traduz a existência de níveis de stock desajustados e material excedente.
- C. Sempre que haja necessidade de satisfazer alguns pedidos de artigos fora de rota, os mesmos devem ser solicitados por mail para os contactos privilegiados com a devida justificação do motivo (ex. previsão de aumento do seu uso em tempo próximo).

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da [REDACTED]	Data: / /

		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	

10.2. Receção do MUCF:

- A. A receção do MUCF é preferencialmente confirmada pelo enfermeiro responsável pela Gestão de Stock da ;
- B. O material depois de rececionado, é minuciosamente conferido (designação/quantidade/lote) pelo responsável da Gestão de MUCF;
- C. A alocação do MUCF no armazém é realizada pelo responsável da Gestão de MUCF;
- D. Caso se verifique alguma não conformidade entre os MUCF rececionados (acondicionamento nos volumes indevido/material não correspondente à listagem de receção de mercadoria), o profissional responsável informa do facto ao CLog., via correio eletrónico, através dos contactos abordados no ponto 8 deste procedimento;

10.3. Acondicionamento do MUCF:

- A. Todos os locais dedicados ao armazenamento do MUCF estão devidamente identificados;
- B. O MUCF cumpre os seguintes critérios de armazenamento:
 - 10.3.B.1. Mantem-se nas embalagens originais;
 - 10.3.B.2. Está acondicionado e identificado com o número de referência e o princípio ativo;
 - 10.3.B.3. Está acondicionado de acordo com a respetiva catalogação, por forma a garantir que as validades mais recentes sejam consumidas em primeiro lugar;
 - 10.3.B.4. Os Medicamento de Alerta Máximo (MAM) e Medicamentos “Look Alike Sound Alike” (LASA), estão devidamente identificados;
 - 10.3.B.5. Os MUCF de maior consumo estão em prateleiras ao nível médio de altura;
 - 10.3.B.6. Os MUCF estão acondicionados de acordo com o peso para prevenção das Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT);

10.4. Saída do MUCF:

- A. Sempre que ocorre a saída de MUCF, o profissional que realiza a retirada deve proceder ao registo do material na folha de registo existente na sala de soroterapia. O profissional deve registar a data, a identificação do medicamento, o lote, a quantidade retirada e a sua identificação profissional (nome ou rubrica), garantindo a rastreabilidade do material utilizado.

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da 	Data: / /

[REDACTED]		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	[REDACTED]

- A. Semanalmente, é realizado o registo do material retirado do armazém no ficheiro Excel “Gestão de Material”. Este registo é da responsabilidade do profissional responsável pela Gestão de Stock, devendo incluir a data, a identificação do material, o lote e a quantidade retirada, de forma a assegurar o controlo e a monitorização do stock.

10.5. Contagens físicas e inventariação:

- A. Trimestralmente (nos meses de Março, Junho, Setembro e Dezembro) a enfermeira responsável pela gestão de stock realiza uma verificação do material em stock, de forma a validar se o material que consta no aplicativo SUCH coincide com o existente em stock. Posteriormente comunica à equipa as incongruências encontradas de forma a sensibilizar todos os profissionais para o correto funcionamento do circuito;

10.6. Higienização:

- A. A higienização das prateleiras dos armários da medicação e material, que se encontram no gabinete 14, deve ser realizada mensalmente (na primeira semana do mês corrente) pelas assistentes operacionais da [REDACTED] em conformidade com orientações PPCIRA (Programa Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos);
- B. A higienização do chão é realizada diariamente pelas funcionárias destacadas pela empresa de limpeza [REDACTED];
- C. O registo de higienização é realizado numa folha que se encontra em cima do armário da medicação (ANEXO II).

11. REVISÃO E DIVULGAÇÃO:

- A. Este procedimento será revisto anualmente em reunião de equipa de enfermagem;
- B. Este procedimento encontra-se no Gabinete 14 na capa identificada como “Procedimentos [REDACTED]”, acessível a toda a equipa.
- C. Este procedimento encontra-se online na pasta “Documentos [REDACTED]”.

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da [REDACTED]	Data: / /

		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	

ANEXOS

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da 	Data: / /

		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	

ANEXO I

Instrumento de Auditoria Interna

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da 	Data: / /

		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	

Instrumento de Auditoria Interna Gestão Material Clínico e Farmacêutico da 			
Auditor: _____		Data: _____	
CrITÉrios auditados	SIM	Não	N/A
Existe, na  um profissional responsável e um profissional que o substitui na Gestão de Materiais de Uso Clínico e Farmacêutico (MUCF).			
O profissional responsável pela gestão de MUCF e o que o substitui têm acesso à plataforma SUCH.			
Existe uma folha de registo de movimentos de MUCF.			
A Folha de Registo de Movimentos está corretamente Preenchida.			
A folha de higienização dos armários de armazenamento de material e medicação estão devidamente preenchidas.			
É realizado registo dos consumos semanal no ficheiro Excel "Gestão de Material".			
O MUCF está alocado no armazém de acordo com prazo de validade (confirmado em 2 artigos).			
O MUCF está identificado pelo princípio ativo e referência.			
Sub-total			
Índice de Conformidade = Total de Respostas			

Oportunidade de melhoria:

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da 	Data: / /

		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	

ANEXO II

Folha de registo de Higienização

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da 	Data: / /

[REDACTED]		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	[REDACTED]

Orientações para Higienização:

A higienização do chão é realizada diariamente pelas funcionárias destacadas pela empresa de limpeza contratada pela [REDACTED]. A higienização das prateleiras e chão é realizada mensalmente (na primeira semana do mês corrente) pelas assistentes operacionais da [REDACTED] em conformidade com orientações Programa Prevenção e Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA).

[REDACTED] – Registo de Higienização Armários			Ano: _____
Mês/Data	Higienização mensal		Observações
Janeiro			
Fevereiro			
Março			
Abril			
Maio			
Junho			

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da [REDACTED]	Data: / /

		LOGOTIPO INSTITUIÇÃO	
Título	Procedimento: Gestão de Material de Uso clínico e Farmacêutico	Código	

 – Registo de Higienização Armários			Ano: _____
Mês/Data	Higienização mensal		Observações
Julho			
Agosto			
Setembro			
Outubro			
Novembro			
Dezembro			

Responsável pela elaboração	Data: / /
Responsável pela Gestão do Risco	Data: / /
Coordenador(a) da 	Data: / /

APÊNDICE III – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: TERAPIA PELA REMINISCÊNCIA

Terapia pela Reminiscência

Fundamentação: A Terapia por Reminiscência é uma intervenção psicoterapêutica recomendada na prática de enfermagem de saúde mental, particularmente eficaz em populações idosas, pessoas com depressão, ansiedade, demência ou sofrimento psicológico associado à perda de identidade, autoestima ou sentido de vida. Esta abordagem baseia-se na evocação de memórias pessoais significativas com o objetivo de promover bem-estar psicológico, reforçar a identidade, restaurar sentimentos de continuidade e aumentar a autoestima. A evidência científica demonstra que esta intervenção pode reduzir sintomas depressivos, promover sentimentos de utilidade e melhorar o humor e o funcionamento cognitivo, sobretudo quando realizada em grupo (Woods et al., 2018). No entanto, pelo estado de degradação cognitiva atual dos doentes selecionados para esta intervenção, optou-se pela intervenção individualizada.

Tipo de intervenção: Intervenção Psicoterapêutica Individualizada – Terapia Pela Reminiscência

Dinamizadores: Natália Bouça-Nova

Data e hora: a definir

Duração: sessões 45 – 60 minutos

Local: Sala de Atividades

População-alvo: Doentes com deterioração cognitiva moderada a grave.

Número de participantes: 3

Crítérios de exclusão: Estado descompensação/agudização da doença mental; agitação psicomotora.

Objetivos: Trabalhar atenção e memória associativa; estimular cognição através de imagens/sons/cheiros que remetem para o passado.

Material Sessão 1: Sala tranquila e reservada; impressões das imagens (crianças a jogar à macaca, senhora a cozer pão num forno de lenha, sala de aula antiga com carteiras de madeira, procissão ou romaria tradicional, vaca com badalo no campo, senhora a tricotar); caneta; bloco de notas; música ambiente suave.

Material Sessão 2: Sala tranquila e reservada; frascos com canela, limão, hortelã, café, alecrim, caneta, bloco de notas.

Material Sessão 3: Sala tranquila e reservada; impressões das imagens de locais icónicos da terra de origem dos doentes; caneta; bloco de notas; música ambiente suave.

Sessão 1: “Sentir a Infância”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e explicação da atividade.	Expositivo Participativo	5 min
Desenvolvimento	- Mostrar imagens, uma a uma, estimulando a participação do doente: 1. Crianças a jogar à macaca; 2. Senhora a cozer pão; 3. Sala de aula antiga; 4. Romaria ou procissão; 5. Vaca no campo (acompanhar com som do badalo); 6. Senhora a tricotar.	Estímulo visual Evocação Participativo Interrogativo Sensorial	30 min
Conclusão	- Promover reflexão partilhada.	Reflexivo	10 min
Avaliação	- Atenção; - Mudança de expressão facial (sorrir, relaxar, etc.); - Comunicação verbal e não verbal (tentativas de toque ou aproximação, mudança na expressão facial, etc.).		

Sessão 2: “Memórias que Cheiram Bem”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e explicação da atividade. Explicar com frases simples. “Hoje vamos cheirar coisas boas... como antigamente...” “Vamos lembrar com o nariz...”	Expositivo Participativo	5 min
Desenvolvimento	- Entregar um frasco de cada vez, abrir lentamente, aproximar do nariz. - Estimular com uma frase curta: 1. Canela “Cheirava a bolinhos da avó...” 2. Café “O cheirinho a café lá na cozinha...” 3. Alecrim “Este era do quintal... para a carne no forno...” 4. Limão “Fresco... para o chá ou limonada no verão...” 5. Hortelã “Faziam chá quando estávamos doentes...” - Mostrar imagem após explorar o cheiro.	Estímulo sensorial Participativo Interrogativo	30 min
Conclusão	- Voltar a passar os frascos, permitindo repetir os preferidos.	Estímulo sensorial Reflexivo	10 min
Avaliação	- Atenção; - Mudança de expressão facial (sorrir, relaxar, etc.); - Comunicação verbal e não verbal (tentativas de toque ou aproximação, mudança na expressão facial, etc.).		

Sessão 3: “A Minha Terra — Lugares que Moram em Nós”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo				
Introdução	- Acolhimento e explicação da atividade.	Expositivo Participativo	5 min				
Desenvolvimento	- Apresentação de fotografias grandes e nítidas, uma a uma, de locais específicos das terras de origem dos utentes: <table> <tr> <th>Ponte da Barca</th> <th>Figueira da Foz</th> </tr> <tr> <td> 1. Anos 70, Camioneta do “fanico”; 2. Painel de azulejos; 3. Ponte e Vila de Ponte da Barca; 4. Procissão S. Bartolomeu Anos 70; 5. Traje Tradicional anos 70. </td> <td> 1. Forte de St.^a Catarina; 2. Praia da Claridade; 3. Zona Ribeireinha; 4. Marina; 5. Cais da Alfandega. </td> </tr> </table>			Ponte da Barca	Figueira da Foz	1. Anos 70, Camioneta do “fanico”; 2. Painel de azulejos; 3. Ponte e Vila de Ponte da Barca; 4. Procissão S. Bartolomeu Anos 70; 5. Traje Tradicional anos 70.	1. Forte de St. ^a Catarina; 2. Praia da Claridade; 3. Zona Ribeireinha; 4. Marina; 5. Cais da Alfandega.
	Ponte da Barca	Figueira da Foz					
1. Anos 70, Camioneta do “fanico”; 2. Painel de azulejos; 3. Ponte e Vila de Ponte da Barca; 4. Procissão S. Bartolomeu Anos 70; 5. Traje Tradicional anos 70.	1. Forte de St. ^a Catarina; 2. Praia da Claridade; 3. Zona Ribeireinha; 4. Marina; 5. Cais da Alfandega.						
	Estímulo sensorial Participativo Interrogativo	30 min					
Conclusão	- Mostrar novamente a imagem que teve mais resposta.	Estímulo sensorial Reflexivo	10 min				
Avaliação	- Atenção; - Mudança de expressão facial (sorrir, relaxar, etc.); - Comunicação verbal e não verbal (tentativas de toque ou aproximação, mudança na expressão facial, etc.).						

Referências Bibliográficas: Woods, B., O’Philbin, L., Farrell, E. M., Spector, A. E., & Orrell, M. (2018). Reminiscence therapy for dementia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2018, Number 3). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001120.pub3>

APÊNDICE IV – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: TREINO DE ASSERTIVIDADE

Treino de Assertividade

Fundamentação: O Treino de Assertividade é uma intervenção psicoterapêutica centrada na promoção de competências comunicacionais saudáveis, fundamentais para a regulação emocional, o estabelecimento de relações interpessoais equilibradas e a construção de uma autoimagem positiva. Trata-se de uma abordagem integrativa frequentemente utilizada no âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com especial relevância na intervenção com pessoas que apresentam dificuldades em expressar emoções, estabelecer limites ou lidar com situações de confronto ou rejeição (Eskin, 2013). É indicado para indivíduos que demonstram comportamentos pouco assertivos e por isso “mostram desconforto, insatisfação, sofrimento e/ou mesmo comprometimento funcional” (Sequeira, 2020, p. 199).

Tipo de intervenção: Intervenção Psicoterapêutica Individual – Treino de Assertividade

Dinamizadores: Natália Bouça-Nova

Data e hora: a definir

Duração: sessões 45 – 60 minutos

Local: Gabinete

População-alvo: Utentes com diagnóstico de ansiedade; autocontrolo comprometido; autoconceito comprometido.

Número de participantes: Individual

Crítérios de exclusão: Estado descompensação/agudização da doença mental; debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; agitação psicomotora.

Objetivos: Autopromover a dignidade pessoal; promover a capacidade de expressar desejos, opiniões e sentimentos de forma clara, direta e respeitosa; aumentar a autoestima e o sentimento de autoeficácia em interações sociais; desenvolver estratégias de comunicação para situações de conflito ou pressão.

Material: Sala tranquila e reservada; Guião da sessão; Escala de assertividade; Canetas; Bloco de notas.

Sessão 0 – Treino de Assertividade

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Cumprimentos e acolhimento; - Enquadramento do programa de treino de assertividade; - Criação de um ambiente seguro e acolhedor.	Expositivo Interrogativo Participativo	10 min
Desenvolvimento	- Definição dos objetivos da intervenção; - Explicitação da metodologia, número de sessões, duração e regras do grupo; - Apresentação do contrato terapêutico; - Aplicação de instrumento de avaliação inicial (escala de assertividade).	Expositivo Participativo Avaliativo	30 min
Conclusão	- Espaço para dúvidas e expectativas; - Síntese da sessão; - Marcação da próxima sessão.	Ativo Interrogativo Participativo	10 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento); - Aplicação da escala de assertividade; - Registo da aceitação do contrato terapêutico.		

Sessão 1 – Treino de Assertividade “Reconhecer para Mudar”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e breve recapitulação da Sessão 0.	Participativo	5 min
Desenvolvimento	- Estabelecer o propósito da intervenção: importância da assertividade;	Expositivo Interrogativo	5 min
	- Identificar comportamentos e pensamentos não assertivos;	Participativo	10 – 15 min
	- Caracterizar comportamentos não assertivos (análise de exemplos reais ou hipotéticos);	Discussão	10 min
	- Identificar barreiras à assertividade (medo de rejeição, culpa, crenças limitantes);	Interrogativo Participativo	10 min
	- Introdução às distorções cognitivas mais comuns (catastrofização, leitura da mente, etc.).	Expositivo Reflexivo	10 min
Conclusão	- Espaço para dúvidas; - Síntese da sessão; - Marcação da próxima sessão; - Tarefa para a próxima sessão: Registrar pensamentos e comportamentos não assertivos no dia a dia.	Ativo Interrogativo Participativo	10 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento);		

Sessão 2 – Treino de Assertividade “Desconstruir para Reconstruir”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e breve recapitulação da Sessão 1; - Discussão da tarefa de casa (experiências e dificuldades).	Participativo Suporte emocional	10 min
Desenvolvimento	- Análise das distorções cognitivas e comportamentais identificadas;	Reflexão Guiada	5 min
	- Elaboração de quadro com 2 colunas: crenças vs comportamentos não assertivos;	Trabalho escrito	10 – 15 min
	- Início da construção de um plano individual de mudança (o que alterar e como);	Colaborativo	10 min
	- Apresentação de técnicas de comunicação assertiva (expressar opiniões, dizer “não”, comunicar sentimentos)	Expositivo Role-playing	10 min
Conclusão	- Espaço para dúvidas; - Síntese da sessão; - Marcação da próxima sessão; - Tarefa para a próxima sessão: Escolher 1 situação real para aplicar uma resposta assertiva.	Ativo Interrogativo Participativo	10 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).		

Sessão 3 – Treino de Assertividade “Agir com Coragem e Respeito”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e breve recapitulação da Sessão 2; - Discussão da tarefa de casa (experiências e dificuldades).	Participativo Suporte emocional	10 min
Desenvolvimento	- Treino de afirmações e expressões assertivas (comunicar sentimentos positivos/negativos);	Role-playing Feedback construtivo	20 min
	- Finalização do plano individual para adoção de comportamentos assertivos;	Escrita guiada	10 min
	- Reforço da importância de ser assertivo e dos ganhos percebidos;	Expositivo Reflexivo	10 min
	- Orientação para procura de recursos de apoio (família, profissionais, grupos);	Informativo	5 min
Conclusão	- Síntese da sessão; - Espaço para dúvidas; - Reforços positivos e encerramento.	Participativo Empático Ativo Interrogativo Participativo	5 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).		

Referências Bibliográficas:

- Eskin, M. (2013). *Assertiveness Training*. SpringerBriefs in Psychology. Springer.
- Sequeira, C. (2020). Treino da Assertividade. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição, pp. 193–198). Lidel.

PLANO INDIVIDUAL PARA COMPORTAMENTOS ASSERTIVOS

Nome: _____

Data: ____/____/____

1. **Pensamentos não assertivos que quero mudar:**
2. **Comportamentos não assertivos que quero substituir:**
3. **Novos comportamentos assertivos a adotar:**
4. **Recursos e apoios que posso usar:**
5. **Que forma posso usar para reconhecer e celebrar os meus progressos?**

Assinatura do participante: _____

APÊNDICE V – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL

Relação de Ajuda Formal

Fundamentação: A Relação de Ajuda constitui uma competência central da prática especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, assumindo-se como fundamento da intervenção terapêutica centrada na pessoa. De acordo com Rogers (2013), trata-se de um processo relacional intencional, sustentado por uma atitude empática, de aceitação positiva incondicional e de congruência, que favorece a expressão emocional, a reflexão pessoal, o aumento da autoconsciência e a mobilização dos recursos internos do indivíduo, promovendo o seu crescimento pessoal e adaptação ao processo de cuidar.

Tipo de intervenção: Intervenção Psicoterapêutica Individual – Relação de Ajuda Formal direcionado para SM+.

Dinamizadores: Natália Bouça-Nova

Data: Sessão 0 - 13/06; Sessão 1 – 17/06; Sessão 2 – 24/06; Sessão 3 – 26/06.

Duração: sessões 45 – 60 minutos

Local: Gabinete

População-alvo: Doente com autoestima diminuída; coping ineficaz; humor depressivo; ansiedade.

Número de participantes: 1

Crítérios de exclusão: Estado descompensação/agudização da doença mental; debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; agitação psicomotora.

Objetivos: Promover a expressão emocional e a clarificação de pensamentos e sentimentos; aumentar o sentimento de segurança e vinculação terapêutica com os profissionais de saúde; potenciar o sentido de identidade, valor pessoal e esperança no processo de recuperação.

Material: Sala tranquila e reservada; Guião da sessão; Escala TRAS-Patient; Canetas; Bloco de notas.

Sessão 0 – Relação de Ajuda

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Cumprimentos e acolhimento; - Enquadramento da Intervenção Psicoterapêutica - Relação de Ajuda Formal; - Criação de um ambiente seguro e acolhedor.	Expositivo	5 min
Desenvolvimento	- Recolha de dados e exploração do pedido de ajuda; - Identificação de diagnóstico sobre a dificuldade que o doente apresenta; - Explicar em que consiste a relação de ajuda; - Explicitação da metodologia, número de sessões planeadas e duração; - Explicar importância da participação activa do utente para que a mudança seja possível; - Análise de estratégias de coping atuais; - Educação breve sobre estilos de coping. - Aplicação da escala TRAS-Patient; - Formalização do contrato terapêutico.	Interrogativo Participativo Avaliativo Entrevista semi-estruturada	30 min
Conclusão	- Validar sofrimento e coragem da utente; - Espaço para dúvidas e expectativas; - Síntese da sessão; - Marcação da próxima sessão.	Interrogativo Participativo	10 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento); - Aplicação da escala TRAS-Patient; - Registo da aceitação do contrato terapêutico.		

Sessão 1- Relação de Ajuda “Reconectar com o que é positivo em mim”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e breve recapitulação da Sessão 0;	Expositivo	5 min
Desenvolvimento	- Introduzir tema SM+; - Princípios do decálogo a serem abordados: 1 - Valorizar positivamente as coisas boas da vida; 2 - Colocar carinho nas atividades diárias; 3 - Não ser duro consigo; 4 - Ter consciência dos bons momentos. - Técnica “Linha de Reconhecimento”: a doente identifica 3 momentos da vida (pessoais ou profissionais) em que sentiu valorização ou satisfação. Para cada momento: “O que fiz?” / “O que senti?” / “Que qualidades minhas estavam presentes?”. - Exercício “Autocuidado com intenção”: Identificar algumas tarefas da rotina que habitualmente faz em “piloto automático”. Escolher uma e realiza-la com carinho e presença (ex: saborear um chá, caminhar lentamente, passar creme nas mãos). - Exercício “Cartão de Feedback Positivo” A doente constrói um “cartão” onde escreve 3 qualidades pessoais que reconhece em si ou que já lhe foram verbalizadas por alguém de confiança. Deve guardar	Expositivo Participativo Interrogativo	30 min

	consigo para consultar quando sentir dúvida ou exigência excessiva.		
Conclusão	- Síntese da sessão; - Tarefa: Iniciar um Diário onde deve registrar diariamente uma coisa boa (por menor que seja) e/ou uma emoção sentida sem julgamento; - Marcação da próxima sessão.	Interrogativo Participativo	10 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).		

Sessão 2 - Relação de Ajuda “Agir com leveza”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e breve recapitulação da Sessão 1.	Expositivo	5 min
Desenvolvimento	- Questionar sobre tarefa (diário); - Princípios do Decálogo SM+ a serem abordados: 5 - Não deixar emoções negativas bloquearem a vida; 6 - Deixar fluir as emoções; 7 - Procurar espaços de relaxamento; 8 - Resolver problemas quando surgem. - Explorar emoções reprimidas: Pergunta-chave: “O que tem guardado em silêncio?” - Técnica “Semáforo Interno”: A utente escolhe uma cor que representa o seu estado emocional no momento da sessão ou ao longo do dia:  Vermelho: estou em sobrecarga – preciso parar e cuidar de mim  Amarelo: estou em alerta ou tensão – preciso abrandar e estar atenta ao que sinto  Verde: estou em equilíbrio – posso manter e desfrutar deste estado A cada cor associa-se uma necessidade e uma possível resposta de autocuidado. Esta ferramenta pode ser usada como check-in diário ou em momentos de maior stress. - Microprática de relaxamento guiado (3–5 minutos): Grounding + Técnica da respiração abdominal;	Participativo Interrogativo Expositivo	30 min

	- Mini-plano de ação realista: Escolher um problema prático e responder: “O que posso controlar?” / “Qual é o meu primeiro passo?”.		
Conclusão	- Espaço para dúvidas e expectativas; - Síntese da sessão; - Marcação da próxima sessão.	Interrogativo Participativo	10 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).		

Sessão 3 – Relação de Ajuda

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e breve recapitulação da Sessão 2.	Expositivo	5 min
Desenvolvimento	- Princípios do Decálogo SM+ a serem abordados: 9 - Cuidar das relações interpessoais; 10 - Estimular humor e leveza. - Mapa relacional: A utente identifica pessoas significativas em 3 círculos: Círculo íntimo (afetivo), Círculo funcional (trabalho, tarefas), Círculo de apoio ocasional. Refletir: “Quem me ajuda a recarregar baterias?”, “Com quem me sinto eu?” - Atividade “Coisas que me fazem sorrir por dentro” Reforçar os pequenos prazeres e fontes pessoais de bem-estar que são autênticas para a utente, mesmo que simples. Orientações: A utente lista 5 coisas, pessoas, lugares ou rituais que a fazem sentir-se bem de forma tranquila e genuína (sem euforia). Exemplos: ver os filhos dormirem; sentir o cheiro do café de manhã; ouvir uma música que a acalma; estar num sítio com árvores/natureza; receber uma mensagem espontânea. Para cada item, responde: “O que me transmite?”/ “Como posso integrar isto no meu dia-a-dia, mesmo que em pequena dose?”	Participativo Interrogativo Expositivo	30 min

	- Plano pessoal de bem-estar “anti-burnout”: Definir com a doente 1 atividade semanal de prazer; 1 momento de pausa diária; 1 relação a cuidar com intenção; 1 coisa a permitir-se deixar cair. - Reaplicação da Escala TRAS-Patient.		
Conclusão	- Síntese da sessão; - Reforço positivo sobre o progresso.	Expositivo	10 min
Avaliação	- Nível de esperança e compromisso com autocuidado pós-alta - Reaplicação da Escala TRAS-Patient.		

Referências Bibliográficas:

Rogers, C. R. (2013). Tornar-se pessoa: A terapia centrada no cliente. Lisboa: Relógio D'Água.

APÊNDICE VI – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Estimulação Sensorial e Cognitiva

Fundamentação: A Estimulação Cognitiva é uma intervenção psicoterapêutica destinada a manter ou melhorar o funcionamento cognitivo de pessoas com défices ligeiros a moderados de memória, atenção, linguagem, raciocínio ou outras funções executivas. Esta intervenção é particularmente relevante em pessoas com envelhecimento normal, comprometimento cognitivo ligeiro, demência ou patologias psiquiátricas com impacto nas capacidades cognitivas (Sousa et al., 2020).

Tipo de intervenção: Intervenção Psicoterapêutica – Estimulação sensorial e cognitiva

Dinamizadores: Natália Bouça-Nova

Data e hora: a definir

Duração: sessões 45 – 60 minutos

Local: Sala de Atividades

População-alvo: Doente psicótico com défice cognitivo ligeiro.

Número de participantes: a definir

Crítérios de exclusão: Estado descompensação/agudização da doença mental; debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; agitação psicomotora.

Objetivos: Estimular interação grupal; trabalhar atenção e memória associativa; estimular cognição através de imagens.

Material Sessão 1: Sala tranquila e reservada; impressões das imagens (crianças a jogar à macaca, senhora a cozer pão num forno de lenha, sala de aula antiga com carteiras de madeira, procissão ou romaria tradicional, vaca com badalo no campo, senhora a tricotar); caneta; bloco de notas; música ambiente suave; caixa de apoio sensorial (ex: farinha, lã, pano de saco, badalo pequeno, giz ou ardósia) - opcional.

Material Sessão 2: Sala tranquila e reservada, imagens de algumas personagens (opcional), papel e caneta.

Material Sessão 3: Imagens com múltiplos elementos (fotografias de cenas do cotidiano, imagens antigas, ilustrações coloridas); folhas A4 com imagens; lista de perguntas sobre as imagens; papel e caneta.

Sessão 1 – Estimulação Sensorial e Cognitiva “Recordar com Imagens: Fragmentos da Nossa História”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e explicação da atividade: “Hoje vamos viajar no tempo através de imagens.”	Expositivo Participativo	5 min
Desenvolvimento	- Apresentar uma imagem de cada vez, e explorar com perguntas guiadas: Imagem 1 – Crianças a jogar à macaca “Brincava na rua? Com quem? Como se jogava?” Imagem 2 – Senhora a cozer pão “Ajudava a fazer pão? Lembra-se do cheiro? Quem fazia melhor pão?” Imagem 3 – Sala de aula antiga “Como era a sua escola? Tinha medo da professora? Usavam lousa?” Imagem 4 – Romaria ou procissão “Participava? Que roupas usavam? Cantavam?” Imagem 5 – Vaca com badalo no campo “Tinha animais? Ouvia os sinos? De que sons se lembra?” Imagem 6 – Senhora a tricotar “Aprendeu a tricotar? Quem fazia camisolas?”	Estímulo visual Evocação Participativo Interrogativo Sensorial (opcional)	30 - 40 min
Conclusão	- Pedir que escolham a imagem que mais os emocionou ou que trouxe mais memórias. - Promover reflexão partilhada.	Reflexivo Emocional	10 min
Avaliação	- Participação e envolvimento dos doentes; - Nível de evocação e conteúdo afetivo das memórias; - Interação com os pares.		

Sessão 2 – “Adivinha Quem Sou”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e explicação da dinâmica.	Expositivo Participativo	5 min
Desenvolvimento	- Um participante ou o dinamizador pensa numa personagem, os outros colocam perguntas de sim/não para adivinhar quem é. - Rodagem dos papéis.	Interrogativo Lúdico Participativo	30 - 40 min
Conclusão	- Partilha sobre como se sentiram na atividade.	Reflexivo Verbalização livre	10 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).		

Sessão 3 – “Memória Fotográfica”

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e explicação da dinâmica da sessão.	Expositivo Participativo	5 min
Desenvolvimento	- Exibição breve da imagem (30 seg); - Retirar imagem; - Perguntas sobre os detalhes observados (cor, número, posição de objetos, pessoas, etc.); - Reexibição da imagem para confirmação (opcional); - Repetir com nova imagem.	Expositivo Interrogativo Participativo	30 – 40 min
Conclusão	- Partilha das dificuldades, estratégias e curiosidades.	Reflexivo Participativo	10 min
Avaliação	- Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento); - Capacidade de atenção e memória.		

Referências Bibliográficas:

Sousa, L., Araújo, O., & Silva, M. (2020). Estimulação Cognitiva. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição, pp. 190–191). Lidel.

APÊNDICE VII – ATIVIDADE: FESTEJOS DOS SANTOS POPULARES

Memórias e Cores dos Santos Populares

Fundamentação: A atividade “Memórias e Cores dos Santos Populares” baseia-se em princípios da arteterapia e mobilizou elementos da terapia pela reminiscência, utilizando um símbolo culturalmente significativo para evocar memórias afetivas ligadas às festas populares. Ao pintar sardinhas, os participantes têm oportunidade de estimular a motricidade fina, ativar lembranças sensoriais e vivenciar sentimentos de pertença e identidade, promovendo bem-estar emocional e reforçando o vínculo com tradições enraizadas na sua história de vida.

Tipo de intervenção: Atividade terapêutica de grupo – Terapia pela Reminiscência, Promoção do bem-estar, expressão emocional e estimulação sensorial/cognitiva

Dinamizadores: Natália Bouça-Nova

Data e hora: a definir

Duração: sessões 45 – 60 minutos

Local: Sala de atividades e jardim do internamento de psiquiatria.

População-alvo: Doentes do internamento do serviço de psiquiatria.

Número de participantes: a definir

Crítérios de exclusão: Estado descompensação/agudização da doença mental; debilidade intelectual ou défice cognitivo grave; agitação psicomotora.

Objetivos: Estimular a criatividade, memória afetiva e identidade cultural; promover a interação social e o sentimento de pertença; favorecer a expressão emocional através da pintura simbólica; estimular capacidades motoras finas e sensoriais; promover bem-estar.

Material: Moldes de sardinhas (1 a 2 por participante); tintas, pincéis, lápis de cor, marcadores, música ambiente típica dos Santos Populares (ex: marchas populares); decoração típica (bandeirinhas, manjericos, balões); mesa de exposição para sardinhas prontas.

Sessão 1 – Sardinhas Coloridas

	Conteúdo da Sessão	Métodos/ Estratégias	Tempo
Introdução	- Acolhimento e explicação da atividade, com música ambiente temática.	Expositivo Participativo	5 min
Desenvolvimento	- Conversa orientada sobre memórias dos Santos Populares; - Pintura e decoração livre das sardinhas, com apoio terapêutico; - Exposição das sardinhas e verbalização das inspirações e sentimentos.	Estímulo visual e auditivo Evocação Participativo Interrogativo	30 min
Conclusão	- Promover reflexão partilhada.	Reflexivo	10 min
Avaliação	- Participação e envolvimento dos doentes; - Interação com os pares.		

APÊNDICE VIII – PLANEAMENTO PROGRAMA “EU E OS OUTROS”

Programa “Eu e os Outros” (Saúde Escolar)				
Fundamentação: O programa “Eu e os Outros” constitui uma intervenção estruturada de promoção do desenvolvimento pessoal e social em contexto grupal, dirigida a adolescentes, centrada na reflexão partilhada sobre desafios normativos da adolescência. Assenta na utilização de narrativas interativas que colocam os participantes perante situações do quotidiano, exigindo processos de tomada de decisão, confronto de perspetivas e exploração conjunta de alternativas, potenciando a consciência crítica, a responsabilidade individual e a competência relacional (SICAD, 2022). A dinâmica grupal favorece a aprendizagem experiencial, o debate orientado e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, justificando a sua aplicação continuada no contexto de estágio e o enquadramento da minha participação enquanto elemento facilitador do processo reflexivo e educativo já implementado na instituição.				
Dinamizador: . EESMP Ricardo Ribeiro; . Aluna MESMP Natália Bouça-Nova.	CrITÉrios de Inclusão: . Diagnóstico de enfermagem: conhecimento comprometido; . Idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos.	Grupo-Alvo: . Estudantes do 7º Ano da Escola EB 2, 3 de Ponte da Barca.	Local: . Estabelecimento de Ensino de Ponte da Barca	Duração das sessões: . 45 minutos
Data/Hora: Sessão 1– 13 de outubro Sessão 2 – 20 de outubro Sessão 3 – 27 de outubro Sessão 4 – 3 de novembro Sessão 5 – 10 de novembro Sessão 6 – 17 de novembro Sessão 7 – 24 de novembro	Temas/Sessão de grupo: Sessão 1 – Apresentação do Projeto e das personagens do jogo; Sessão 2 – Autoestima, Introdução Substâncias Psicoativas; Sessão 3 – Medo e Ansiedade; Sessão 4 – Tomada de decisão, influencia do grupo, atribuição de responsabilidades; Sessão 5 – Álcool, bebidas energéticas e bebidas isotónicas; Sessão 6 – Perigos da internet e redes sociais; Sessão 7 – Avaliação satisfação.		Recursos Humanos: . EEESMP . Aluna do MESMP	Recursos Materiais: . Computador . Instrumentos de avaliação

Programa “Eu e os Outros” (Saúde Escolar)				
Tema: Apresentação	Nº Sessão: 1	Objetivos: . Apresentar programa e seus objetivos; . Apresentar personagens do jogo; . Promover a criação de um clima de confiança e segurança no grupo; . Aplicar Life Effectiveness Questionnaire (LEQ).		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação dos dinamizadores.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Dinâmica quebra-gelo e apresentação dos elementos da turma; . Apresentação do programa e seus objetivos; . Apresentação das personagens do jogo; . Aplicação do LEQ.	. Expositivo; . Interrogativo; . Interativo . Participativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumentos de avaliação em papel: LEQ.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Programa “Eu e os Outros” (Saúde Escolar)				
Tema: Autoestima, Introdução às Substâncias Psicoativas	Nº Sessão: 2	Objetivos: . Introduzir o conceito de autoestima, incentivando a reflexão sobre a forma como cada um se vê e se valoriza; . Sensibilizar para o conceito de substâncias psicoativas, utilizando exemplos próximos do quotidiano; . Estimular a participação ativa, o pensamento crítico e a expressão de opiniões no grupo; . Refletir sobre as consequências das decisões tomadas.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação dos dinamizadores.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Revisão dos conteúdos da sessão anterior; . A Autoestima; . Introdução às substâncias psicoativas; . O exemplo da cafeína;	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo; . Reflexivo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Programa – “Eu e os Outros” (Saúde Escolar)				
Tema: Medo e Ansiedade	Nº Sessão: 3	Objetivos: . Identificar e compreender os medos e a ansiedade; . Reconhecer sinais associados ao medo e à ansiedade; . Promover estratégias simples de gestão emocional.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Revisão dos conteúdos da sessão anterior.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Dinâmica “Jogo do Escuro”; . Diferença entre medo e ansiedade; . Para que servem o medo e a ansiedade (função protetora). . Situações do dia-a-dia que provocam medo ou ansiedade (ex.: testes, apresentações, conflitos). . Sinais do medo e da ansiedade no corpo; . Estratégias simples para lidar com o medo e a ansiedade (respiração, pedir ajuda, falar sobre o que se sente).	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo; . Reflexivo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Venda para olhos.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Programa “Eu e os Outros” (Saúde Escolar)				
Tema: Tomada de decisão, influencia do grupo, atribuição de responsabilidades	Nº Sessão: 4	Objetivos: . Compreender o que é a tomada de decisão; . Identificar fatores que influenciam as decisões, nomeadamente a influência do grupo; . Reconhecer situações de pressão dos pares no quotidiano; . Refletir sobre as consequências das decisões tomadas; . Promover a responsabilização individual pelas escolhas e comportamentos; . Desenvolver o pensamento crítico e a autonomia na tomada de decisões; . Incentivar escolhas conscientes e responsáveis.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Revisão dos conteúdos da sessão anterior.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Tomada de decisão no dia-a-dia; . Etapas do processo de tomada de decisão; . Influência do grupo e dos pares nas escolhas individuais; . Consequências das decisões; . Responsabilidade individual nas escolhas e comportamentos. . Pedido de ajuda e tomada de decisão responsável.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo; . Reflexivo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Programa “Eu e os Outros” (Saúde Escolar)				
Tema: Álcool, bebidas energéticas e bebidas isotónicas	Nº Sessão: 5	Objetivos: . Identificar os diferentes tipos de bebidas: álcool, bebidas energéticas e bebidas isotónicas; . Identificar riscos associados ao consumo, sobretudo em crianças e adolescentes; . Refletir sobre a influência do grupo nas escolhas de consumo; . Promover a escolha de alternativas mais saudáveis.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Revisão dos conteúdos da sessão anterior.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. O que são bebidas alcoólicas, bebidas energéticas e bebidas isotónicas; . Efeitos no organismo, sobretudo em crianças e adolescentes; . Riscos associados ao consumo (ex.: excesso de cafeína, mistura com álcool); . Situações do dia-a-dia em que surgem estas bebidas (desporto, festas, estudo); . Alternativas saudáveis e consumo informado; . Importância da tomada de decisão responsável e da influência do grupo.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo; . Reflexivo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Programa “Eu e os Outros” (Saúde Escolar)				
Tema: Perigos da internet e redes sociais;	Nº Sessão: 6	Objetivos: . Identificar os principais perigos associados à internet e às redes sociais; . Promover a proteção da privacidade e dos dados pessoais; . Sensibilizar para o impacto do uso excessivo no bem-estar emocional; . Desenvolver competências de utilização segura e responsável da internet; . Promover o pedido de ajuda junto de adultos de confiança perante situações de risco.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Revisão dos conteúdos da sessão anterior.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Exposição de informação pessoal e privacidade; . Contacto com desconhecidos e riscos associados; . Cyberbullying: o que é e como agir; . Conteúdos inadequados e desinformação; . Dependência digital e impacto no bem-estar emocional; . Importância de regras e limites no uso das tecnologias; . Pedido de ajuda e recursos de apoio;	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo; . Reflexivo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30/40 minutos

	. Visualização de vídeo sobre perigos das redes sociais – pedofilia.			
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Programa “Eu e os Outros” (Saúde Escolar)				
Tema: Avaliação satisfação	Nº Sessão: 7	Objetivos: . Recapitular os principais conteúdos abordados ao longo do projeto; . Consolidar aprendizagens adquiridas; . Avaliar a satisfação dos participantes relativamente às sessões; . Recolher perceções, opiniões e sugestões dos participantes; . Promover a reflexão sobre a aplicação dos conhecimentos no quotidiano.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Revisão dos conteúdos da sessão anterior.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Revisão dos principais temas abordados ao longo do projeto; . Reforço das mensagens-chave; . Reflexão sobre aprendizagens e mudanças percebidas; . Avaliação da satisfação dos participantes relativamente ao projeto; . Expressão de opiniões, sugestões e dificuldades; . Importância da continuidade das competências adquiridas no dia-a-dia.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo; . Reflexivo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumentos de avaliação: LEQ e Avaliação de Satisfação.	30/40 minutos

Conclusão	. Encerramento do projeto e despedida.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	1 0 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). (2022). *Manual Eu e os Outros*. Lisboa: SICAD.

APÊNDICE IX – PLANEAMENTO PROGRAMA “(ES)TAR COM A DEMÊNCIA

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Fundamentação: O papel desempenhado pelos cuidadores informais é exigente, uma vez que cuidar de uma pessoa dependente impõe cuidados especiais com múltiplas tarefas em diferentes campos (Sousa et al., 2021). Ser cuidador informal implica frequentemente sobrecarga emocional, física e económica, tornando o cuidador particularmente vulnerável ao desenvolvimento de sofrimento psicológico e de problemas de saúde mental como depressão e ansiedade (Dixe et al., 2019; McGuigan et al., 2024; Santos et al., 2018). Segundo a Teoria das Transições de Meleis, o papel do enfermeiro é facilitar processos de adaptação saudável através de intervenções que promovam consciência, envolvimento, apoio e desenvolvimento de competências (Meleis, 2010). Deste modo, a intervenção será desenvolvida com a Aplicação do Programa (Es)Tar com a Demência (Sousa et al., 2022). O Planeamento que se segue é com base no Programa (Es)Tar com a Demência (Sousa et al., 2021).				
Dinamizador: . Aluna MESMP Natália Bouça-Nova.	CrITÉRIOS de Inclusão: . Diagnóstico de Enfermagem: “Stress do cuidador, grau elevado ou moderado”; . Cuidadores alfabetizados; . Motivação para participar nas sessões; . Ser cuidador principal de pessoa com demência em fase ligeira a moderada; . A pessoa cuidada não deve ter mais patologias severas do foro mental associadas.	Grupo-Alvo: . Cuidadores Informais da UCC de Ponte da Barca de pessoa com demência.	Local: . UCC de Ponte da Barca/ Domicílio	Duração das sessões: . 45 a 60 minutos

Data/Hora:	Temas/Sessão Individual:	Recursos Humanos:	Recursos Materiais:
Sessão 0 – Semana 10 a 14 de novembro Sessão 1 – Semana 17 a 21 de novembro Sessão 2 – Semana 24 a 28 de novembro Sessão 3 – Semana 24 a 28 de novembro Sessão 4 – Semana 1 a 5 de dezembro Sessão 5 – Semana 1 a 5 de dezembro Sessão 6 – Semana 8 a 12 de dezembro Sessão 7 – Semana 15 a 19 de dezembro Sessão 8 – Semana 15 a 19 de dezembro	Sessão 0 – Avaliação inicial do cuidador familiar; Sessão 1 – A Demência: o que é, fases, tratamento, comunicação com a pessoa com demência, alterações psicológicas e comportamentais na pessoa com demência. Sessão 2 – Emoções e sentimentos associados ao cuidar; Papel de Cuidador Informal; Expectativas para o futuro. Sessão 3 – Dificuldades da pessoa com demência e Estratégias para Assistir/supervisionar: atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária. Sessão 4 – Estimulação cognitiva; Gestão do ambiente no domicílio; Prevenção de Quedas. Sessão 5 – Estratégias de coping; Problemas relacionados com o papel de cuidador informal; Situações geradoras de conflito; Estabelecer prioridades. Sessão 6 – Saúde física e emocional; Atividades relaxantes e físicas. Sessão 7 – Identificação de alterações na dinâmica relacional decorrentes do papel de cuidador; Estratégias para a gestão das relações interpessoais; Recursos da comunidade. Sessão 8 – Avaliação Final.	. Aluna do MESMP	. Computador . Instrumentos de avaliação: Avaliação Sociodemográfica; ESC, CADI, CASI; . Sessões Programa (Es)Tar com a Demência; . Manual do Cuidador do programa.

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Tema: Avaliação Inicial de Enfermagem	Nº Sessão: 0	Objetivos: . Realizar avaliação sócio demográfica; . Aplicar Escala de Sobrecarga do Cuidador; . Aplicar Índice de Avaliação de Dificuldades do Cuidador (CADI); . Aplicar Índice de Avaliação de Satisfação do Cuidador (CASI).		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos do programa;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Avaliação Sócio demográfica; . Aplicação ESC; . Aplicação CADI; . Aplicação CASI.	. Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumentos de avaliação em papel: Avaliação sócio demográfica; ESC; CADI e CASI.	30/40 minutos
Conclusão	. Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Nº Sessão: 1		Objetivos: . Adquirir conhecimentos sobre a demência e as suas fases. . Adquirir conhecimentos sobre alterações psicológicas e comportamentais da demência. . Adquirir conhecimentos sobre gestão da comunicação e do comportamento.”		
Tema: Demência: o que é, fases, tratamento, sintomatologia, estratégias de comunicação com a pessoa com demência.				
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da sessão;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Facultar “Manual do Cuidador”; . O que é a demência. . Fases da doença e alterações esperadas em cada fase. . Tratamento farmacológico. . Alterações comportamentais e psicológicas associadas à doença. . Como comunicar com a pessoa com demência. . Estratégias de gestão da comunicação. . Estratégias de gestão do comportamento.”	. Exposição . Discussão de temas . Exemplos práticos/ demonstrações	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . PowerPoint Sessão 1 do Programa (Es)Tar com a Demência; . “Manual do Cuidador” do programa.	30/40 minutos
Conclusão	. Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Nº Sessão: 2		Objetivos: “. Gerir emoções e sentimentos associados ao processo de cuidar. . Gerir expectativas e exigências associados ao processo de cuidar.”		
Tema: Emoções, sentimentos e exigências do papel de cuidador. Expectativas para o futuro.				
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da sessão;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	“. Emoções e sentimentos associados ao cuidar. . Exigências do papel de cuidador. . Expectativas para o futuro do cuidador e da pessoa com demência.”	. Exposição; . Discussão de temas.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . PowerPoint Sessão 2 do Programa (Es)Tar com a Demência.	30/40 minutos
Conclusão	. Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Nº Sessão: 3		Objetivos: “. Adquirir conhecimento sobre estratégias adaptativas das atividades básicas de vida diária. . Adquirir conhecimento sobre estratégias adaptativas das atividades instrumentais de vida diária. . Adquirir competências práticas para cuidar da pessoa com demência.”		
Tema: Estratégias adaptativas para AVDs; competências para cuidar da pessoa com demência.				
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da sessão;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	“. Dificuldade da pessoa com demência nas atividades básicas de vida diária. . Estratégias para supervisionar/assistir a pessoa com demência nas atividades básicas de vida diária. . Dificuldade da pessoa com demência nas atividades instrumentais de vida diária. . Estratégias para supervisionar/assistir a pessoa com demência nas atividades instrumentais de vida diária.”	. Exposição; . Discussão de temas; . Treino de competências; . Exercícios práticos.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . PowerPoint Sessão 3 do Programa (Es)Tar com a Demência.	30/40 minutos
Conclusão	. Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Nº Sessão: 4		Objetivos: “. Adquirir conhecimento sobre estratégias de estimulação geral da cognição. . Adquirir conhecimento sobre como adaptar o ambiente às necessidades da pessoa.”		
Tema: . Estimulação da cognição				
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da sessão;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	“. Importância da estimulação da cognição na pessoa com demência. . Estratégias gerais de estimulação da cognição. . Gestão do ambiente no domicílio. . Regras de segurança. . Prevenção de quedas.”	. Exposição; . Discussão de temas; . Treino de competências; . Exercícios práticos.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . PowerPoint Sessão 4 do Programa (Es)Tar com a Demência.	30/40 minutos
Conclusão	. Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Nº Sessão: 5		Objetivos: “. Desenvolver estratégias de coping eficazes. . Desenvolver técnicas de resolução de conflitos e de tomada de decisão.”		
Tema: Estratégias de coping, resolução de conflitos e tomada de decisão.				
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da sessão;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	“. Identificar estratégias de coping com o familiar cuidador. . Treinar o uso das estratégias de coping. . Identificar principais problemas relacionados com o papel de cuidador. . Identificar situações geradoras de conflito. . Identificar possíveis soluções. . Estabelecer prioridades.”	. Exposição; . Discussão de temas; . Exercícios práticos.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . PowerPoint Sessão 5 do Programa (Es)Tar com a Demência.	30/40 minutos
Conclusão	. Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Nº Sessão: 6		Objetivos: “. Desenvolver estratégias para manter a saúde física e mental do familiar cuidador.”		
Tema: Saúde física e mental				
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da sessão;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	“. Importância de manter a saúde física e mental. . Identificar atividades físicas e relaxantes que o cuidador possa executar em casa. . Instruir e treinar técnicas de relaxamento.”	. Exposição; . Discussão de temas; . Exercícios práticos.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . PowerPoint Sessão 6 do Programa (Es)Tar com a Demência.	30/40 minutos
Conclusão	. Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Nº Sessão: 7		Objetivos: “. Gerir relações familiares, sociais e laborais. . Conhecer recursos na comunidade e procurar apoio de instituições formais.”		
Tema: Relações familiares, sociais e laborais. Recursos da comunidade.				
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da sessão;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	“. Identificação problemas relacionais associados ao papel de cuidador; . Treino de estratégias para a gestão de relações. . Informar sobre os recursos existentes na comunidade e sobre as suas funções; . Informar sobre como aceder a cada um dos serviços.”	. Exposição; . Discussão de temas; . Exercícios práticos.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . PowerPoint Sessão 7 do Programa (Es)Tar com a Demência.	30/40 minutos
Conclusão	. Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Planeamento Programa (Es)Tar com a Demência				
Nº Sessão: 8		Objetivos: . Aplicar Escala de Sobrecarga do Cuidador; . Aplicar Índice de Avaliação de Dificuldades do Cuidador (CADI); . Aplicar Índice de Avaliação de Satisfação do Cuidador (CASI).		
Tema: Avaliação.				
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da sessão;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5/10 minutos
Desenvolvimento	. Aplicação ESC; . Aplicação CADI; . Aplicação CASI.	. Interrogativo; . Expositivo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumentos de avaliação em papel: ESC; CADI e CASI.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese do programa; . Cumprimentos finais e agendamento de sessão de Follow-up.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Referências Bibliográficas:

- Dixe, M. D. A. C. R., Da Conceição Teixeira, L. F., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., De Jesus Almeida Peralta, T., & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- McGuigan, K., Laurente, G., Christie, A., Carswell, C., Moran, C., Yaqoob, M. M., Bolton, S., Mullan, R., Rej, S., Gilbert, P., McKeaveney, C., McVeigh, C., Tierney, C., Reid, J., Walsh, I., Forbes, T., & Noble, H. (2024). Effectiveness of interventions for informal caregivers of people with end-stage chronic illness: a systematic review. *Systematic Reviews*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02641-x>
- Meleis, A. Ibrahim. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Santos, M. B. dos, Leite, E. D. P., Alfredo, P. P., & Rodrigues, J. R. A. (2018). Sobrecarga biopsicossocial e estresse do cuidador de idoso dependente. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(2), 92. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i2a7>
- Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *Psique*, 17(2). <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvii.2.1>
- Sousa, L., Sequeira, C., Ferré-Grau, C., Costa, R., Pimenta, S., Silva, S., & Graça, L. (2022). “Living Together with Dementia”—A psychoeducational group programme for family caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2037–2042. <https://doi.org/10.1111/ppc.13025>

Apêndice X – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: RELAÇÃO DE AJUDA FORMAL

Relação de Ajuda Formal				
Fundamentação: O papel desempenhado pelos cuidadores informais é exigente, uma vez que cuidar de uma pessoa dependente impõe cuidados especiais com múltiplas tarefas em diferentes campos (Sousa et al., 2021). Ser cuidador informal implica frequentemente sobrecarga emocional, física e económica, tornando o cuidador particularmente vulnerável ao desenvolvimento de sofrimento psicológico e de problemas de saúde mental como depressão e ansiedade (Dixe et al., 2019; McGuigan et al., 2024; Santos et al., 2018). Segundo a Teoria das Transições de Meleis, o papel do enfermeiro é facilitar processos de adaptação saudável através de intervenções que promovam consciência, envolvimento, apoio e desenvolvimento de competências (Meleis, 2010). Deste modo, a intervenção será alicerçada na Relação de Ajuda enquanto processo psicoterapêutico.				
Dinamizador: . Aluna MESMP Natália Bouça-Nova.	CrITÉrios de Inclusão: . Diagnóstico de Enfermagem: Stress do cuidador, grau elevado; . Motivação para participar nas sessões.	Grupo-Alvo: . Cuidadores Informais da UCC de Ponte da Barca – Srª AB	Local: . UCC de Ponte da Barca	Duração das sessões: . 45 minutos
Data/Hora: Sessão 0 – Semana 6 a 10 de outubro Sessão 1 – Semana 20 a 24 de outubro Sessão 2 – Semana 27 a 31 de novembro Sessão 3 – Semana 10 a 14 de novembro	Temas/Sessão Individual: Sessão 0 – Avaliação inicial do cuidador familiar; Sessão 1 – Avaliação das Dificuldades do Cuidador; Sessão 2 – Recursos pessoais e da comunidade; Sessão 3 – As estratégias de <i>coping</i> e encerramento.		Recursos Humanos: . EEESMP . Aluna do MESMP	Recursos Materiais: . Computador . Instrumentos de avaliação

Stress do Prestador de Cuidados				
Tema: Avaliação Inicial de Enfermagem	Nº Sessão: 0	Objetivos: . Conhecer utente e explorar o seu contexto psicossocial; . Identificar o nível de sobrecarga; . Estabelecer uma relação terapêutica inicial que favoreça o desenvolvimento do processo psicoterapêutico; . Explorar as perceções da utente relativamente ao seu desempenho e vivência do papel de cuidadora; . Informar sobre objetivos, duração e número previsto de sessões.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da consulta;	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Recolher de dados biográficos, sociodemográficos e psicossociais. . Aplicar Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC). . Aplicar CADI. . Explorar perceção relativamente ao desempenho no papel de cuidadora; . Promover o fortalecimento da autoestima e do sentimento de competência pessoal.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumentos de avaliação em papel: Avaliação de Enfermagem; ESC; CADI.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Stress do Prestador de Cuidados				
Tema: Recursos pessoais e da comunidade	Nº Sessão: 1	Objetivos: . Reforçar a perceção de apoio e pertença; . Estimular o equilíbrio entre cuidar e viver; . Reduzir sentimentos de solidão, culpa e exclusão; . Aumentar a satisfação e o bem-estar social.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Recapitulação da sessão anterior; . Apresentação e análise do resultado da ESC e CADI. . Apresentação dos objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Promover o fortalecimento da autoestima e do sentimento de competência pessoal da cuidadora; . Mapa da rede de apoio (identificação de recursos formais e informais); . Construção, juntamente com a utente, de um “plano semanal de autocuidado” realista; . Exploração de interesses pessoais abandonados; . Aplicação do Índice de Avaliação das Estratégias de Coping do Cuidador (CAMI).	. Expositivo; . Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumentos de avaliação impressos: CAMI.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da Sessão; . Agendamento da próxima sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento); . Registo da aceitação do contrato terapêutico.			

Stress do Prestador de Cuidados				
Tema: As estratégias de <i>coping</i>	Nº Sessão: 2	Objetivos: . Reforçar o <i>coping</i>; . Promover o equilíbrio emocional e social; . Reduzir o stress percebido e a sobrecarga; . Aumentar a autoeficácia e resiliência.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Recapitulação da sessão anterior; . Apresentação dos objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Identificar as formas habituais de lidar com o stress (interpretação do CAMI); . Explicar o impacto do stress no cuidador e explorar estratégias de <i>coping</i>; . Identificar juntamente com cuidadora as possíveis novas estratégias de <i>coping</i>; . Estratégias de regulação emocional (respiração, relaxamento, mindfulness); . Aplicação da CASI.	. Expositivo; . Exploratório; . Interrogativo; . Interativo; . Reflexivo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumentos de avaliação em papel: CAMI.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da Sessão; . Clarificar dúvidas; . Agendamento da próxima sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	1 0 minutos

Stress do Prestador de Cuidados				
Tema: As estratégias de coping e encerramento	Nº Sessão: 3	Objetivos: . Promover reinterpretação positiva da experiência de cuidar; . Reforçar emoções positivas e sentido de propósito . Desenvolver autoestima, autocompaixão e reconhecimento . Aumentar satisfação e bem-estar subjetivo . Reduzir risco de esgotamento emocional e abandono do papel.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Recapitulação da sessão anterior; . Apresentação dos objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Apresentação e análise do resultado do CASI; . Identificar emoções agradáveis associadas ao cuidar; . As motivações pessoais e emocionais associadas ao cuidar; . As competências e valores desenvolvidos (resiliência, empatia, paciência); . Identificação de competências e conquistas pessoais; . Auxiliar a cuidadora a identificar estratégias para manter o sentimento de capacidade e motivação.	. Exploratório; . Interrogativo; . Reflexivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da Sessão; . Clarificar dúvidas; . Agendamento de sessão de follow-up.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos

Referências bibliográficas:

- Dixe, M. D. A. C. R., Da Conceição Teixeira, L. F., Areosa, T. J. T. C. C., Frontini, R. C., De Jesus Almeida Peralta, T., & Querido, A. I. F. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- McGuigan, K., Laurente, G., Christie, A., Carswell, C., Moran, C., Yaqoob, M. M., Bolton, S., Mullan, R., Rej, S., Gilbert, P., McKeaveney, C., McVeigh, C., Tierney, C., Reid, J., Walsh, I., Forbes, T., & Noble, H. (2024). Effectiveness of interventions for informal caregivers of people with end-stage chronic illness: a systematic review. *Systematic Reviews*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02641-x>
- Meleis, A. Ibrahim. (2010). *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.
- Santos, M. B. dos, Leite, E. D. P., Alfredo, P. P., & Rodrigues, J. R. A. (2018). Sobrecarga biopsicossocial e estresse do cuidador de idoso dependente. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(2), 92. <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2018v20i2a7>
- Sousa, C., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores informais: principais dificuldades e receios no ato de cuidar. *Psique*, 17(2). <https://doi.org/10.26619/2183-4806.xvii.2.1>

APÊNDICE XI – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Intervenção no Projeto PLA-CAD (Comportamentos Aditivos e Dependências) - Entrevista Motivacional				
Fundamentação: O PLA-CAD é um dos Projetos da Carteira de Serviços da UCC de Ponte da Barca e que visa a prevenção e intervenção nos comportamentos aditivos. A articulação com a equipa multidisciplinar, aliada ao acompanhamento psicoterapêutico, constitui um fator determinante para o fortalecimento da adesão ao tratamento e a redução do risco de recaída (SICAD, 2013). Assim, a intervenção psicoterapêutica a aplicar corresponde à Entrevista Motivacional, sendo que esta “é uma chave para a mudança, sendo necessária em todo o processo de mudança”, multidimensional, isto é, contempla fatores internos e externos e, dinâmica e flutuante no tempo (Sampaio et al., 2023, p. 98).				
Dinamizador: . Aluna MESMP Natália Bouça-Nova.	Critérios de Inclusão: . Diagnóstico de Enfermagem: “Abuso do Álcool”; . Estádio motivacional pré-contemplação ou contemplação; . Motivação para participar nas sessões; . Com capacidade cognitiva.	Grupo-Alvo: . Utente da UCC de Ponte da Barca integrado no Projeto PLA-CAD – Sr. JA	Local: . UCC de Ponte da Barca	Duração das sessões: . 45 minutos
Data/Hora: Sessão 0 – Semana de 6 a 10 outubro Sessão 1 – Semana de 3 a 7 de novembro Sessão 2 – Semana 10 a 14 de novembro Sessão 3 – Semana de 17 a 21 de novembro Sessão 4 – Semana 24 a 28 de novembro Sessão 5 – Semana de 1 a 5 de dezembro	Temas/Sessão Individual: Sessão 0 – Avaliação Inicial Sessão 1 – Introdução à Entrevista motivacional Sessão 2 – Reflexão acerca dos consumos Sessão 3 – Consciencialização Sessão 4 – Conhecimentos sobre álcool Sessão 5 – Encerramento		Recursos Humanos: . EEESMP . Aluna do MESMP	Recursos Materiais: . Computador . Instrumentos de avaliação

Intervenção no Projeto PLA-CAD (Comportamentos Aditivos e Dependências) - Entrevista Motivacional				
Tema: Avaliação Inicial	Nº Sessão: 0	Objetivos: . Realizar colheita de dados sociodemográficos e clínicos; . Caracterização da situação atual; . Estabelecer relação terapêutica; . Avaliar pertinência da Intervenção Psicoterapêutica Entrevista Motivacional.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação dos intervenientes e objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Recolha de dados biográficos, sociodemográficos e psicossociais; . Identificação, juntamente com o utente, do comportamento que motivou à consulta; . Identificação dos padrões de consumo do utente e o respetivo impacto no quotidiano; . Aplicação Audit; . Aplicação SOCRATES 8D; . Exploração da perceção, motivação e abertura do utente para a mudança; . Identificação de fatores de risco, carências e recursos de apoio disponíveis.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumento de Recolha de dados: Avaliação Inicial; Audit; SOCRATES 8D.	30 minutos
Conclusão	. Síntese da Sessão; . Agendamento da próxima sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos

Intervenção no Projeto PLA-CAD (Comportamentos Aditivos e Dependências) - Entrevista Motivacional				
Tema: Introdução à Entrevista Motivacional	Nº Sessão: 1	Objetivos: . Explicar funcionamento das sessões; . Determinar fase motivacional através da aplicação da Escala de Sócrates 8D; . Identificar comportamento-alvo, prós e contras do comportamento.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação dos objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Explicação acerca das sessões (em que consiste a Entrevista Motivacional, número de sessões previstas, duração); . Reflexão sobre a História de Vida e os consumos.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30 minutos
Conclusão	. Síntese da Sessão; . Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão.	. Expositivo; . Participativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos

Intervenção no Projeto PLA-CAD (Comportamentos Aditivos e Dependências) - Entrevista Motivacional				
Tema: Reflexão acerca dos consumos	Nº Sessão: 2	Objetivos: . Avaliar progressos desde a sessão anterior; . Identificar prós e contras na continuidade do comportamento-alvo; . Identificar dos estímulos que levam ao consumo.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação dos objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Reflexão sobre o progresso realizado desde a última sessão; . Identificação dos prós e contras do seu comportamento (balanço decisional); . Identificação, em conjunto com o utente, dos estímulos que aumentam os comportamentos desajustados. . Negociar objetivos para a próxima sessão;	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30 minutos
Conclusão	. Síntese da Sessão; . Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão.	. Expositivo; . Participativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos

Intervenção no Projeto PLA-CAD (Comportamentos Aditivos e Dependências) - Entrevista Motivacional				
Tema: Conscencialização	Nº Sessão: 3	Objetivos: . Avaliar progressos desde a sessão anterior; . Aumentar a consciencialização sobre o consumo de álcool; . Promover reflexão sobre efeitos, riscos e alternativas.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação dos objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Reflexão sobre o progresso realizado desde a última sessão; . Identificação das justificações para o consumo; . Dissonância Cognitiva no Consumo de Álcool: reconstrução das justificações; . Contrato Terapêutico de Redução de Riscos.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30 minutos
Conclusão	. Síntese da Sessão; . Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão.	. Expositivo; . Participativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos

Intervenção no Projeto PLA-CAD (Comportamentos Aditivos e Dependências) - Entrevista Motivacional				
Tema: Conhecimentos sobre álcool	Nº Sessão: 4	Objetivos: . Aumentar a consciência sobre a quantidade real de álcool nas diferentes bebidas; . Corrigir percepções erradas sobre “o que é uma dose pequena”; . Desenvolver discrepância entre o que a pessoa pensa e o que realmente consome; . Explorar motivação para mudança sem confrontação.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação dos objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Conceito de Unidade de Bebida Padrão (UBP); . Quantidade de álcool presente em bebidas alcoólicas comuns e a equivalência entre diferentes tipos de bebidas; . Percepção do consumo de álcool, crenças associadas e discrepância entre percepção e realidade; . Consumo informado e consciente, com foco na identificação da quantidade real ingerida; . Riscos associados ao consumo excessivo de álcool, abordados de forma breve e não julgadora.	. Reflexivo; . Exploratório; . Interrogativo; . Informativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Esclarecimento de dúvidas; . Agendamento da próxima sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos

Intervenção no Projeto PLA-CAD (Comportamentos Aditivos e Dependências) - Entrevista Motivacional				
Tema: Encerramento	Nº Sessão: 5	Objetivos: . Consolidar a discrepância entre valores pessoais e comportamentos atuais; . Identificar aprendizagens-chave e ganhos do processo terapêutico; . Reforçar autonomia; . Encerrar o processo terapêutico mantendo relação terapêutica preservada.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação dos objetivos da sessão.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Reflexão sobre as consequências do consumo já reconhecidas, sem confronto; . Reflexão sobre as aprendizagens e ganhos; . Reforço explícito de que a decisão é da pessoa. . Aplicação da SOCRATES 8D.	. Reflexivo; . Exploratório; . Interrogativo; . Informativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta; . Instrumento de Recolha de dados: SOCRATES 8D.	30/40 minutos
Conclusão	. Síntese empática do percurso; . Manutenção da relação terapêutica e abertura para contacto futuro; . Esclarecimento de dúvidas.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Sampaio, F., Martins, A., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 1a Edição).

Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013–2020*. SICAD.

APÊNDICE XII – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: RELAXAMENTO MUSCULAR
PROGRESSIVO

RELAXAMENTO PROGRESSIVO

Fundamentação: O relaxamento pode ser entendido como um estado de consciência caracterizado pela diminuição da tensão física e mental, no qual a pessoa experimenta sensações de conforto, serenidade e afastamento progressivo de pensamentos intrusivos ou indutores de stress (Payne, 2000). Enquanto intervenção psicoterapêutica, o relaxamento assume particular relevância por favorecer um estado global de bem-estar, através da modulação direta ou indireta do tônus muscular e da ativação fisiológica. Tem como propósito de diminuir sintomas indesejáveis como a dor, a tensão muscular ou ansiedade (Coelho & Sousa, 2020).

Dinamizador: . Aluna MESMP Natália Bouça-Nova.	CrITÉRIOS de Inclusão: . Diagnóstico de enfermagem: ansiedade; sono comprometido.	Grupo-Alvo: . Utentes do Hospital de Dia UAP	Local: . Sala de Soroterapia UAP	Duração das sessões: . 45 minutos
Data: Sessão 0 – Semana 26 a 30 de janeiro Sessão 1 – Semana 26 a 30 de janeiro Sessão 2 – Semana 26 a 30 de janeiro Sessão 3 – Semana 2 a 6 de janeiro Sessão 4 – Semana 2 a 6 de janeiro	Temas/Sessão de grupo: Sessão 0 – Apresentação e avaliação inicial; Sessão 1 a 3 – Relaxamento progressivo; Sessão 4 – Relaxamento e reavaliação.		Recursos Humanos: . EEESMP . Aluna do MESMP	Recursos Materiais: . Coluna de som; . Instrumento de avaliação: Escala de Hamilton; . Cama; . Mantas; . Tensiómetro.

RELAXAMENTO PROGRESSIVO				
Tema: Apresentação e avaliação inicial	Nº Sessão: 0	Objetivos: . Aplicação Escala de Ansiedade de Hamilton; . Ensinar sobre intervenção psicoterapêutica: Relaxamento Progressivo.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação da dinamizadora.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Apresentar e esclarecer relativamente à intervenção psicoterapêutica: Relaxamento Progressivo; . Informar sobre número de sessões e duração previstas; . Aplicação Escala de Ansiedade de Hamilton.	. Expositivo; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Instrumento de avaliação: Escala de Ansiedade de Hamilton.	35/40 minutos
Conclusão	. Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	5 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

RELAXAMENTO PROGRESSIVO				
Tema: Relaxamento progressivo	Nº Sessões: 1 a 3	Objetivos: . Promover um estado de bem-estar físico e mental, através da regulação consciente do tónus muscular e do padrão respiratório; . Diminuir ansiedade; . Melhorar o sono; . Reforçar estratégias de autorregulação emocional.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais.	. Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Condução estruturada do Relaxamento, de acordo com o Guia de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al., 2023).	. Expositivo.	. Coluna de som; . Colchões; . Mantas; . Tensiómetro.	35/40 minutos
Conclusão	. Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	5 minutos
Avaliação	. Avaliação da TA e FC; . Avaliação através da observação (cumprimento de instruções, capacidade de relaxar).			

RELAXAMENTO PROGRESSIVO				
Tema: Relaxamento progressivo e reavaliação	Nº Sessão: 4	Objetivos: . Aplicação Escala de Ansiedade de Hamilton; . Promover um estado de bem-estar físico e mental, através da regulação consciente do tônus muscular e do padrão respiratório; . Diminuir ansiedade; . Melhorar o sono; . Reforçar estratégias de autorregulação emocional.		
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais.	. Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Condução estruturada do Relaxamento, de acordo com o Guia de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Sampaio et al., 2023); . Aplicação Escala de Ansiedade de Hamilton.	. Expositivo; . Interrogativo; . Interativo.	. Coluna de som; . Colchões; . Mantas; . Tensiómetro; . Instrumento de avaliação: Escala de Ansiedade de Hamilton.	35/40 minutos
Conclusão	. Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	5 minutos
Avaliação	. Avaliação da TA e FC; . Avaliação através da observação (cumprimento de instruções, capacidade de relaxar).			

Referências Bibliográficas:

Coelho, J., & Sousa, L. (2020). Relaxamento. In C. Sequeira & Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição, pp. 202–207). Lidel.

Payne, R. (2000). *Técnicas de Relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde* (2ª Edição). Lusociência.

APÊNDICE XIII – INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA: PSICOEDUCAÇÃO NO ABUSO DO
ÁLCOOL

PSICOEDUCAÇÃO NO ABUSO DO ÁLCOOL

Fundamentação: A psicoeducação constitui uma modalidade específica de intervenção educativa inserida no âmbito da educação para a saúde, cujo foco central incide na promoção de atitudes e comportamentos favoráveis à saúde (Amaral et al., 2020). No contexto da enfermagem de saúde mental, a psicoeducação assume particular relevância enquanto intervenção estruturada que integra componentes sistémicas, didáticas e psicoterapêuticas. Esta intervenção tem como finalidade informar a pessoa e os seus familiares acerca da doença e das opções terapêuticas, promovendo a compreensão do processo de saúde-doença, a gestão responsável da condição clínica e o desenvolvimento de competências para lidar com as exigências associadas à doença (Sampaio, 2011).

Dinamizador: . Aluna MESMP Natália Bouça-Nova.	Critérios de Inclusão: . Diagnóstico de Enfermagem: conhecimento sobre abuso do álcool, comprometido. . Motivação para participar nas sessões.	Grupo-Alvo: . Utente do Hospital de Dia da UAP	Local: . Sala de Soroterapia da UAP	Duração das sessões: . 45 minutos
Data/Hora: Sessão 0 – 9 a 13 de março Sessão 1 – 9 a 13 de março Sessão 2 – 9 a 13 de março Sessão 3 – 16 a 20 de março	Temas/Sessão Individual: Sessão 0 – Avaliação Inicial de Enfermagem; Sessão 1 – Álcool e as suas consequências; Sessão 2 – Mitos e falsos conceitos sobre consumo de álcool; Sessão 3 – Reavaliação.		Recursos Humanos: . EEESMP; . Aluna do MESMP.	Recursos Materiais: . Computador; . Projetor; . Instrumento de avaliação: SOCRATES 8D.

PSICOEDUCAÇÃO NO ABUSO DO ÁLCOOL				
Tema: Avaliação Inicial de Enfermagem	Nº Sessão: 0	Objetivos: . Conhecer utente e explorar o seu contexto psicossocial; . Aplicação da SOCRATED 8D; . Informar sobre os temas a abordar, o número de sessões e a duração prevista.		
	Formato: Individual			
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentar e esclarecer relativamente dos objetivos da consulta.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Recolher de dados biográficos, sociodemográficos e psicossociais. . Aplicar SOCRATES 8D; . Informar sobre temas a ser abordados, número de sessões e duração previstas; . Informar sobre número e duração das sessões; . Explorar expectativas.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Computador; . Projetor.	35/40 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	5 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

PSICOEDUCAÇÃO NO ABUSO DO ÁLCOOL				
Tema: Álcool e as suas consequências	Nº Sessão: 1	Objetivos: . Compreender o que é o álcool e o seu enquadramento enquanto substância psicoativa; . Identificar a classificação dos consumos de bebidas alcoólicas segundo a Organização Mundial da Saúde; . Reconhecer as principais características associadas à dependência do álcool; . Conhecer os principais efeitos do consumo de álcool no organismo; . Identificar as consequências físicas, psicológicas e sociais associadas ao consumo de álcool; . Reconhecer a relação entre o consumo de álcool e o aumento do risco de desenvolvimento de doença oncológica.		
	Formato: Grupo			
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação do tema a ser desenvolvido.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. O que é o álcool; . Classificação dos Consumos de bebidas alcoólicas da OMS; . Características da Dependência; . Efeitos no Organismo; . Consequências do consumo de álcool; . Relação entre consumo de álcool e incidência de cancro.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Computador; . Projetor.	35/45 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	5 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

PSICOEDUCAÇÃO NO ABUSO DO ÁLCOOL				
Tema: Mitos e falsos conceitos sobre consumo de álcool	Nº Sessão: 2	Objetivos: . Identificar e clarificar mitos e falsos conceitos associados ao consumo de álcool e ao processo de cessação; . Reconhecer o Síndrome de Abstinência Alcoólica, compreendendo os seus principais sinais e sintomas; . Compreender o que é o <i>delirium tremens</i> e reconhecer a sua gravidade clínica; . Identificar o impacto do Síndrome de Abstinência Alcoólica na saúde mental; . Reconhecer as repercussões sociais associadas ao Síndrome de Abstinência; . Diferenciar os conceitos de lapso e recaída; . Identificar estratégias gerais de prevenção da recaída.		
	Formato: Grupo			
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação do tema a ser desenvolvido.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Explorar mitos e falsos conceitos; . Síndrome Abstinência Alcoólica; . <i>Delirium Tremens</i>; . Impacto do Síndrome de Abstinência na Saúde Mental; . Impacto do Síndrome de Abstinência ao nível social; . Lapso; . Recaída; . Prevenção da recaída.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	35/45 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	5 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

PSICOEDUCAÇÃO NO ABUSO DO ÁLCOOL				
Tema: Saúde Mental Positiva	Nº Sessão: 3	Objetivos: . Definir corretamente os conceitos de emoção e sentimento, distinguindo-os entre si; . Identificar diferentes tipos de emoções e a sua função adaptativa; . Reconhecer a importância da saúde mental positiva no bem-estar global; . Reconhecer “10 mandamentos da saúde mental positiva”; . Identificar sinais de ansiedade em situações do dia a dia; . Identificar estratégias simples para a gestão da ansiedade; . Analisar criticamente o impacto do consumo de álcool na saúde mental; . Identificar estratégias alternativas ao consumo de álcool para regulação emocional.		
	Formato: Grupo			
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais; . Apresentação do tema a ser desenvolvido.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. O que são emoções e sentimentos; . Tipos de emoções; . O que é saúde mental positiva; . Os 10 mandamentos da Saúde Mental Positiva; . Gestão da ansiedade; . Emoções e autocontrolo; . Álcool e saúde mental.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	35/45 minutos
Conclusão	. Síntese da sessão; . Agendamento da sessão de reavaliação.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	5 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

PSICOEDUCAÇÃO NO ABUSO DO ÁLCOOL				
Tema: Reavaliação	Nº Sessão: 4	Objetivos: . Avaliação do impacto da intervenção.		
	Formato: Individual			
Fases	Conteúdos	Métodos	Recursos materiais	Duração
Introdução	. Cumprimentos iniciais	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa cadeiras; . Papel e caneta;	5 minutos
Desenvolvimento	. Aplicar SOCRATES 8D; . Síntese guiada das sessões; . Espaço para dúvidas.	. Exploratório; . Interrogativo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras; . Papel e caneta.	35/40 minutos
Conclusão	. Despedida.	. Expositivo; . Interativo.	. Mesa e cadeiras.	10 minutos
Avaliação	. Avaliação da motivação e interesse (participação, perguntas, envolvimento).			

Referências Bibliográficas:

Amaral, A. C., Almeida, E., & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (1ª Edição, pp. 174–176). Lidel.

Sampaio, F. M. C. (2011). A Psicoeducação e a Sobrecarga do Cuidadores Informais do Idoso com Demência: Análise Baseada na Evidência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

