



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Prevenção da Síndrome de Burnout em Profissionais de Saúde: Contributos do Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiátrica

Sandra Martins González



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sandra Martins González

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**Prevenção da Síndrome de Burnout em Profissionais de
Saúde: Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde
Mental e Psiquiátrica**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Lia Raquel Teixeira de Sousa

Abril, 2026

RESUMO

O presente Relatório de Natureza Profissional tem como objetivos descrever e refletir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com especial enfoque na prevenção da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde e no contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para a promoção da saúde mental e prevenção do burnout.

O trabalho encontra-se estruturado em duas partes principais. A Parte I aborda o processo de desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, integrando o enquadramento teórico sustentado nas teorias de Hildegard Peplau e Afaf Meleis, a caracterização dos diferentes contextos de estágio - internamento de agudos, contexto comunitário e respostas diferenciadas - e a análise crítica da aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A Parte II centra-se na prática de cuidados baseada na evidência, integrando uma revisão narrativa da literatura sobre a Síndrome de Burnout, estruturada em introdução, metodologia, desenvolvimento, discussão e conclusão. Esta revisão permitiu compreender o burnout como um fenómeno multifatorial, caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, com impacto significativo na saúde dos profissionais e na qualidade dos cuidados prestados. Os resultados evidenciaram que, mesmo em grupos com níveis quantitativos de burnout considerados baixos ou moderados, a perceção subjetiva dos profissionais revela fadiga física, tensão emocional e dificuldades relacionais, reforçando a necessidade de intervenções estruturadas, contínuas e multidimensionais.

Esta parte integra ainda a descrição da aplicação da prática baseada na evidência ao longo dos estágios, através da implementação de intervenções desenvolvidas em diferentes contextos de cuidados. A análise crítica das experiências permitiu compreender que intervenções pontuais, embora relevantes, se revelam insuficientes para promover mudanças sustentadas nas culturas organizacionais, sendo necessária uma articulação consistente entre avaliação, intervenção e reflexão crítica fundamentada na evidência científica.

O Relatório de Natureza Profissional termina com uma reflexão global sobre a aquisição das competências de Mestre, evidenciando a importância da prática reflexiva, da evidência científica e do desenvolvimento contínuo de competências na prestação de cuidados especializados e humanizados.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica; Esgotamento Profissional; Prática Clínica Baseada em Evidências; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

This Professional Practice Report aims to describe and critically reflect upon the competency development pathway undertaken within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, with a particular focus on the prevention of Burnout Syndrome among healthcare professionals and on the contribution of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist to the promotion of mental health and prevention of burnout.

The report is structured into two main sections. Part I addresses the process of competency development of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist, integrating the theoretical framework supported by the theories of Hildegard Peplau and Afaf Meleis, the characterization of the different clinical placement contexts — acute inpatient care, community settings, and differentiated care services — as well as a critical analysis of the acquisition of common and specific specialist nursing competencies.

Part II focuses on evidence-based care practice, integrating a narrative literature review on Burnout Syndrome, structured into introduction, methodology, development, discussion, and conclusion. This review enabled an understanding of burnout as a multifactorial phenomenon, characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment, with a significant impact on professionals' health and on the quality of care provided. The findings demonstrated that, even in groups presenting quantitatively low or moderate levels of burnout, professionals' subjective perceptions reveal physical fatigue, emotional strain, and relational difficulties, reinforcing the need for structured, continuous, and multidimensional interventions.

This section also includes the description of the application of evidence-based practice throughout the clinical placements, through the implementation of interventions developed in different care settings. The critical analysis of these experiences highlighted that isolated interventions, although relevant, are insufficient to promote sustained

changes in organizational cultures, making consistent articulation between assessment, intervention, and critical reflection grounded in scientific evidence essential.

The Professional Practice Report concludes with an overall reflection on the acquisition of Master's-level competencies, highlighting the importance of reflective practice, scientific evidence, and the continuous development of competencies in the provision of specialized and humanized care.

Keywords: Psychiatric Nursing; Burnout, Professional; Evidence-Based Practice; Health Personnel.

AGRADECIMENTOS

Este apartado de agradecimentos constitui um momento de reflexão sobre todas as pessoas que contribuíram para a realização deste mestrado. Concluir esta etapa académica em ESMP não teria sido possível sem o apoio, a orientação e a colaboração de muitos que, com dedicação e generosidade, tornaram este percurso mais enriquecedor e significativo.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar a minha profunda gratidão aos meus docentes e professores, não apenas pelo conhecimento transmitido, mas também pelo espírito crítico e pela exigência que me desafiaram a superar limites. Uma menção muito especial à minha orientadora do relatório, Professora Doutora Lia Raquel Teixeira de Sousa, cuja orientação, disponibilidade e rigor académico foram decisivos para a concretização deste trabalho. O seu acompanhamento atento, o incentivo constante e a paciência demonstrada em cada etapa foram fundamentais para que eu pudesse estruturar e desenvolver o relatório com qualidade e profundidade.

Um agradecimento especial vai também para os meus orientadores de estágio e para todos os profissionais com quem trabalhei durante esta fase prática. O seu compromisso, experiência e disponibilidade foram determinantes para que pudesse aprender, reconhecendo também as limitações e áreas de melhoria que surgem inevitavelmente em qualquer processo de aprendizagem. A crítica construtiva e o feedback constante permitiram-me refletir sobre a minha prática, consolidar competências e preparar-me para futuros desafios profissionais.

Agradeço igualmente aos meus colegas de trabalho, que demonstraram compreensão, paciência e apoio durante este período. A colaboração e a capacidade de facilitar a conciliação entre responsabilidades académicas e profissionais tornaram esta etapa mais leve e gratificante.

À minha família, deixo um agradecimento especial, pela paciência, carinho e motivação constante, mesmo nos momentos de maior pressão. Sem o vosso apoio emocional e prático, completar esta etapa teria sido ainda mais desafiante.

Por fim, gostaria de estender a minha gratidão a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta etapa da minha vida, sejam da escola, dos estágios ou de outros contextos, e que tornaram possível a conclusão deste mestrado. Cada orientação e cada gesto de ajuda deixaram uma marca neste percurso académico e pessoal.

A todos, o meu sincero e profundo obrigado.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
PARTE I – O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EESMP	12
1. AS TEORIAS QUE SUSTENTARAM O PERCURSO FORMATIVO	12
1.1. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.....	13
1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis	15
2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	18
2.1. Estágio de natureza profissional em Internamento de agudos.....	18
2.2. Estágio de natureza profissional na Comunidade.....	19
2.3. Estágio de natureza profissional em Unidades especializadas	20
3. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	22
3.2. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	24
3.3. Domínio da melhoria contínua da qualidade	27
3.4. Domínio da gestão dos cuidados	30
3.5 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	32
4. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP	35
4.1. No contexto de internamento de agudos.....	37
4.2. No contexto de comunidade	40
4.3. No contexto de respostas diferenciadas.....	44
4.4. A contribuição da prática clínica para a construção pessoal e profissional do EESMP	46
PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA .	49
1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.....	50
1.1. Método.....	51
1.2. Desenvolvimento	57
1.3. Discussão	67

1.4. Conclusões.....	69
2. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	71
3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE	
MESTRE 75	
CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	84
APÊNDICES	95

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Atividades desenvolvidas em contexto clínico no Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.	26
Quadro 2: Atividades desenvolvidas em contexto clínico no Domínio da melhoria contínua da qualidade.	29
Quadro 3: Atividades desenvolvidas em contexto clínico no Domínio da gestão dos cuidados.	32
Quadro 4: Atividades desenvolvidas em contexto clínico no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.	34
Quadro 5: Competências Específicas do EESMP em contexto de internamento de agudos.....	40
Quadro 6: Competências Específicas do EESMP em contexto comunitário	43
Quadro 7: Competências Específicas do EESMP em contexto de respostas diferenciadas.....	45
Quadro 8: Descritores DeCS utilizados na estratégia de pesquisa	53
Quadro 9: Caracterização dos estudos incluídos na revisão da literatura.....	55
Quadro 10: Escalas de Avaliação do Burnout	67
Quadro 11: Síntese das atividades desenvolvidas sobre Burnout em contexto de estágio.....	74

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Processo de seleção dos artigos incluídos na revisão da literatura	54
--	----

SIGLAS

CRI – Centro de Respostas Integradas.

DP – Despersonalização.

DRP – Diminuição da Realização Pessoal.

EE – Exaustão Emocional.

EESMP – Enfermeiro/a Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

ESMP – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

OE – Ordem dos Enfermeiros.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PBE – Prática Baseada na Evidência.

SB – Síndrome de Burnout.

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os sistemas de saúde têm enfrentado transformações significativas, caracterizadas pelo aumento da complexidade dos cuidados, pela escassez de recursos e pela crescente exigência sobre os profissionais. Este contexto tem contribuído para a intensificação do stress ocupacional, particularmente entre os profissionais de saúde, que se encontram expostos de forma contínua a exigências emocionais, cognitivas e relacionais elevadas (Machado et al., 2024; Dalloca et al., 2024). Este ritmo intenso, aliado ao contacto constante com o sofrimento e a responsabilidade de cuidar do outro, tem levado muitos profissionais a sentirem a Síndrome de Burnout (SB), sendo reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma síndrome conceituada como resultante do stress crónico no local de trabalho que não foi gerido com sucesso. É caracterizada por três dimensões: 1) sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia; 2) aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho; e 3) uma sensação de ineficácia e falta de realização. A SB refere-se especificamente a fenómenos no contexto ocupacional e não deve ser aplicada para descrever experiências em outras áreas da vida (OMS, 2019).

Entre os profissionais de saúde, os enfermeiros encontram-se particularmente expostos ao risco de desenvolvimento de burnout, devido à natureza relacional, exigente e emocionalmente intensa do seu trabalho (Sullivan et al., 2022; Amaral & Silva, 2023). A exposição contínua ao sofrimento, à dor e à morte, aliada à sobrecarga de trabalho, à escassez de recursos e ao baixo reconhecimento profissional, contribui para níveis elevados de exaustão emocional e desgaste psicológico (Destefani et al., 2025; Zaim et al., 2024).

Um estudo que foi divulgado em Portugal pela Universidade do Minho em parceria com a Ordem dos Enfermeiros (OE) revelou que 1/5 Enfermeiros trabalhava já em situação de exaustão e 2/3 trabalhavam com um nível de stress muito elevado. (OE, 2019).

Para além do impacto individual, o burnout apresenta consequências significativas ao nível organizacional, incluindo diminuição da qualidade dos cuidados, aumento do absentismo, rotatividade profissional e maior risco de eventos adversos, comprometendo a segurança do doente e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Perniciotti et al., 2020; Sullivan et al., 2022). Deste modo, a sua prevenção e intervenção assumem-se como

prioridades estratégicas, exigindo abordagens integradas que considerem tanto fatores individuais como organizacionais (Catapano et al., 2023).

No contexto da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), a compreensão deste fenómeno reveste-se de particular relevância. O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) encontra-se numa posição privilegiada para intervir na promoção da saúde mental em contexto laboral, desempenhando um papel fundamental na identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico, na implementação de estratégias de prevenção e no desenvolvimento de intervenções dirigidas às equipas de saúde (Amaral & Silva, 2023; Conceição et al., 2024). A sua atuação contribui para a criação de ambientes de trabalho psicologicamente seguros, para o fortalecimento da resiliência e para a promoção de estratégias de coping adaptativas.

Neste sentido, a prática baseada na evidência (PBE) assume um papel central, permitindo sustentar intervenções eficazes e orientar a tomada de decisão clínica. A literatura destaca a importância de abordagens multicomponentes, que integrem estratégias individuais, como o desenvolvimento de competências de enfrentamento, e intervenções organizacionais, como a melhoria das condições de trabalho e o reforço do suporte institucional (Machado et al., 2024; Akoo et al., 2024).

Este Relatório de Natureza Profissional corresponde a uma análise crítica, reflexiva e fundamentada da prática clínica desenvolvida ao longo do percurso formativo, tem como objetivo analisar o papel do EESMP na abordagem ao burnout em profissionais de saúde, procurando compreender de que modo as suas competências específicas podem ser aplicadas na prevenção, deteção precoce e intervenção neste contexto.

Para a sua elaboração, foram utilizados como principais recursos a revisão narrativa da literatura científica, a análise reflexiva das experiências em contexto de estágio, a utilização de instrumentos de avaliação validados e a integração de referenciais teóricos relevantes para a prática de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica.

O relatório encontra-se estruturado em diferentes secções. Inicia-se com a presente introdução, onde se apresenta o enquadramento do tema e os objetivos do trabalho. Segue-se a Parte I, Processo de Desenvolvimento de Competências do EESMP, que inclui o enquadramento teórico sustentado na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e na Teoria das Transições de Afaf Meleis, a descrição dos contextos

clínicos de estágio, internamento de agudos, comunidade e respostas diferenciadas, e a análise da aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

A Parte II, Prática de Cuidados Baseada na Evidência, integra a revisão narrativa da literatura sobre a SB, estruturada em introdução, metodologia, desenvolvimento, discussão e conclusão, bem como a descrição das intervenções desenvolvidas em contexto de estágio e a reflexão sobre a aquisição de competências de mestre.

Por fim, o relatório apresenta a conclusão, onde são sintetizados os principais contributos do trabalho, seguindo-se as referências bibliográficas, anexos e apêndices.

Deste modo, este trabalho pretende contribuir para a valorização do papel do EESMP na promoção da saúde dos profissionais de saúde, reforçando a importância da prevenção do burnout como componente essencial da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento sustentável das equipas de saúde.

PARTE I – O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EESMP

A Parte I do relatório incide sobre o processo de desenvolvimento de competências do EESMP durante o percurso formativo. Nesta secção são abordados os referenciais teóricos que sustentaram a prática clínica, a descrição dos diferentes contextos de estágio e uma análise reflexiva da aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, evidenciando a articulação entre teoria, prática e desenvolvimento pessoal e profissional.

1. AS TEORIAS QUE SUSTENTARAM O PERCURSO FORMATIVO

Este capítulo tem como objetivo apresentar e analisar as teorias de enfermagem que fundamentaram o percurso formativo em ESMP, servindo de base à prática clínica desenvolvida e à reflexão crítica sobre as experiências vivenciadas. A abordagem destas teorias permite compreender o enquadramento conceptual que orientou a tomada de decisão clínica, a relação terapêutica e a construção da identidade profissional enquanto EESMP.

As teorias de enfermagem consistem em sistemas organizados de conceitos e pressupostos que visam descrever, explicar e orientar a prática do cuidado de enfermagem. O seu desenvolvimento intensificou-se a partir da segunda metade do século XX, num contexto de afirmação da enfermagem enquanto disciplina científica autónoma, marcado por um aumento significativo da produção teórica, frequentemente designado como o “boom” das teorias de enfermagem. Este movimento contribuiu para a sistematização do conhecimento disciplinar, para o fortalecimento da identidade profissional e para a promoção de uma prática baseada no pensamento crítico e reflexivo (Alligood, 2022; Meleis, 2011).

No âmbito das teorias de enfermagem, os metaparadigmas, pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, assumem um papel central, constituindo conceitos amplos e transversais que estruturam o pensamento teórico da disciplina. Estes metaparadigmas permitem enquadrar o fenómeno enfermeiro de forma holística, considerando a complexidade da experiência humana e a interação dinâmica entre os diferentes fatores que influenciam a saúde. A sua compreensão é particularmente relevante no contexto da

saúde mental, onde a relação entre a pessoa, o ambiente e os processos de saúde e doença assume um carácter dinâmico e multifatorial (Meleis, 2011; Alligood, 2022).

1.1. Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau

A Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Peplau, constitui um dos referenciais mais relevantes na ESMP, ao conceptualizar a relação terapêutica como o núcleo central do cuidado (Naranjo Hernández, 2025). Com a publicação da obra *Interpersonal Relations in Nursing* (1952), Peplau introduziu uma mudança paradigmática, deslocando o foco da prática de enfermagem da execução técnica para a dimensão relacional e terapêutica do cuidado (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005).

Este modelo assenta numa perspetiva psicodinâmica e interpessoal, influenciada por autores como Harry Stack Sullivan, entendendo a enfermagem como um processo interpessoal intencional, no qual o enfermeiro utiliza o uso terapêutico de si próprio como instrumento fundamental. Neste contexto, a relação estabelecida com a pessoa em sofrimento assume um papel transformador, permitindo a redução da ansiedade, a promoção da compreensão da experiência de doença e o desenvolvimento de estratégias adaptativas (Santos & Nóbrega, 1996).

Peplau descreve a relação terapêutica como um processo dinâmico que evolui ao longo de diferentes fases, orientação, identificação, exploração e resolução, que, embora distintas, se interligam de forma contínua e flexível (Naranjo Hernández, 2025). Esta perspetiva aproxima-se de outros autores contemporâneos que valorizam a relação como instrumento central do cuidado em saúde mental, embora Peplau se destaque pela sistematização clara do processo interpessoal e pela ênfase no papel ativo do enfermeiro enquanto agente terapêutico.

No âmbito do percurso formativo, esta teoria revelou-se transversal aos diferentes contextos de estágio, assumindo relevância no internamento de agudos, onde a relação terapêutica se constitui frequentemente como o primeiro elemento estruturante da intervenção. Neste contexto, caracterizado por situações de crise e elevada instabilidade emocional, foi possível mobilizar os pressupostos de Peplau na construção de relações terapêuticas com pessoas em sofrimento psíquico agudo (cf. apêndices X e XIII), através da escuta ativa, da empatia e da clarificação de papéis (Nasarre Grasa et al., 2025),

promovendo um ambiente de segurança emocional essencial para o estabelecimento de confiança.

Em contexto comunitário, a teoria de Peplau manifestou-se sobretudo na continuidade da relação terapêutica ao longo do tempo, nomeadamente no acompanhamento domiciliário de pessoas com psicopatologia e de cuidadores informais (cf. apêndices II e V). A proximidade relacional, a consistência da presença terapêutica e a adaptação às necessidades individuais permitiram consolidar relações baseadas na confiança (Nasarre Grasa et al., 2025), facilitando a adesão às intervenções e a promoção da autonomia. Intervenções como a estimulação cognitiva (cf. apêndice III), o acompanhamento psicoterapêutico e o apoio a cuidadores evidenciaram a importância da relação enquanto instrumento facilitador do cuidado.

No contexto de respostas diferenciadas, na intervenção com pessoas com comportamentos aditivos, a teoria de Peplau revelou-se igualmente pertinente, sobretudo na utilização de estratégias como a entrevista motivacional e na gestão da ambivalência face à mudança (Nasarre Grasa et al., 2025). A relação terapêutica assumiu-se como um espaço de negociação, compreensão e suporte, permitindo respeitar o ritmo individual da pessoa e promover o seu envolvimento no processo terapêutico.

A articulação entre estes contextos evidencia a transversalidade da teoria de Peplau, sendo possível identificar que, embora os cenários clínicos sejam distintos, a relação terapêutica permanece como elemento central do cuidado. Neste sentido, enquanto em contexto de agudos a relação se foca na estabilização e contenção emocional, em contexto comunitário privilegia-se a continuidade e o suporte, e nas respostas diferenciadas destaca-se o papel da relação na promoção da mudança comportamental.

Numa perspetiva crítica, a aplicação da Teoria das Relações Interpessoais permitiu não só orientar a intervenção junto da pessoa em sofrimento, mas também promover o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura EESMP. A gestão de situações de resistência, ambivalência e rutura relacional exigiu um elevado nível de autorreflexão, autoconsciência e regulação emocional, evidenciando que o uso terapêutico de si próprio implica um processo contínuo de desenvolvimento interno.

Contudo, importa reconhecer que a aplicação desta teoria pode ser condicionada por fatores contextuais, como a limitação de tempo, a carga assistencial e a complexidade dos contextos clínicos, particularmente em ambientes de agudos. Ainda assim, a sua

flexibilidade e aplicabilidade em diferentes cenários reforçam o seu valor enquanto referencial estruturante da prática em saúde mental.

Assim, a teoria de Peplau constituiu um pilar fundamental no percurso formativo, permitindo compreender a relação terapêutica como um processo dinâmico, intencional e transformador, essencial para a qualidade dos cuidados em ESMP.

1.2. Teoria das Transições de Afaf Meleis

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Ibrahim Meleis, constitui um referencial teórico de nível médio amplamente reconhecido na enfermagem atualmente, centrado na compreensão dos processos de mudança vivenciados pelas pessoas ao longo do ciclo de vida e em situações de saúde e doença (Meleis et al., 2000; Alligood, 2022; Del Llano Bautista et al., 2024). Esta teoria destaca-se por valorizar a experiência subjetiva da pessoa em transição, bem como os significados atribuídos às mudanças e o impacto destas na reorganização da vida.

Segundo Meleis, as transições correspondem a processos dinâmicos e complexos que envolvem alterações nos papéis, identidades, relações e padrões de comportamento, exigindo um esforço contínuo de adaptação. Estas podem assumir diferentes naturezas, desenvolvimentais, situacionais, relacionadas com a saúde e doença ou organizacionais, sendo frequentemente interdependentes, o que aumenta a complexidade da experiência vivida (Alligood, 2022).

A consciencialização (awareness) constitui uma propriedade fundamental, referindo-se ao grau em que a pessoa reconhece, compreende e atribui significado à mudança que está a vivenciar (Meleis et al., 2000; Alligood, 2022). Esta dimensão assume particular relevância em contexto de saúde mental, uma vez que, em situações de doença mental grave, a consciencialização pode encontrar-se comprometida. Alterações ao nível do funcionamento psíquico podem interferir na capacidade da pessoa para reconhecer a sua condição clínica, os sintomas associados e a necessidade de cuidados, podendo esta limitação manifestar-se através de défices de insight. Isto compromete o envolvimento ativo no processo de transição, dificultando a adesão terapêutica e a mobilização de estratégias adaptativas. Neste sentido, o EESMP assume um papel fundamental na promoção da consciencialização, através de intervenções ajustadas ao nível de compreensão da pessoa, favorecendo processos de transição mais conscientes e sustentados.

Comparativamente a outros modelos teóricos, a abordagem de Meleis distingue-se pela sistematização das propriedades da transição, das condições facilitadoras e inibidoras e dos indicadores de processo e de resultado, oferecendo ao enfermeiro um quadro conceptual robusto para a avaliação e intervenção. Enquanto Peplau centra a sua análise na relação terapêutica, Meleis amplia o foco para o processo de mudança vivido pela pessoa, permitindo uma compreensão mais global e contextualizada do fenómeno de saúde-doença.

Nos contextos clínicos, esta teoria foi relevante na compreensão das experiências dos utentes. Em contexto de internamento de agudos, foi possível observar transições associadas à doença mental aguda, caracterizadas por rutura com o funcionamento habitual, perda de controlo e elevada vulnerabilidade emocional. Nestes momentos, a intervenção do EESMP centrou-se na estabilização, na promoção de segurança e na facilitação da adaptação à situação de internamento.

Em contexto comunitário, as transições assumiram uma dimensão mais prolongada e complexa, associadas à vivência de doença crónica, ao papel de cuidador informal e à reintegração social. O acompanhamento domiciliário, as intervenções com cuidadores e as atividades grupais permitiram identificar processos de adaptação gradual (Del Llano Bautista et al., 2024; Noël-Hureaux & Gilart De Keranflec'h, 2025), nos quais fatores como o suporte social, a literacia em saúde e a relação terapêutica desempenharam um papel determinante. Intervenções como a estimulação cognitiva e a promoção da saúde mental positiva evidenciaram a importância de apoiar a pessoa na integração das mudanças e na reconstrução do seu projeto de vida (Noël-Hureaux & Gilart De Keranflec'h, 2025).

No contexto de respostas diferenciadas, nomeadamente na área dos comportamentos aditivos, a Teoria das Transições revelou-se particularmente útil na compreensão do processo de mudança comportamental (Del Llano Bautista et al., 2024), frequentemente marcado por ambivalência, recaídas e progressos não lineares. A utilização de estratégias como a prevenção da recaída permitiu apoiar a pessoa na transição entre diferentes estágios de mudança, respeitando o seu ritmo e promovendo a autonomia.

A análise transversal destes contextos evidencia que as transições em saúde mental são frequentemente complexas, prolongadas e influenciadas por múltiplos fatores, exigindo uma intervenção contínua, adaptativa e centrada na pessoa. Neste sentido, a articulação entre a Teoria das Transições de Meleis e a Teoria das Relações Interpessoais

de Peplau é enriquecedora, na medida em que a relação terapêutica constitui um instrumento essencial para facilitar processos de transição.

Numa perspectiva crítica, a aplicação da Teoria das Transições permitiu desenvolver uma compreensão mais aprofundada das experiências dos utentes, bem como do próprio processo de transição enquanto profissional em formação. A adaptação a diferentes contextos clínicos, a aquisição de novas competências e a construção da identidade profissional configuraram um processo de transição marcado por desafios, aprendizagem e crescimento.

Contudo, importa reconhecer que a operacionalização desta teoria pode ser exigente, implicando uma avaliação contínua e aprofundada dos fatores envolvidos na transição, o que nem sempre é facilmente exequível em contextos clínicos com elevada carga assistencial. Ainda assim, a sua aplicabilidade e relevância clínica tornam-na um referencial fundamental para a prática em saúde mental.

Assim, a Teoria das Transições de Afaf Meleis constituiu um suporte conceptual essencial ao longo do percurso formativo, permitindo compreender a complexidade dos processos de mudança em saúde mental e orientar a intervenção do EESMP na promoção de adaptações saudáveis, autonomia e bem-estar.

2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O capítulo a seguir tem como objetivo descrever os diferentes contextos clínicos onde se desenvolveu o estágio de natureza profissional no âmbito do Mestrado em ESMP. Pretende-se caracterizar os cenários de prática, as populações-alvo, as equipas multidisciplinares e o papel do EESMP em cada contexto, evidenciando a diversidade de intervenções e experiências que contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas.

O capítulo encontra-se organizado em três subcapítulos: o estágio em contexto de internamento de agudos, o estágio em contexto comunitário e o estágio em respostas diferenciadas.

2.1. Estágio de natureza profissional em Internamento de agudos

O estágio decorreu num hospital psiquiátrico do Norte de Portugal. A Unidade é um espaço de internamento psiquiátrico de carácter agudo, com duas alas: uma dedicada ao tratamento psiquiátrico e outra à desabitação de substâncias.

Recebe homens e mulheres com patologias variadas, desde esquizofrenia, demência, depressão e ansiedade, até perturbações de personalidade, autismo e situações de debilidade. A ala de desabitação acompanha casos relacionados com álcool, estupefacientes e benzodiazepinas. O ambiente da unidade exige atenção, sensibilidade e uma abordagem centrada na pessoa.

A equipa multidisciplinar é extensa e integrada, contando com EESMP, enfermeiro chefe, auxiliares de enfermagem, psiquiatras, psicólogos, técnicos de serviço social, educador social, professor de educação física, elementos da equipa pastoral e outros profissionais como fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

O papel do EESMP é especialmente relevante nesta unidade porque participa na elaboração de planos individuais de intervenção, no encaminhamento dos utentes para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental e Psiquiatria, e na redação da carta de alta, além disso desenvolve competências nas vertentes psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducativa, sempre centradas na pessoa e na relação terapêutica, pautadas pela empatia, confiança e respeito como são as técnicas de modificação do comportamento, relação de ajuda, entrevistas motivacionais, e técnicas de resolução de problemas.

A Unidade dispõe de um Projeto de Operacionalização de Alta, que assegura que o processo de saída do utente seja planeado de forma estruturada e acompanhado de forma contínua após a alta, reforçando a segurança e o apoio no processo de recuperação.

2.2. Estágio de natureza profissional na Comunidade

O estágio em contexto comunitário decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada num centro de saúde pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Norte de Portugal. O edifício onde está sediada tem dois pisos, no piso inferior recepção e gabinetes médicos e no piso superior os gabinetes de enfermagem, incluindo os da UCC e salas de tratamentos; A UCC constitui uma unidade funcional de base comunitária, orientada para a prestação de cuidados de proximidade, contínuos e integrados, dirigidos a indivíduos, famílias e grupos durante o ciclo vital, com particular enfoque em populações em situação de vulnerabilidade clínica e psicossocial.

Esta unidade desenvolve intervenções nas áreas da promoção da saúde, prevenção da doença, acompanhamento de situações crónicas e continuidade de cuidados, assumindo um papel relevante na resposta comunitária em saúde mental. Neste contexto de ESMP, são acompanhadas pessoas com perturbações mentais crónicas, dificuldades de adaptação psicossocial e necessidades de apoio prolongado, sendo a intervenção orientada para a promoção da autonomia, a prevenção de recaídas, o fortalecimento das competências pessoais e a reintegração social.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros especialistas em diversas áreas, ESMP, Saúde Comunitária e Pública, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Reabilitação, Médico-Cirúrgica e Cuidados Paliativos, bem como por enfermeiros generalistas. A equipa multidisciplinar integra ainda outros profissionais de saúde, nomeadamente psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e nutricionista, permitindo uma abordagem integrada e complementar às necessidades da população acompanhada.

O EESMP assume um papel central neste contexto, intervindo na avaliação especializada em saúde mental, no acompanhamento individual e domiciliário, na psicoeducação, na promoção de competências de coping e autocontrolo emocional, bem como na articulação com recursos comunitários e institucionais. A prática do EESMP pauta-se por uma abordagem preventiva, promotora de saúde mental e facilitadora da

continuidade de cuidados, privilegiando a proximidade, a acessibilidade e a construção de relações terapêuticas significativas.

A UCC mantém uma articulação estreita com diversos parceiros comunitários e institucionais, nomeadamente autarquias, instituições particulares de solidariedade social, estruturas residenciais e outros dispositivos da rede de cuidados de saúde mental. Esta articulação permite uma resposta mais eficaz e ajustada às necessidades reais da comunidade, reforçando o suporte social, a continuidade do acompanhamento e a humanização dos cuidados prestados.

2.3. Estágio de natureza profissional em Unidades especializadas

O estágio de natureza profissional em unidades especializadas decorreu num Centro de Respostas Integradas (CRI), uma estrutura integrada no Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). O CRI constitui um dispositivo especializado de base comunitária, organizado por território, com intervenção nas áreas do tratamento, prevenção, redução de riscos e minimização de danos e reinserção social, dirigido a pessoas com comportamentos aditivos e dependências (com ou sem substância).

A instituição encontra-se atualmente instalada num edifício de carácter provisório. As instalações incluem quatro gabinetes destinados a consultas médicas e de psicologia, uma sala de enfermagem, uma área de receção e atendimento ao público e dois gabinetes utilizados como espaços de trabalho pelos profissionais. Existe ainda uma zona de sala de espera equipada com cadeiras para os utentes.

Contudo, o espaço apresenta dimensões reduzidas e revela-se, no momento atual, pouco funcional para as necessidades do serviço. A limitação física das instalações tem vindo a constituir um desafio, particularmente no que diz respeito ao acolhimento dos utentes e à organização das atividades assistenciais, devido à evidente falta de espaço.

A equipa do serviço é constituída por diferentes profissionais de saúde e de apoio, refletindo a natureza multidisciplinar da intervenção neste contexto. Integra dois médicos psiquiatras, seis enfermeiros, dos quais três possuem a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, cinco psicólogas, dois assistentes técnicos, dois assistentes sociais, bem como profissionais responsáveis pela limpeza e pelo funcionamento da receção.

Este contexto caracteriza-se por elevada complexidade clínica, relacional e social, exigindo intervenções especializadas, contínuas e ajustadas aos diferentes percursos de mudança dos utentes. A população acompanhada é diversificada, incluindo pessoas com dependência ativa, em programas de manutenção, em processo de redução de consumos ou em fase de abstinência, frequentemente associadas a comorbilidades psiquiátricas, vulnerabilidade social e risco de recaída.

A intervenção no CRI é assegurada por uma equipa multidisciplinar especializada, que trabalham de forma articulada na construção de planos terapêuticos individualizados. A abordagem adotada privilegia a continuidade de cuidados, a responsabilização do utente pelo seu processo terapêutico e a articulação com recursos comunitários e institucionais, promovendo respostas integradas e sustentadas no tempo.

O EESMP desempenha um papel fundamental neste contexto, assumindo funções centrais na avaliação em saúde mental, no acompanhamento individual, na utilização da entrevista motivacional, na prevenção da recaída, na psicoeducação e na promoção de estratégias de coping e autocontrolo emocional. A atuação do EESMP contribui para a adesão ao tratamento, a promoção da autonomia e a redução de comportamentos de risco, integrando-se nas competências específicas definidas para a prática especializada em saúde mental e psiquiátrica.

Este contexto especializado permitiu consolidar competências clínicas avançadas, aprofundar a intervenção terapêutica em comportamentos aditivos e dependências e reforçar a articulação entre teoria e prática. Paralelamente, constituiu um espaço privilegiado de desenvolvimento pessoal e profissional, favorecendo uma prática reflexiva, ética e centrada na pessoa, alinhada com os princípios da ESMP.

3. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O presente capítulo descreve e analisa o processo de aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista durante o percurso formativo em ESMP, evidenciando de que forma estas foram desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio. Pretende-se refletir sobre a integração destas competências na prática clínica, destacando a sua aplicação transversal aos vários cenários e a sua relevância para uma intervenção especializada, ética, segura e baseada na evidência científica.

Entende-se por competência a capacidade de mobilizar, de forma integrada, conhecimentos, habilidades técnicas, capacidades relacionais, atitudes e valores, permitindo ao profissional atuar de forma eficaz em situações complexas e em contextos em constante mudança (Le Boterf, 2003). No âmbito da enfermagem especializada, estas competências encontram-se regulamentadas e organizadas em domínios pela Ordem dos Enfermeiros, orientando a prática profissional do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

A aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista constitui um eixo estruturante do percurso em ESMP, orientando o desenvolvimento de uma prática clínica diferenciada, ética, segura e sustentada na melhor evidência científica disponível.

No âmbito da formação avançada em enfermagem, torna-se fundamental distinguir os conceitos de conhecimento e competência, frequentemente utilizados de forma indistinta, mas que assumem significados distintos e complementares. O conhecimento refere-se ao conjunto de saberes teóricos e científicos que sustentam a prática profissional, integrando tanto dimensões explícitas como tácitas, construídas através da aprendizagem e da experiência (Polanyi, 1966). Patricia Benner (2001) reforça que o conhecimento, em contexto clínico, se desenvolve progressivamente ao longo da experiência, sendo transformado em saber prático que permite uma compreensão mais aprofundada das situações de cuidado. Por sua vez, a competência implica a mobilização integrada desse conhecimento, articulado com capacidades técnicas, relacionais, atitudes e valores, possibilitando ao profissional atuar de forma eficaz em situações complexas e contextos dinâmicos (Guy Le Boterf, 2003). Deste modo, enquanto o conhecimento constitui a base conceptual do saber, a competência traduz-se na capacidade de o aplicar de forma crítica, reflexiva e contextualizada na prática clínica.

Deste modo, enquanto o conhecimento representa o saber, a competência traduz-se no saber agir em contexto, exigindo não apenas a posse de informação, mas a sua

utilização crítica, reflexiva e adaptada às necessidades da pessoa. Esta distinção é relevante na enfermagem especializada, onde a complexidade dos contextos clínicos exige uma constante articulação entre teoria e prática, evidenciando que a competência não se limita à acumulação de saberes, mas à sua transformação em ação profissional qualificada.

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (OE, 2019), as competências comuns do Enfermeiro Especialista organizam-se em quatro domínios fundamentais: Domínio A, responsabilidade profissional, ética e legal; Domínio B, melhoria contínua da qualidade; Domínio C, gestão dos cuidados; e Domínio D, desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assume relevância no contexto da saúde mental, onde a tomada de decisão clínica envolve frequentemente situações de elevada complexidade e vulnerabilidade. Ao longo do percurso formativo, este domínio traduziu-se na necessidade de integrar princípios éticos, normativos legais e valores deontológicos na relação com a pessoa, promovendo a sua autonomia, dignidade e participação ativa no processo de tomada de decisão. A construção de intervenções em parceria com o utente, o respeito pela confidencialidade e a gestão de situações de maior fragilidade emocional evidenciaram a importância de uma prática ética, consciente e humanizada.

O domínio da melhoria contínua da qualidade evidencia o papel do enfermeiro especialista enquanto agente promotor da qualidade e segurança dos cuidados. Neste âmbito, destacou-se a mobilização de evidência científica na fundamentação das intervenções, bem como a capacidade de identificar oportunidades de melhoria nos diferentes contextos de estágio. A preocupação com a adequação das intervenções, a segurança da pessoa e a avaliação dos resultados em saúde revelou-se transversal às experiências desenvolvidas, reforçando a importância de uma prática baseada na evidência.

O domínio da gestão dos cuidados traduz-se na capacidade de organizar, coordenar e otimizar as respostas assistenciais, garantindo a continuidade e a articulação dos cuidados. Ao longo do percurso formativo, foi possível desenvolver competências relacionadas com a priorização de intervenções, a articulação com equipas multidisciplinares e a adaptação das respostas às necessidades específicas da pessoa. A gestão de situações complexas, particularmente em contexto de internamento de agudos,

evidenciou a importância da tomada de decisão clínica fundamentada e da capacidade de adaptação a contextos dinâmicos.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais integra dimensões como o autoconhecimento, a reflexão crítica e a aprendizagem ao longo da vida. Este domínio assume especial importância na ESMP, onde o uso terapêutico de si próprio, a gestão emocional e a autorregulação são competências essenciais. A reflexão sobre as experiências vividas, o reconhecimento dos próprios limites e a procura contínua de conhecimento contribuíram para o desenvolvimento de uma prática mais consciente, crítica e fundamentada.

A articulação destes domínios evidencia que a aquisição das competências comuns não resulta apenas da acumulação de conhecimento, mas de um processo dinâmico de integração, reflexão e aplicação prática, no qual o enfermeiro especialista desenvolve a capacidade de agir de forma autónoma, crítica e contextualizada face à complexidade dos cuidados.

3.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal integra um conjunto de competências que orientam a prática do Enfermeiro Especialista no respeito pelos princípios éticos, normativos legais e valores deontológicos, assegurando uma intervenção centrada na dignidade, autonomia e direitos da pessoa (OE, 2019). Em contexto de saúde mental, este domínio assume gran relevância, dada a vulnerabilidade acrescida das pessoas em situação de sofrimento psíquico e a complexidade inerente à tomada de decisão clínica.

A ética em ESMP implica uma prática consciente, reflexiva e fundamentada, na qual o enfermeiro é chamado a gerir dilemas éticos relacionados com a autonomia, o consentimento informado, a confidencialidade e a proteção da pessoa. A relação terapêutica é fundamental na intervenção, devendo assentar no respeito pela singularidade da pessoa, na promoção da sua autonomia e na consideração do seu contexto de vida, mesmo em situações de maior fragilidade psíquica (Nunes, 2026).

De acordo com Nunes (2026), o cuidado em saúde mental exige do enfermeiro uma postura ética que integre empatia, autenticidade e responsabilidade, sendo fundamental a capacidade de reconhecer e gerir os limites entre proteção e autonomia. A tomada de decisão ética implica, assim, um processo contínuo de reflexão crítica, no qual

são ponderados os valores da pessoa, os princípios deontológicos e o enquadramento legal da prática profissional.

Este domínio foi desenvolvido de forma transversal nos diferentes contextos de estágio. No internamento de agudos, na gestão de situações de elevada vulnerabilidade e instabilidade emocional, nas quais foi necessário mobilizar competências de avaliação contínua do estado mental, identificação de risco e adequação da intervenção ao quadro clínico do utente. A atuação implicou a clarificação do papel profissional, a comunicação terapêutica ajustada ao nível de compreensão da pessoa e a obtenção de consentimento informado sempre que possível. Em situações de maior desorganização psíquica, foi essencial garantir a proteção da pessoa, assegurando simultaneamente o respeito pela sua dignidade, nomeadamente através da manutenção da privacidade, da confidencialidade e da utilização de uma abordagem não coerciva sempre que viável, evidenciando uma prática diferenciada do EESMP.

Na comunidade, esta competência manifestou-se sobretudo através da realização de intervenções domiciliárias e do acompanhamento próximo de utentes e famílias, o que exigiu uma adaptação contínua da prática aos valores, crenças e contexto sociocultural de cada pessoa. O acompanhamento de cuidadores informais implicou não só a escuta ativa e o apoio emocional, mas também a integração do enquadramento jurídico, nomeadamente através da aplicação do Estatuto do Cuidador Informal, permitindo orientar o acesso a direitos e recursos formais. Estas intervenções contribuíram para a diminuição da sobrecarga emocional do cuidador, melhoria do equilíbrio psicológico e reforço da capacidade de cuidar, evidenciando ganhos em saúde indiretos na pessoa cuidada.

No estágio de respostas diferenciadas, revelou-se fundamental na intervenção junto de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, contextos frequentemente marcados por ambivalência, resistência à mudança e estigma social. A utilização da entrevista motivacional implicou a adoção de uma postura não julgadora, centrada na pessoa e respeitadora do seu ritmo de mudança, promovendo a autonomia e a corresponsabilização no processo terapêutico. A gestão da confidencialidade e do consentimento assumiu particular importância, sobretudo em situações de recusa de intervenção, nas quais foi necessário aceitar a decisão do utente, mantendo a disponibilidade terapêutica e a continuidade da relação, reconhecendo que a mudança pode ocorrer de forma gradual.

Contudo, importa refletir criticamente que a aplicação dos princípios éticos nem sempre foi linear, particularmente em situações em que a autonomia da pessoa se encontrava comprometida ou em contextos de risco para si ou para terceiros. Estas situações exigiram uma ponderação constante entre a proteção da pessoa e o respeito pela sua autodeterminação, evidenciando a complexidade da tomada de decisão ética em saúde mental.

Este processo contribuiu para o desenvolvimento de uma maior consciência ética, capacidade de análise crítica e responsabilidade profissional, reforçando a importância de uma prática reflexiva, fundamentada e alinhada com os princípios deontológicos e legais que orientam o exercício do Enfermeiro Especialista.

Numa perspetiva crítica, este domínio evidenciou-se exigente no contexto da prática em saúde mental, onde a tomada de decisão nem sempre é linear e implica a gestão constante de dilemas éticos. A necessidade de equilibrar a proteção da pessoa com o respeito pela sua autonomia constituiu um dos principais desafios. Este processo permitiu desenvolver uma maior capacidade de análise crítica, tomada de decisão fundamentada e consciência ética, reforçando a importância de uma prática reflexiva e ajustada à complexidade dos contextos clínicos. Simultaneamente, contribuiu para a consolidação do papel do EESMP enquanto profissional diferenciado, capaz de integrar princípios éticos e legais na prestação de cuidados especializados em saúde mental, conforme sintetizado no Quadro 1.

Quadro 1: Atividades desenvolvidas em contexto clínico no Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Competência Comum	Atividades realizadas em contexto de estágio
A - Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	- Respeito pelos princípios éticos e deontológicos em todos os contextos (confidencialidade, autonomia e consentimento informado); - Gestão de situações de vulnerabilidade e risco, assegurando a dignidade da pessoa; - Intervenção ética, respeitando o ritmo individual e a adesão voluntária ao tratamento; - Aplicação do enquadramento legal no acompanhamento de cuidadores informais (Estatuto do Cuidador Informal); - Promoção de relações terapêuticas baseadas na confiança, respeito e não julgamento.

3.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados integra competências que visam garantir uma prática clínica segura, eficaz e centrada na pessoa, sustentada na melhor evidência científica disponível (OE, 2019). Este domínio pressupõe a capacidade de identificar riscos, monitorizar resultados, implementar medidas de melhoria e promover uma cultura de segurança, assumindo o enfermeiro especialista um papel ativo na governação clínica.

A qualidade em saúde mental está intimamente relacionada com a adequação das intervenções às necessidades da pessoa, a continuidade dos cuidados e a minimização de riscos associados à prática clínica. De acordo com a literatura, a segurança dos cuidados implica não só a prevenção de eventos adversos, mas também a criação de ambientes terapêuticos seguros, que promovam o bem-estar e a recuperação da pessoa (Nunes, 2026). Neste contexto, a utilização de evidência científica, instrumentos de avaliação validados e indicadores de resultado assume particular relevância na sustentação da prática clínica.

Esta competência foi desenvolvida nos diferentes contextos de estágio através da utilização sistemática de instrumentos de avaliação, escalas, índices e questionários validados (cf. anexos I - X), da definição de objetivos terapêuticos mensuráveis e da monitorização contínua dos resultados das intervenções. A aplicação de instrumentos como o MMSE (cf. anexo VII), HADS (cf. anexo VI), escalas de sobrecarga do cuidador, nomeadamente, CAMI, CADI e CASI (cf. anexos IV, V e X) e outros indicadores clínicos permitiu fundamentar o julgamento clínico, avaliar a evolução dos utentes e ajustar as intervenções de forma contínua, promovendo uma prática baseada na evidência e orientada para resultados em saúde.

No internamento de agudos, destacou-se a atenção permanente à gestão do risco, através da observação sistemática do comportamento, avaliação contínua do estado mental e identificação precoce de sinais de descompensação. A prevenção de comportamentos autolesivos e heteroagressivos implicou a implementação de estratégias de vigilância terapêutica, adequação do ambiente e intervenção precoce perante alterações comportamentais. A criação de ambientes terapêuticos seguros incluiu a utilização de comunicação estruturada, contenção verbal e adaptação das intervenções ao estado clínico do utente, contribuindo para a estabilização emocional e redução de

episódios críticos, evidenciando ganhos em saúde ao nível da segurança e controlo sintomatológico.

Na UCC, materializou-se na participação ativa em projetos estruturados, como o projeto na Investigação Ação nas Demências (IADEM) (cf. apêndices II e III), o Projeto que aborda os Problemas Ligados ao Álcool e Comportamentos Aditivos e Dependências (PLA-CAD) (cf. apêndice I) e intervenções em saúde escolar (cf. apêndice VI), permitindo integrar a evidência científica na prática e desenvolver intervenções planeadas, avaliadas e ajustadas às necessidades identificadas. No âmbito do IADEM, a implementação de sessões de estimulação cognitiva baseadas em avaliação prévia e reavaliação sistemática permitiu observar melhorias ao nível da atenção, memória e participação ativa do utente, contribuindo para a manutenção das funções cognitivas e aumento da autonomia. No acompanhamento de cuidadores informais, a utilização de escalas específicas permitiu identificar níveis elevados de sobrecarga e implementar intervenções dirigidas, traduzindo-se numa melhoria do bem-estar emocional e da capacidade de cuidar.

Relativamente ao PLA-CAD, a intervenção centrou-se na utilização de estratégias baseadas na evidência, nomeadamente a entrevista motivacional, permitindo avaliar o estado motivacional do utente, identificar fases do processo de mudança e adaptar a intervenção ao seu nível de prontidão. Embora nem sempre se verificasse adesão imediata, a intervenção contribuiu para o aumento da consciencialização do problema e para a redução de comportamentos de risco a médio prazo.

A recolha sistemática de dados, a análise de resultados e a reformulação das estratégias de intervenção contribuíram para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo ajustar as respostas às necessidades reais dos utentes e promover intervenções mais eficazes e individualizadas.

No contexto das respostas diferenciadas, esta competência foi reforçada pela necessidade de assegurar práticas seguras em populações com elevado risco de recaída. A implementação de estratégias de prevenção da recaída (cf. apêndices XV, XVI e XVII), a monitorização contínua do comportamento e a articulação com a rede de suporte permitiram promover a continuidade de cuidados e a adesão ao tratamento, contribuindo para a redução da probabilidade de recaída e para a estabilização do percurso terapêutico.

Contudo, importa refletir criticamente que a implementação consistente de práticas orientadas para a melhoria contínua da qualidade nem sempre foi linear, sendo condicionada por fatores como a variabilidade dos contextos, limitações de recursos e

elevada carga assistencial. Estas dificuldades exigiram capacidade de adaptação, priorização de intervenções e tomada de decisão clínica em contextos complexos.

Este percurso permitiu desenvolver uma maior consciência da importância da avaliação contínua dos cuidados, da utilização sistemática da evidência científica e do papel do Enfermeiro Especialista na promoção de cuidados seguros e de qualidade, contribuindo para a melhoria dos resultados em saúde mental.

Numa perspectiva crítica, este domínio evidenciou a complexidade da implementação de práticas orientadas para a melhoria contínua da qualidade em contextos clínicos exigentes, onde a limitação de recursos e a variabilidade das situações condicionam a consistência das intervenções. A necessidade de articular a evidência científica com a realidade prática implicou um exercício contínuo de adaptação e tomada de decisão fundamentada. Este processo contribuiu para o desenvolvimento de uma maior capacidade de análise crítica, autonomia profissional e responsabilidade na monitorização de resultados em saúde, reforçando o papel do EESMP como agente promotor da qualidade, segurança e eficácia dos cuidados em saúde mental, conforme sintetizado no Quadro 2.

Quadro 2: Atividades desenvolvidas em contexto clínico no Domínio da melhoria contínua da qualidade

Competência Comum	Atividades realizadas em contexto de estágio
B - Domínio da melhoria contínua da qualidade	- Utilização de instrumentos de avaliação validados; - Monitorização contínua dos resultados das intervenções; - Implementação de intervenções baseadas na evidência, como a estimulação cognitiva, a entrevista motivacional e as técnicas psicoterapêuticas; - Gestão do risco com a prevenção de comportamentos autolesivos e heteroagressivos; - Participação em projetos estruturados, com avaliação de impacto; - Promoção da continuidade de cuidados e aumento da adesão assistencial.

3.3. Domínio da gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados e liderança clínica integra competências que permitem ao Enfermeiro Especialista organizar, articular e coordenar intervenções, promovendo uma resposta integrada, eficiente e centrada na pessoa, bem como facilitando o trabalho em equipa e a comunicação interprofissional (OE, 2019). Este domínio implica a capacidade de tomada de decisão clínica fundamentada, gestão de recursos e coordenação de cuidados, assumindo o enfermeiro um papel ativo na liderança dos processos assistenciais.

A gestão dos cuidados em saúde mental exige uma visão global da pessoa, considerando a sua complexidade clínica, contexto familiar e social, bem como a articulação entre diferentes níveis de cuidados. Neste âmbito, a liderança clínica traduz-se na capacidade de influenciar positivamente a equipa, promover a comunicação eficaz e garantir a continuidade e qualidade das intervenções, assegurando respostas ajustadas às necessidades da pessoa.

Esta competência foi desenvolvida por meio da participação ativa na elaboração, implementação e atualização de planos de cuidados individualizados, em articulação com equipas multidisciplinares. Este processo implicou a realização de avaliação global da pessoa, identificação de necessidades prioritárias, definição de objetivos terapêuticos e seleção de intervenções especializadas ajustadas ao contexto clínico. A articulação com diferentes profissionais permitiu integrar contributos multidisciplinares, garantindo uma abordagem holística e coerente, centrada na pessoa e orientada para a promoção da autonomia e recuperação.

Em contexto de internamento de agudos, a gestão dos cuidados exigiu uma articulação constante entre profissionais, enfermeiros, médicos, psicólogos e restantes elementos da equipa, assegurando a continuidade das intervenções ao longo do internamento. A monitorização contínua da evolução clínica, a adaptação dos planos de cuidados e a priorização de intervenções face a situações de instabilidade exigiram uma tomada de decisão rápida e fundamentada. A participação no planeamento da alta e na preparação da continuidade de cuidados permitiu promover a transição segura para a comunidade, contribuindo para a redução do risco de recaída e melhoria da adesão ao tratamento.

Em contexto comunitário, a multiplicidade de intervenientes implicou uma articulação com assistentes sociais, psicólogos, unidades de saúde familiar, escolas e

parceiros comunitários. A gestão dos cuidados incluiu a coordenação de intervenções domiciliárias, acompanhamento de utentes com doença mental crónica e apoio a cuidadores informais, garantindo a continuidade e consistência das intervenções. A articulação em rede permitiu otimizar recursos, evitar duplicação de cuidados e promover respostas ajustadas às necessidades da pessoa e da família, traduzindo-se em ganhos ao nível da funcionalidade, autonomia e integração social.

No contexto das respostas integradas, a gestão e coordenação dos cuidados evidenciaram-se na construção de planos terapêuticos individualizados, na utilização de estratégias como a entrevista motivacional e na implementação de intervenções direcionadas para a prevenção da recaída. A articulação com recursos comunitários e institucionais, bem como a promoção da corresponsabilização do utente no seu processo terapêutico, contribuíram para o aumento da adesão ao tratamento, melhoria do autocontrolo e redução de comportamentos de risco, reforçando a continuidade e a eficácia das intervenções.

Contudo, o desenvolvimento de competências ao nível da liderança clínica constituiu um processo gradual, particularmente no que se refere à assunção de um papel mais ativo na coordenação de cuidados e na tomada de decisão. A necessidade de ganhar confiança, afirmar a intervenção profissional e gerir dinâmicas de equipa representou um desafio, sobretudo em fases iniciais do percurso formativo.

Este processo contribuiu para o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação, assertividade e trabalho em equipa, reforçando a importância do Enfermeiro Especialista como elemento facilitador da articulação de cuidados e promotor de respostas integradas e centradas na pessoa.

Criticamente, o desenvolvimento de competências ao nível da gestão dos cuidados e liderança clínica evidenciou-se como um processo progressivo e exigente, particularmente no que respeita à assunção de um papel ativo na coordenação de intervenções e na tomada de decisão autónoma. A necessidade de gerir dinâmicas de equipa, articular diferentes profissionais e garantir a continuidade de cuidados em contextos complexos constituiu um desafio significativo ao longo do percurso formativo. Este processo permitiu consolidar competências de liderança, comunicação e tomada de decisão fundamentada, reforçando o papel do EESMP como elemento central na organização dos cuidados e na promoção de respostas integradas, eficazes e centradas na pessoa, conforme sintetizado no Quadro 3.

Quadro 3: Atividades desenvolvidas em contexto clínico no Domínio da gestão dos cuidados

Competência Comum	Atividades realizadas em contexto de estágio
C - Domínio da gestão dos cuidados	- Elaboração, implementação e avaliação de planos de cuidados individualizados; - Articulação com equipas multidisciplinares; - Coordenação de intervenções em diferentes contextos; - Planeamento e dinamização de intervenções grupais e formativas; - Participação na organização de cuidados e preparação da alta; - Desenvolvimento de projetos e materiais clínicos, como folhetos e consultas de prevenção da recaída; - Promoção da articulação em rede com recursos comunitários.

3.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais integra competências relacionadas com o autoconhecimento, a autorregulação emocional, a assertividade e a fundamentação da prática em evidência científica, sendo essencial para o exercício autónomo e consciente do Enfermeiro Especialista (OE, 2019). Este domínio pressupõe uma atitude reflexiva contínua, orientada para a melhoria da prática clínica, bem como o compromisso com a aprendizagem ao longo da vida.

Em contexto de ESMP, este domínio assume importância, uma vez que a utilização terapêutica de si próprio constitui um instrumento central da intervenção. O enfermeiro é chamado a desenvolver a capacidade de reconhecer e gerir as suas emoções, compreender o impacto da sua presença na relação terapêutica e ajustar a sua intervenção às necessidades da pessoa, promovendo uma prática mais consciente, ética e eficaz.

O desenvolvimento desta competência ocorreu de forma transversal nos diferentes contextos de estágio, exigindo uma reflexão contínua sobre o impacto de si próprio na relação terapêutica, a gestão das emoções associadas ao contacto com o sofrimento psíquico e o reconhecimento dos próprios limites. Esta reflexão foi sustentada na análise das experiências clínicas, no feedback da equipa e na integração progressiva de conhecimento científico na prática, permitindo uma evolução consistente ao longo do percurso formativo.

No internamento de agudos, a exposição a situações de elevada intensidade emocional, instabilidade clínica e frustração terapêutica exigiu um exercício constante de autorregulação emocional, na gestão de sentimentos de impotência, ansiedade e frustração perante a ausência de resultados imediatos. A adaptação da intervenção ao estado clínico do utente implicou o recurso a estratégias como a comunicação terapêutica,

a contenção verbal e a presença terapêutica, contribuindo para a estabilização emocional do utente e para o desenvolvimento de uma postura profissional mais segura, consciente e ajustada às exigências do contexto.

Na comunidade, a condução de intervenções individuais e em grupo, como sessões de estimulação cognitiva, promoção da saúde mental positiva e acompanhamento de cuidadores informais, favoreceu o desenvolvimento da assertividade, empatia e capacidade de adaptação da intervenção. A necessidade de ajustar a comunicação a diferentes níveis de literacia e contextos socioculturais permitiu desenvolver competências relacionais fundamentais. Paralelamente, a utilização de instrumentos de avaliação e de intervenções baseadas na evidência contribuiu para ganhos em saúde, nomeadamente ao nível da melhoria das funções cognitivas, redução da sobrecarga do cuidador e promoção do bem-estar emocional.

Nas respostas integradas, esta competência revelou-se determinante na intervenção junto de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, frequentemente marcadas por ambivalência, resistência à mudança e risco de recaída. A utilização da entrevista motivacional exigiu uma elevada capacidade de escuta ativa, gestão da frustração e respeito pelo ritmo do utente, permitindo trabalhar a ambivalência e promover a motivação para a mudança. A aplicação de estratégias de prevenção da recaída, sustentadas em evidência científica, contribuiu para o desenvolvimento de competências de autocontrolo e para a redução de comportamentos de risco, reforçando a importância da prática baseada na evidência.

Importa reconhecer que o desenvolvimento destas competências não ocorreu de forma linear, sendo marcado por momentos de dúvida, insegurança e necessidade de adaptação. A exposição a contextos clínicos exigentes evidenciou a importância da reflexão crítica, da supervisão e do investimento contínuo no desenvolvimento pessoal e profissional.

Este percurso contribuiu para a construção de uma prática mais consciente, reflexiva e fundamentada, reforçando a importância da aprendizagem ao longo da vida e da prática baseada na evidência como pilares essenciais para o exercício do EESMP.

O desenvolvimento destas competências foi um processo contínuo e exigente, dependente da capacidade de autorreflexão, supervisão e integração da experiência clínica com o conhecimento científico. A necessidade de lidar com a incerteza, gerir emoções e adaptar a intervenção a contextos complexos constituiu um desafio constante ao longo do percurso formativo. Este processo permitiu consolidar uma prática mais

consciente, autónoma e fundamentada, reforçando o papel do EESMP como profissional reflexivo, capaz de integrar a evidência científica na tomada de decisão e de promover cuidados de qualidade em saúde mental, conforme sintetizado no Quadro 4.

Quadro 4: Atividades desenvolvidas em contexto clínico no Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência Comum	Atividades realizadas em contexto de estágio
D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	- Reflexão contínua sobre a prática clínica e desenvolvimento do autoconhecimento; - Gestão das emoções em contextos de elevada exigência; - Desenvolvimento de competências relacionais como a empatia, a escuta ativa e a assertividade; - Integração da evidência científica na prática; - Adaptação da intervenção às características individuais da pessoa, família e contexto; - Participação em formação, supervisão e autoavaliação contínua; - Construção progressiva da identidade profissional enquanto EESMP.

4. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EESMP

Este capítulo tem como objetivo analisar de forma crítica a aquisição e o desenvolvimento das competências específicas do EESMP.

Para uma melhor sistematização da reflexão, o capítulo encontra-se organizado em diferentes subcapítulos, correspondentes aos contextos de prática clínica onde decorreu o estágio. Assim, no subcapítulo 4.1 procede-se à análise da aquisição das competências específicas no contexto de internamento de agudos, evidenciando as intervenções desenvolvidas e os ganhos obtidos em saúde mental. No subcapítulo 4.2 aborda-se o contexto comunitário, com enfoque na avaliação global em saúde mental, na intervenção terapêutica, no trabalho com famílias e na promoção da saúde mental. O subcapítulo 4.3 refere-se ao contexto de respostas diferenciadas, destacando as especificidades da intervenção especializada nestes dispositivos.

Por fim, no subcapítulo 4.4 é apresentada uma reflexão crítica e pessoal sobre a contribuição da prática clínica para a construção da identidade profissional do ESMP, integrando o percurso formativo, os desafios vivenciados e o desenvolvimento pessoal e profissional durante os estágios.

As competências específicas do EESMP encontram-se definidas no Regulamento n.º 515/2018 da OE (OE, 2018), constituindo o referencial normativo que orienta a prática clínica especializada nesta área. Estas competências refletem um nível avançado de conhecimento, intervenção e responsabilidade profissional, centrando-se na promoção, proteção e recuperação da saúde mental da pessoa, família, grupos e comunidade.

Um dos pilares fundamentais destas competências específicas é o desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, o que é fundamental na relação terapêutica. O EESMP utiliza de forma intencional e reflexiva a sua própria pessoa como instrumento terapêutico, reconhecendo emoções, valores, atitudes e reações que podem influenciar o processo. A capacidade de identificar fenómenos de transferência e contratransferência, de manter limites profissionais e de monitorizar respostas emocionais constitui um elemento central da prática especializada em saúde mental.

Outro domínio principal das competências específicas refere-se à avaliação abrangente em saúde mental, que permite compreender a pessoa de forma integrada, considerando a sua história de saúde mental, o contexto familiar e social, os recursos disponíveis e o impacto da doença na funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. Esta

avaliação vai além da identificação de sintomas, englobando a análise das respostas humanas, dos fatores de risco e de proteção e da interação entre o indivíduo e os diferentes sistemas em que se insere, constituindo a base para um plano de cuidados individualizado.

As competências específicas do EESMP incluem ainda a capacidade de estabelecer diagnósticos de ESMP, recorrendo a sistemas de taxonomia reconhecidos, bem como de identificar situações de crise, emergência psiquiátrica e risco para a pessoa ou para terceiros. A avaliação contínua do risco, a diferenciação entre exacerbações de perturbações mentais e novos problemas de saúde, e a monitorização de complicações associadas à doença mental são aspetos essenciais da intervenção especializada, particularmente em contextos de maior instabilidade clínica.

O planeamento, implementação e avaliação de cuidados especializados em saúde mental constitui outro eixo central das competências específicas. O EESMP concebe e desenvolve planos de cuidados individualizados, orientados para a promoção da autonomia, a prevenção de recaídas e a reintegração familiar e social da pessoa com perturbação mental. Neste âmbito, é importante a gestão do regime terapêutico, a promoção da adesão ao tratamento e a capacitação da pessoa e da família para a gestão da doença.

A prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducativos integra igualmente os domínios de competências específicas do EESMP. Estas intervenções visam promover o insight, facilitar respostas adaptativas, reduzir o sofrimento psíquico e potenciar os recursos internos e externos da pessoa. A psicoeducação, dirigida ao cliente e à família, assumiu um papel fundamental na compreensão da doença mental, na gestão de sintomas e na prevenção de recaídas, sendo ajustada às características individuais e ao contexto de vida da pessoa.

Destaca-se ainda a promoção da continuidade de cuidados e da articulação entre diferentes contextos e níveis de intervenção, através da gestão de caso e da coordenação de cuidados. O EESMP assume um papel ativo na facilitação das transições entre internamento, comunidade e outros dispositivos de cuidados, garantindo respostas ajustadas às necessidades da pessoa e reforçando a rede de suporte disponível.

Deste modo, os domínios de competências específicas refletem uma prática clínica avançada, centrada na pessoa e sustentada em conhecimento científico, na relação terapêutica e na intervenção especializada. A aquisição destas competências constitui a base para o exercício autónomo, responsável e diferenciado.

Importa ainda salientar que a prática do EESMP se distingue da atuação do enfermeiro generalista pelo nível avançado de conhecimento, pela capacidade de avaliação especializada e pela implementação de intervenções terapêuticas estruturadas e baseadas na evidência. O EESMP assume um papel central na avaliação global em saúde mental, na formulação de diagnósticos de enfermagem especializados e na definição de planos de cuidados orientados para resultados mensuráveis, evidenciando uma prática diferenciada e autónoma.

Neste contexto, as intervenções desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios foram planeadas com base em resultados esperados, orientados para a obtenção de ganhos em saúde mental, nomeadamente ao nível da redução da sintomatologia ansiosa e depressiva, melhoria da adesão ao regime terapêutico, aumento da autonomia e melhoria do funcionamento psicossocial. Estes ganhos foram acompanhados através de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, tais como a evolução do estado mental, a capacidade de autorregulação emocional, a participação ativa nas intervenções terapêuticas, a adesão ao tratamento e a redução de comportamentos de risco.

A explicitação destes indicadores permite evidenciar o impacto da intervenção do EESMP na qualidade dos cuidados prestados, reforçando o seu contributo específico na promoção de resultados em saúde mental e na melhoria da qualidade de vida da pessoa.

4.1. No contexto de internamento de agudos

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 da OE (OE, 2018), o EESMP é fundamental na avaliação especializada em saúde mental, na gestão de situações de crise e na implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas. Em contexto de internamento de agudos, estas competências assumem particular relevância devido à instabilidade clínica dos utentes, à complexidade das situações e à necessidade de intervenção diferenciada, imediata e orientada para a estabilização emocional e redução do risco. Neste âmbito, o EESMP distingue-se do enfermeiro generalista pela capacidade de mobilizar conhecimento especializado, utilizar a relação terapêutica de forma intencional e implementar intervenções estruturadas orientadas para ganhos em saúde mental.

Este contexto permitiu a consolidação de competências específicas mediante a implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas

(Mendes, 2025; OE, 2023) ajustadas às necessidades dos utentes em situação de crise psiquiátrica aguda.

A avaliação clínica em saúde mental constituiu a base da intervenção especializada. A recolha sistemática de dados, realizada através de entrevistas clínicas, observação direta do comportamento e análise do processo clínico, permitiu avaliar o estado emocional, a motivação para a mudança e o funcionamento psicossocial dos utentes. Esta avaliação possibilitou a identificação de necessidades, a formulação de diagnósticos de enfermagem e a definição de planos de cuidados individualizados. A utilização de instrumentos padronizados reforçou a objetividade do julgamento clínico e facilitou a monitorização da evolução terapêutica.

A implementação da técnica de modificação de comportamentos revelou-se fundamental na gestão de comportamentos desadaptativos, nomeadamente em situações de agitação, impulsividade e baixa adesão ao regime terapêutico (cf. apêndices XI e XII). A identificação do comportamento-alvo, a análise dos estímulos desencadeantes e a aplicação de reforço positivo permitiram promover comportamentos mais adaptativos. Esta intervenção contribuiu para o aumento da autoeficácia, redução da ansiedade associada e melhoria do funcionamento psicossocial.

A entrevista motivacional (OE, 2023) foi utilizada como estratégia central na promoção da adesão terapêutica (Lozano Sanjuan, 2023), particularmente em utentes com ambivalência face ao tratamento. Através da escuta ativa, empatia e validação emocional, foi possível apoiar o utente na exploração das suas dificuldades e no fortalecimento da motivação intrínseca para a mudança, promovendo um maior envolvimento no processo terapêutico (cf. apêndice IX).

A técnica de resolução de problemas (OE, 2023) foi mobilizada para apoiar os utentes na identificação de dificuldades do quotidiano, clarificação de objetivos e desenvolvimento de estratégias adaptativas. Esta intervenção revelou-se particularmente útil na redução de sintomas ansiosos e depressivos, no aumento da autonomia e no desenvolvimento de competências de coping, fundamentais no processo de recuperação em saúde mental (cf. apêndice XIII).

A relação de ajuda (OE, 2023) constituiu o eixo estruturante de todas as intervenções realizadas. A construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, empatia e aceitação permitiu criar um espaço seguro para a expressão emocional e reflexão, facilitando a mobilização de recursos internos (cf. apêndice X). O EESMP

utiliza a relação terapêutica de forma intencional e consciente como instrumento de intervenção, o que constitui um elemento diferenciador face ao enfermeiro generalista.

A elaboração e implementação de planos de cuidados individualizados permitiram integrar os diagnósticos de enfermagem, os objetivos terapêuticos e as intervenções especializadas, promovendo a continuidade e coerência dos cuidados. A participação ativa do utente no processo contribuiu para o aumento da autonomia, responsabilização e adesão ao regime terapêutico.

Por fim, a realização de intervenções psicoeducativas dirigidas aos profissionais de saúde evidenciou o papel do Enfermeiro Especialista na promoção da saúde mental em contexto organizacional (cf. apêndice VIII). A sensibilização para a síndrome de burnout, gestão emocional e estratégias de autocuidado contribuiu para a melhoria do bem-estar da equipa e, consequentemente, da qualidade dos cuidados prestados.

De forma global, o papel do EESMP revelou-se diferenciador, não se limitando à vigilância clínica e administração terapêutica, características mais associadas ao enfermeiro generalista, mas integrando intervenções especializadas centradas nos processos emocionais, cognitivos e comportamentais do utente.

Como ganhos em saúde, destacam-se a redução da sintomatologia ansiosa e depressiva, a melhoria da adesão terapêutica, o aumento da autonomia e a prevenção de comportamentos de risco, contribuindo para a estabilização clínica e preparação para a continuidade de cuidados.

Contudo, importa refletir que, em contexto de internamento de agudos, a elevada carga assistencial e a instabilidade clínica dos utentes nem sempre permitiram a aplicação consistente e aprofundada de todas as intervenções planeadas. Esta realidade constitui um desafio à prática do EESMP, exigindo capacidade de adaptação, priorização de cuidados e desenvolvimento contínuo de competências, na gestão do tempo e na tomada de decisão em situações complexas, tal como evidenciado no Quadro 5.

Quadro 5: Competências Específicas do EESMP em contexto de internamento de agudos

Competência Específica	Atividades Desenvolvidas
F.1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;	- Desenvolvimento do autoconhecimento através da reflexão contínua sobre a prática; - Análise e gestão das próprias respostas emocionais; - Utilização da escuta ativa sem julgamento; - Manutenção de limites terapêuticos; - Postura ética, utilizando a pessoa do enfermeiro como instrumento terapêutico.
F.2 - Assiste a pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;	Prestação de cuidados especializados por meio da: - Avaliação do estado mental; - Identificação de necessidades em saúde mental; - Implementação de intervenções orientadas para a estabilização emocional, redução da ansiedade e promoção da adesão terapêutica; - Envolvimento do utente no plano de cuidados.
F.3 - Ajuda a pessoa durante o ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;	Aplicação de intervenções terapêuticas dirigidas à recuperação da saúde mental em contexto de internamento, promovendo: - O autocontrolo emocional; - A adaptação à doença; - A preparação para a continuidade de cuidados após a alta.
F.4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa no ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	Planeamento e desenvolvimento intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas individualizadas, ajustadas ao estado clínico do utente, incluindo: - Relação de ajuda; - Entrevista motivacional; - Técnicas de modificação de comportamento; - Psicoeducação sobre gestão emocional e adesão terapêutica.

4.2. No contexto de comunidade

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 da OE (OE, 2018), o EESMP assume um papel central no contexto comunitário, particularmente na avaliação global em saúde mental, na promoção da saúde, na prevenção da doença e na continuidade de cuidados. O EESMP intervém junto da pessoa, família e comunidade, desenvolvendo estratégias terapêuticas, psicoeducativas e de capacitação, orientadas para a promoção da autonomia,

prevenção de recaídas e melhoria da qualidade de vida. A sua atuação distingue-se pela abordagem holística, pela articulação em rede e pela implementação de intervenções estruturadas e baseadas na evidência, contribuindo para ganhos sustentados em saúde mental.

O contexto comunitário foi determinante para a consolidação das competências específicas, permitindo uma intervenção próxima, contínua e centrada na pessoa, família e comunidade, com enfoque na promoção da saúde mental e na prevenção da doença.

A avaliação global em saúde mental assumiu importância na prática clínica. A realização de avaliações em contexto domiciliário, através de entrevistas clínicas, observação do ambiente e interação com a família, possibilitou uma compreensão aprofundada da história de saúde mental, do funcionamento cognitivo, emocional e relacional, bem como dos recursos disponíveis. A utilização de instrumentos como o Mini-Mental State Examination (MMSE) (cf. anexo VII), o Teste do Relógio, a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (cf. anexo VI), a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (cf. anexo III) e os índices de sobrecarga do cuidador permitiu sustentar o julgamento clínico e orientar intervenções ajustadas às necessidades identificadas.

A implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas (OE, 2023) foi amplamente desenvolvida. As sessões de estimulação cognitiva no âmbito do projeto IADEM (cf. apêndices II e III) permitiram promover a manutenção das funções cognitivas, prevenir o declínio e incentivar a participação ativa do utente no seu processo terapêutico. A adaptação contínua dos exercícios às capacidades da pessoa e a reavaliação sistemática refletem uma prática especializada centrada na individualidade e potencialidades do utente.

O acompanhamento de cuidadores informais (cf. apêndice II) evidenciou a importância da intervenção dirigida à família enquanto unidade de cuidado. A gestão da sobrecarga emocional, a psicoeducação, o apoio na resolução de conflitos e a articulação com recursos da comunidade contribuíram para a melhoria do equilíbrio emocional do cuidador e da qualidade da relação de cuidado, promovendo ganhos em saúde mental indiretos para a pessoa cuidada.

No âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental, destacaram-se as intervenções grupais com beneficiários do RSI e as ações desenvolvidas em contexto laboral e escolar (cf. apêndices IV e VI). A dinamização de grupos de Saúde Mental Positiva permitiu desenvolver competências como autoestima, resiliência, empatia e relações interpessoais, reforçando o papel do EESMP como facilitador de

processos de capacitação individual e comunitária. A condução de sessões formativas sobre inteligência emocional (cf. apêndice VII) evidenciou a capacidade de identificar necessidades, planejar intervenções estruturadas e avaliar o impacto no bem-estar dos participantes.

A intervenção junto de pessoas com comportamentos aditivos exigiu competências específicas na utilização da entrevista motivacional e na gestão da resistência à mudança. A experiência no PLA-CAD (cf. apêndice I) permitiu reconhecer a importância de respeitar o tempo da pessoa, compreender a fase de pré-contemplação e valorizar a relação terapêutica como base para futuras mudanças, mesmo na ausência de adesão imediata.

O acompanhamento domiciliário de pessoas com doença mental crónica (cf. apêndice V), nomeadamente esquizofrenia, permitiu desenvolver competências ao nível da reabilitação psicossocial, promoção da autonomia e gestão do regime terapêutico. A utilização de estratégias motivacionais (OE, 2023), definição progressiva de objetivos e envolvimento da família contribuíram para ganhos em funcionalidade, autocontrolo e integração da doença no quotidiano da pessoa.

Neste contexto, o papel do EESMP revelou-se claramente diferenciador, ao integrar uma abordagem holística e contínua, centrada na capacitação da pessoa e da família, na articulação em rede e na promoção da autonomia. Ao contrário do enfermeiro generalista, cuja intervenção tende a ser mais pontual e centrada na resposta a necessidades imediatas, o EESMP desenvolve intervenções estruturadas, intencionais e orientadas para ganhos sustentados em saúde mental.

Como ganhos em saúde, destacam-se a melhoria da adesão terapêutica, o aumento da autonomia, a redução da sobrecarga do cuidador, o fortalecimento de competências pessoais e sociais e a prevenção de recaídas, contribuindo para a manutenção da pessoa no seu contexto habitual de vida.

Contudo, importa salientar que a intervenção em contexto comunitário apresenta desafios, como a diversidade de contextos familiares, a resistência à mudança e a limitação de recursos disponíveis. Estas dificuldades exigiram capacidade de adaptação, criatividade e desenvolvimento de competências ao nível da comunicação e gestão de expectativas, constituindo oportunidades de crescimento profissional e consolidação do papel do EESMP, tal como evidenciado no Quadro 6.

Quadro 6: Competências Específicas do EESMP em contexto comunitário

Competência Específica	Atividades Desenvolvidas
F.1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;	- Reflexão crítica contínua sobre a prática em contexto comunitário; - Reconhecimento das próprias emoções, valores e limites, ajustando a intervenção ao contexto real de vida das pessoas e famílias; - Manter uma postura ética e centrada na pessoa.
F.2 - Assiste a pessoa durante todo o ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;	Realização de avaliações globais em saúde mental em consulta e no domicílio, integrando dimensões: - Cognitivas; - Emocionais; - Familiares; - Sociais. Implementação de intervenções individuais, familiares e grupais, incluindo: - Acompanhamento de cuidadores informais - Intervenções de promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade.
F.3 - Ajuda a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;	Acompanhamento de pessoas com doença mental crónica, promovendo: - A adaptação à doença; - A autonomia; - A reintegração no quotidiano. Através de: - Mobilização de recursos familiares e comunitários; - Articulação com serviços; - Garantia de continuidade de cuidados.
F.4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	Desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas e psicossociais: - Relação de ajuda; - Entrevista motivacional; - Treino de estratégias de coping; - Intervenções psicoeducativas dirigidas à pessoa, família e grupos, incluindo sessões de estimulação cognitiva e ações de literacia em saúde mental.

4.3. No contexto de respostas diferenciadas

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 da OE (OE, 2018), o EESMP intervém em contextos de elevada complexidade clínica, nomeadamente junto de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, assumindo um papel central na prevenção da recaída e na promoção de mudanças comportamentais sustentadas. O EESMP mobiliza competências ao nível da avaliação especializada, da intervenção psicoterapêutica e da utilização da relação terapêutica como instrumento de mudança, ajustando a sua atuação às diferentes fases do processo de mudança. A sua intervenção distingue-se pela capacidade de lidar com a ambivalência, promover a motivação intrínseca e apoiar a pessoa na construção de estratégias adaptativas, orientadas para ganhos em saúde mental a longo prazo.

O contexto de respostas diferenciadas permitiu o desenvolvimento de competências específicas do EESMP em áreas de elevada complexidade clínica, nomeadamente no acompanhamento de pessoas com comportamentos aditivos e na prevenção da recaída. A intervenção junto de utentes em diferentes fases do processo de mudança exigiu uma prática consciente, flexível e centrada na pessoa, assente na relação terapêutica.

A gestão da ambivalência e da resistência à mudança constituiu um dos principais desafios deste contexto (cf. apêndice XIV). Através da utilização de estratégias como a escuta ativa, a exploração de discrepâncias e o reforço da autoeficácia, foi possível apoiar os utentes na reflexão sobre os seus comportamentos e na identificação de objetivos de mudança. Este processo reforçou a importância do respeito pelo ritmo individual e da valorização de pequenas conquistas terapêuticas, particularmente em fases iniciais de motivação.

Esta experiência contribuiu para o desenvolvimento de competências ao nível da tolerância à frustração terapêutica, do autocontrolo emocional do enfermeiro e da manutenção de uma postura não diretiva, conforme preconizado pelo referencial do EESMP. A capacidade de manter uma relação terapêutica consistente, mesmo na ausência de mudanças imediatas, revelou-se fundamental neste contexto.

Paralelamente, a criação de materiais psicoeducativos (cf. apêndice XV) e a estruturação de uma consulta de ESMP na prevenção da recaída (cf. apêndice XVI) implicaram a identificação de necessidades, planeamento de intervenções e definição de estratégias de acompanhamento, evidenciando o papel do EESMP na liderança clínica e

na organização dos cuidados. Estas intervenções permitiram promover o conhecimento sobre a doença, aumentar a consciência de risco e capacitar os utentes para a identificação precoce de sinais de recaída.

O EESMP revelou-se diferenciador ao integrar intervenções especializadas centradas na mudança comportamental e na regulação emocional, ao contrário do enfermeiro generalista, cuja intervenção tende a ser mais focalizada na resposta imediata às necessidades clínicas. O EESMP assume, assim, um papel ativo na capacitação da pessoa e na promoção de mudanças sustentadas ao longo do tempo.

Como ganhos em saúde, destacam-se o aumento da motivação para a mudança, a melhoria da consciência crítica sobre os comportamentos aditivos, o desenvolvimento de estratégias de coping e a prevenção de recaídas, contribuindo para uma maior estabilidade e qualidade de vida.

Contudo, importa referir que a intervenção neste contexto é frequentemente marcada por avanços e recuos no processo terapêutico, o que exige do EESMP resiliência, capacidade de adaptação e uma reflexão contínua sobre a prática. Esta realidade constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, reforçando a importância de uma intervenção consistente, empática e centrada na pessoa, tal como evidenciado no Quadro 7.

Quadro 7: Competências Específicas do EESMP em contexto de respostas diferenciadas

Competência Específica	Atividades Desenvolvidas
F.1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;	Desenvolvimento do autoconhecimento em contexto de elevada complexidade clínica e relacional, através da: - Intervenção com pessoas com comportamentos aditivos; - Gerindo ambivalência, resistência à mudança e frustração terapêutica; - Respeitando o ritmo da pessoa; - Recorrendo à reflexão crítica e supervisão clínica.
F.2 - Assiste a pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;	Prestação de cuidados especializados em ESMP a pessoas com comportamentos aditivos, através de: - Consultas individuais; - Avaliação do risco de recaída; - Promoção da adesão terapêutica; - Reforço da autonomia. Envolvendo família e recursos comunitários sempre que pertinente.

F.3 - Ajuda a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;	Planeamento e implementação de intervenções orientadas para a prevenção da recaída e recuperação da saúde mental, utilizando: - Entrevista motivacional; - Estratégias de coping e autocontrolo emocional; - Promovendo processos de mudança sustentados; - Adaptação à doença.
F.4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.	Desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas estruturadas, incluindo: - Consultas de EESMP na prevenção da recaída; - Criação de materiais psicoeducativos; - Psicoeducação a utentes e profissionais; - Articulação com a equipa multidisciplinar para garantir continuidade de cuidados.

4.4. A contribuição da prática clínica para a construção pessoal e profissional do EESMP

A prática clínica no percurso formativo constituiu um processo exigente e transformador na construção da identidade profissional enquanto EESMP. Este caminho não se limitou à aquisição de conhecimentos técnicos ou à aplicação de intervenções especializadas, implicou um envolvimento pessoal intenso, marcado por questionamento, reflexão crítica e confronto com limites internos. À luz do Regulamento n.º 515/2018 da OE (OE, 2018), tornou-se progressivamente evidente que o exercício da especialidade exige não apenas saber e saber-fazer, mas também saber-ser e saber-estar em relação, elementos indissociáveis de uma prática verdadeiramente terapêutica.

Um dos aspetos mais significativos deste percurso foi o desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência de si enquanto instrumento terapêutico. A interação com pessoas em sofrimento psíquico despertou emoções diversas, por vezes difíceis de integrar, exigindo uma reflexão contínua sobre valores pessoais, expectativas e reações emocionais. O reconhecimento da própria vulnerabilidade, da frustração perante a ausência de mudanças imediatas e da necessidade de aceitar limites constituiu uma aprendizagem central, contribuindo para uma prática mais consciente, ética e alinhada com o referencial do EESMP.

Este processo evidenciou que a relação terapêutica não é um espaço neutro, é um encontro humano que convoca responsabilidade emocional, presença e autenticidade. Manter uma postura empática, não julgadora e simultaneamente profissional exigiu um

equilíbrio complexo, nem sempre fácil de alcançar. Em alguns momentos, tornou-se necessário reconhecer que o desejo de ajudar poderia, se não fosse alvo de reflexão crítica, comprometer a autonomia da pessoa ou conduzir a intervenções excessivamente diretivas. Estas situações constituíram oportunidades de aprendizagem, reforçando a importância da autorregulação emocional, da supervisão clínica e da utilização consciente da relação terapêutica como instrumento de intervenção.

A vivência da complexidade dos processos de mudança em saúde mental constituiu outro elemento marcante na construção da identidade profissional. A ausência de progressos imediatos, a ocorrência de recaídas e a resistência à mudança desafiaram concepções iniciais mais idealizadas da intervenção terapêutica. Progressivamente, foi-se consolidando uma visão mais realista, flexível e humanizada do cuidar, na qual o respeito pelo ritmo individual, a valorização de pequenas conquistas e a aceitação da incerteza passaram a integrar a prática clínica, em consonância com os princípios do Regulamento n.º 515/2018.

Este percurso permitiu igualmente reconhecer as limitações inerentes à prática clínica e ao próprio papel do EESMP. A consciência de que nem todas as necessidades podem ser plenamente respondidas e de que os resultados não dependem exclusivamente da intervenção do enfermeiro constituiu uma aprendizagem exigente, mas essencial. Este reconhecimento, longe de representar uma fragilidade, favoreceu o desenvolvimento de uma postura mais ética, reflexiva e responsável, centrada na pessoa e nas suas reais necessidades.

Ao nível profissional, a integração progressiva das competências específicas do EESMP contribuiu para o fortalecimento da autonomia clínica, da capacidade de tomada de decisão fundamentada e da responsabilidade inerente ao exercício da especialidade. Tornou-se evidente o papel diferenciador do EESMP na utilização intencional da relação terapêutica, na intervenção especializada e na promoção de ganhos em saúde mental sustentados. Simultaneamente, emergiu a consciência de que o desenvolvimento profissional é contínuo, exigindo atualização permanente, supervisão e investimento no crescimento pessoal.

Em síntese, a prática clínica constituiu um espaço privilegiado de desenvolvimento humano e profissional, permitindo a construção de uma identidade enquanto EESMP mais consciente, crítica e humanizada. A integração do conhecimento científico, da experiência relacional e da reflexão ética consolidou uma prática centrada na pessoa, orientada para ganhos em saúde e sustentada nos princípios do Regulamento

n.º 515/2018. Este percurso representa uma base sólida para um exercício profissional autónomo, reflexivo e em permanente construção, capaz de responder à complexidade do sofrimento humano em saúde mental.

PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA

A Parte II encontra-se organizada em subcapítulos que visam estruturar de forma lógica e coerente a abordagem ao tema “Prevenção da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde: Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica”, sustentada nos princípios da Prática Baseada na Evidência (PBE).

Numa primeira fase, é apresentada uma revisão narrativa da literatura, iniciando-se com a introdução do tema e a definição da relevância da prática baseada na evidência, seguida da explicitação dos objetivos e da metodologia adotada. Posteriormente, desenvolvem-se os principais contributos da literatura relativamente à SB em profissionais de saúde, abordando a sua definição, manifestações clínicas, fatores de risco, prevalência, consequências e estratégias de prevenção e intervenção, com especial enfoque no papel do EESMP. Segue-se a discussão dos resultados, permitindo integrar criticamente os achados com os objetivos da revisão e refletir sobre as suas implicações para a prática, investigação e ensino. Por fim, o ponto II inclui a descrição da aplicação da prática baseada na evidência no contexto formativo e uma reflexão sobre a aquisição das competências de mestre.

A PBE é um conceito que tem vindo a consolidar-se nas ciências da saúde como uma abordagem essencial para orientar a tomada de decisão clínica, integrando a melhor evidência científica disponível com a experiência profissional e os valores e necessidades da pessoa cuidada (Melnik & Fineout-Overholt, 2022, citado em Santos et al., 2025). A sua adoção visa assegurar que as intervenções sejam fundamentadas em dados de investigação rigorosos, promovendo a eficácia dos cuidados, a segurança dos utentes e a melhoria contínua da prática profissional.

Em enfermagem, a PBE representa mais do que a simples aplicação de resultados de investigação: envolve uma abordagem sistemática e crítica que inclui a formulação de questões clínicas, a busca por evidências relevantes, a avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos e a integração do conhecimento científico no contexto real do cuidado. Esta abordagem contribui para reduzir práticas obsoletas ou não eficazes, orientando a ação profissional por evidências robustas que favorecem melhores resultados em saúde.

1. REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA - PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A Síndrome de Burnout tem vindo a assumir crescente relevância no contexto dos cuidados de saúde, refletindo as exigências estruturais e emocionais associadas ao exercício profissional em áreas centradas no cuidado de pessoas. Trata-se de um fenómeno ocupacional relacionado com a exposição prolongada a fatores de stresse laboral, particularmente evidente em contextos caracterizados por elevada responsabilidade, pressão emocional contínua, contacto frequente com o sofrimento humano e constrangimentos organizacionais. Estas condições colocam os profissionais de saúde numa posição de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da SB, com repercussões que ultrapassam a esfera individual e se estendem à dinâmica das equipas e à qualidade dos cuidados prestados (Maslach & Leiter, 2016; Machado et al., 2024).

No domínio da saúde mental, a SB assume uma relevância acrescida, na medida em que compromete o equilíbrio psicológico dos profissionais e interfere de forma significativa na relação terapêutica, na tomada de decisão clínica e na humanização dos cuidados (Conceição et al., 2024; Gois et al., 2023). O esgotamento emocional e a progressiva perda de sentido do trabalho não afetam apenas o desempenho profissional, mas colocam em causa princípios fundamentais da prática em saúde, como a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados (Dallorca et al., 2024; Sullivan et al., 2022). A intervenção do EESMP é central, tanto na identificação precoce de sinais de esgotamento como na implementação de estratégias preventivas e interventivas sustentadas na evidência científica. Reconhecer o Burnout enquanto fenómeno complexo, multifatorial e contextualizado constitui, assim, um elemento essencial para a promoção da saúde mental ocupacional e para a sustentabilidade dos cuidados de saúde (Loureiro et al., 2022).

A opção por uma revisão narrativa da literatura decorre da necessidade de integrar e analisar criticamente o conhecimento científico existente sobre a SB em profissionais de saúde, com particular enfoque nas estratégias de prevenção e intervenção no âmbito da ESMP (Ghosh & Choudhury, 2025). Apesar do aumento significativo da produção científica nesta área, observa-se uma persistente dificuldade na articulação entre os resultados da investigação e a prática clínica, bem como uma escassa problematização do

papel específico do enfermeiro especialista na resposta a contextos laborais marcados por elevada exigência e vulnerabilidade psicológica.

A PBE preconiza que as decisões clínicas e organizacionais sejam fundamentadas na melhor evidência científica disponível, articulada com a experiência profissional e os valores das pessoas envolvidas nos cuidados (Melnik & Fineout-Overholt, 2022). Neste enquadramento, a presente revisão contribui para a consolidação do conhecimento, apoiar processos de tomada de decisão mais críticos e informados e promover práticas profissionais mais seguras, eficazes e humanizadas, alinhadas com os princípios da qualidade em saúde.

Esta revisão tem como objetivo geral analisar a evidência científica disponível sobre a SB em profissionais de saúde, com enfoque no contributo do EESMP na prevenção. De forma específica, pretende-se:

- Clarificar os principais conceitos, definições e modelos teóricos associados à SB;
- Analisar as manifestações clínicas, os fatores de risco, a prevalência e as consequências da SB em profissionais de saúde;
- Identificar e discutir estratégias de prevenção e intervenção;
- Refletir criticamente sobre o contributo da ESMP na promoção da saúde mental dos profissionais de saúde.

1.1. Método

No âmbito deste trabalho, optei pela realização de uma revisão narrativa da literatura, considerando a natureza exploratória e integradora do tema em análise. Esta opção metodológica permitiu-me abordar a SB em profissionais de saúde de forma abrangente, articulando diferentes contributos teóricos e empíricos relevantes para a sua compreensão.

A revisão narrativa, também designada como revisão tradicional da literatura, consiste numa síntese qualitativa de estudos sobre um determinado tema, com o objetivo de fornecer uma visão global e integradora do conhecimento existente. Este tipo de revisão caracteriza-se por uma abordagem flexível, não seguindo necessariamente uma estratégia sistemática de pesquisa ou critérios rigorosos de seleção, sendo particularmente útil na exploração de temas complexos ou heterogêneos (Ghosh & Choudhury, 2025).

De acordo com a literatura, as revisões narrativas permitem integrar diferentes perspectivas teóricas e empíricas, sendo frequentemente utilizadas para contextualizar fenômenos, identificar lacunas de conhecimento e sustentar enquadramentos teóricos. No entanto, apresentam limitações, nomeadamente a maior suscetibilidade a viés de seleção e a menor reprodutibilidade quando comparadas com revisões sistemáticas (Ghosh & Choudhury, 2025).

A opção por este tipo de revisão justifica-se pela natureza do tema em estudo, que implica uma abordagem abrangente e interpretativa, permitindo a articulação de diferentes contributos teóricos e empíricos e sustentando uma análise crítica do fenómeno.

A pesquisa bibliográfica foi conduzida através das bases de dados Google Académico e PubMed, selecionadas pela sua reconhecida relevância, fiabilidade e abrangência na área das ciências da saúde. A inclusão de ambas as fontes permitiu garantir uma maior diversidade e qualidade da evidência científica consultada.

De forma a assegurar a pertinência e qualidade dos estudos selecionados, foram definidos critérios de inclusão e exclusão previamente à análise dos documentos.

Foram considerados como critérios de inclusão:

- Estudos publicados entre 2020 e 2025;
- Redigidos em português, espanhol e inglês;
- Artigos que respondam ao objetivo da revisão

Por sua vez, foram definidos como critérios de exclusão:

- Estudos centrados no período da COVID-19;
- Documentos incompletos, livros, capítulos de livros ou compilações;
- Estudos cujo enfoque não incluía profissionais de saúde;
- Estudos de acesso restrito ou pago.

A estratégia de pesquisa baseou-se na utilização de descritores em língua portuguesa, espanhola e inglesa selecionados através do sistema DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) os quais se encontram sistematizados no Quadro 8. Os descritores utilizados foram: “Saúde Mental” (Salud Mental, Mental Health), “Profissionais de Saúde/Pessoal de Saúde” (Personal de Salud, Health Personnel), “Esgotamento Profissional” (Agotamiento Profesional, Burnout, Professional) e “Burnout/Esgotamento Psicológico” (Agotamiento Psicológico, Burnout, Psychological).

Estes descritores foram combinados entre si através da utilização de operadores booleanos, nomeadamente AND e OR, de forma a refinar a pesquisa e garantir a identificação de estudos que integrassem simultaneamente as dimensões relevantes para o objetivo do trabalho. O operador AND foi utilizado para restringir a pesquisa à interseção dos conceitos, enquanto o operador OR permitiu incluir sinónimos e termos relacionados.

A estratégia de combinação dos descritores seguiu uma lógica estruturada, articulando os conceitos principais do estudo, permitindo uma pesquisa mais abrangente e simultaneamente específica.

Como exemplo de equação de pesquisa utilizada em português, destaca-se: “Saúde Mental” AND “Profissionais de Saúde” AND “Burnout” OR “Esgotamento Profissional” OR “Esgotamento Psicológico”.

Em espanhol: “Salud Mental” AND “Personal de Salud” AND “Burnout” OR “Agotamiento Profesional” OR “Agotamiento Psicológico”.

E no fim, em inglês: “Mental Health” AND “Health Personnel” AND “Burnout” OR “Burnout, Professional” OR “Burnout, Psychological”.

Esta estratégia permitiu otimizar os resultados obtidos, assegurando a relevância e adequação dos estudos identificados para análise.

Quadro 8: Descritores DeCS utilizados na estratégia de pesquisa

Descritor português	Descritor espanhol	Descritor inglês	Identificador DeCS	ID
Saúde Mental	Salud Mental	Mental Health	28451	D008603
Profissionais de Saúde / Pessoal de Saúde	Personal de Salud	Health Personnel	30349	D006282
Esgotamento Profissional	Agotamiento Profesional	Burnout, Professional	2087	D002055
Burnout / Esgotamento Psicológico	Agotamiento Psicológico	Burnout, Psychological	57505	D000077062

O processo de pesquisa decorreu entre os meses de setembro e outubro de 2025, tendo sido realizado previamente ao início das intervenções em contexto de estágio. Esta opção temporal visou assegurar uma base teórica consistente e atualizada, capaz de sustentar de forma crítica e fundamentada a prática desenvolvida ao longo do percurso formativo.

Numa fase inicial de identificação, foram obtidos 194 documentos através do Google Académico, mediante a aplicação dos descritores previamente definidos em português, espanhol e inglês bem como o intervalo temporal estabelecido.

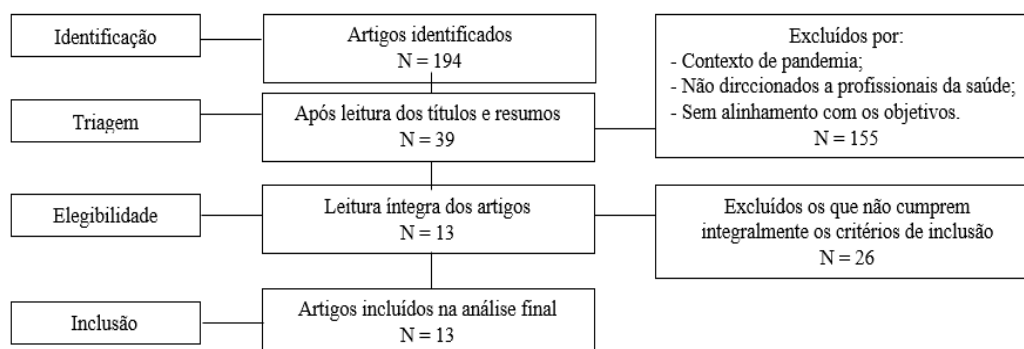
Posteriormente, procedeu-se a uma triagem preliminar, com base na leitura dos títulos e resumos, que permitiu excluir os estudos que não cumpriam os critérios definidos. Nesta etapa, foram eliminados, entre outros, os documentos centrados no contexto pandémico da COVID-19, os que não se dirigiam a profissionais de saúde, bem como aqueles cujo enfoque não se revelou alinhado com os objetivos do estudo. Após esta fase, foram selecionados 39 documentos para análise.

Numa fase subsequente, foi realizada a leitura integral dos artigos previamente selecionados, possibilitando uma apreciação mais aprofundada da sua relevância, qualidade e adequação ao objeto de estudo. Nesta etapa, foram excluídos os documentos que não cumpriam integralmente os critérios de inclusão, nomeadamente trabalhos de natureza não científica, conteúdos incompletos ou sem pertinência temática.

Como resultado deste processo de seleção progressiva e criteriosa, foram incluídos 13 estudos para análise final.

Na Figura 1 apresenta-se o processo de seleção dos artigos incluídos na revisão narrativa da literatura.

Figura 1: Processo de seleção dos artigos incluídos na revisão da literatura



Paralelamente, e com o intuito de reforçar o rigor científico e a abrangência da evidência, foi realizada uma pesquisa complementar na base de dados PubMed, recorrendo a descritores em língua inglesa. Esta estratégia permitiu aceder a literatura científica internacional relevante e atualizada na área da saúde mental.

Desta pesquisa adicional resultou a inclusão de quatro artigos científicos em língua inglesa, considerados pertinentes para o enquadramento teórico e análise do tema em estudo, contribuindo para uma maior robustez científica do trabalho.

De forma a sistematizar a informação relevante dos estudos incluídos, apresenta-se no Quadro 9 a caracterização dos artigos selecionados, contemplando aspetos como autores, ano de publicação, objetivos, metodologia e principais resultados.

Quadro 9: Caracterização dos estudos incluídos na revisão da literatura

Autor(es)	Ano	Objetivo do estudo	Principais resultados
Akoo et al.	2024	Explorar o burnout, a saúde mental e os limites da resiliência individual em enfermagem	O burnout resulta sobretudo de fatores estruturais e organizacionais, evidenciando que a resiliência individual é insuficiente para lidar com as exigências do contexto profissional
Alshammari & Alboliteeh	2023	Analisar a relação entre burnout, fadiga por compaixão, competência profissional e coragem moral	O burnout associa-se ao aumento da fadiga por compaixão, sendo atenuado por fatores protetores como a competência profissional e a coragem moral
Amaral & Silva	2023	Explorar a síndrome de burnout em profissionais de saúde	Necessidade de estratégias de autocuidado e apoio institucional aos profissionais
Catapano et al.	2023	Analisar intervenções organizacionais e individuais na gestão do stress em profissionais de saúde	As intervenções combinadas, ao nível organizacional e individual, demonstram maior eficácia na redução do stress e prevenção do burnout
Conceição et al.	2024	Explorar o autocuidado em enfermeiras	Défice de autocuidado associado ao desgaste profissional
Dadalto et al.	2024	Analisar sofrimento psíquico no trabalho	Relação entre organização do trabalho e sofrimento mental
Dalloca et al.	2024	Analisar causas e consequências do burnout em profissionais de saúde	Associação entre burnout, exaustão emocional e diminuição da qualidade dos cuidados
Destefani et al.	2025	Analisar o burnout em profissionais de saúde do sexo feminino	Maior vulnerabilidade ao burnout associada a fatores emocionais e sobrecarga laboral

Gomes et al.	2023	Identificar estratégias de promoção da saúde mental em profissionais de saúde	Intervenções psicossociais e organizacionais contribuem para melhoria do bem-estar
Gois et al.	2023	Analisar burnout na equipa de enfermagem	Elevada incidência de burnout associada à carga de trabalho e exigência emocional
Loureiro et al.	2022	Apresentar contributos sobre saúde ocupacional em enfermagem	Ênfase na saúde mental e prevenção do desgaste profissional
Machado et al.	2024	Analisar estratégias de prevenção e gestão do burnout em profissionais de saúde	Identificação de intervenções focadas no suporte psicológico e organizacional como fundamentais na redução do burnout
Perniciotti et al.	2020	Atualizar conceitos, fatores de risco e prevenção do burnout	Identificação de múltiplos fatores de risco, incluindo stress ocupacional e exigências emocionais
Santos et al.	2022	Avaliar burnout em profissionais de saúde hospitalares	Burnout prevalente em contexto hospitalar, com impacto na qualidade assistencial
Santos & Morais	2025	Caracterizar a produção científica sobre burnout em profissionais de saúde	Crescente interesse científico no burnout, com enfoque na saúde mental e condições de trabalho
Sullivan et al.	2022	Analisar o impacto do burnout na saúde dos enfermeiros	O burnout associa-se a consequências negativas ao nível da saúde física e mental, afetando também a qualidade dos cuidados prestados
Zaim et al.	2024	Avaliar o impacto do sofrimento psíquico em profissionais de saúde	Elevados níveis de sofrimento psicológico associados às condições de trabalho

1.2. Desenvolvimento

Conceito

O termo Burnout origina-se do inglês burn (“queimar”) e out (“externo”), sendo traduzido como “esgotado” ou “totalmente queimado”. Conhecida também como Síndrome de Esgotamento Profissional, constitui uma resposta individual ao stress laboral crónico, que se desenvolve progressivamente e pode tornar-se crónica, afetando significativamente a saúde física e mental dos trabalhadores, especialmente em profissões de cuidado direto (Machado et al., 2024; Santos & Moraes, 2025; Destefani et al., 2025; Sullivan et al., 2022). Reconhecida pela OMS e incluída na Clasificação Internacional de Doenças (CID-11), a SB caracteriza-se pelo desgaste associado à exposição prolongada a estressores laborais intensos, particularmente prevalente entre profissionais da saúde. Contudo, a literatura evidencia que este fenómeno não deve ser compreendido apenas como uma resposta individual ao stress, mas como o resultado da interação entre fatores individuais e, sobretudo, estruturais e organizacionais (Akoo et al., 2024).

Christina Maslach, em 1976, propôs um modelo teórico multidimensional para a SB, composto por três dimensões centrais: exaustão emocional (EE), despersonalização (DP) e diminuição da realização pessoal (DRP) que se manifestam através de fadiga física e mental, atitudes de distanciamento afetivo e insensibilidade nas relações profissionais, bem como sentimentos de insatisfação, fracasso e diminuição da eficácia no trabalho. (Maslach & Leiter, 2016).

No plano psicológico, a SB compromete os níveis cognitivo e emocional, gerando comportamentos negativos em relação ao trabalho, colegas, pacientes e ao próprio papel profissional (Amaral & Silva, 2023). Entre os fatores associados estão excesso de atividades, alta responsabilidade, ambientes competitivos, baixo suporte institucional e segurança psicológica reduzida. Embora seja um problema de saúde coletiva, a sua incidência é particularmente elevada entre mulheres profissionais da saúde, que enfrentam, além das exigências laborais, desigualdades estruturais de género que aumentam a vulnerabilidade à sobrecarga emocional e física. (Perniciotti et al., 2020).

A SB difere do stress comum por sua relação direta com o contexto laboral, resultando do desequilíbrio persistente entre demandas de trabalho e capacidade de enfrentamento do indivíduo. Pode desencadear EE, distanciamento afetivo, irritabilidade, alterações do sono, isolamento, depressão, falta de empatia e desinteresse pelo trabalho, comprometendo bem-estar e identidade profissional (Dalloca et al., 2024; Alshammari &

Albolithee, 2023). A literatura distingue o sofrimento criador, que possibilita ressignificação do trabalho e atua como fator protetor, do sofrimento patogênico, que surge quando estratégias de enfrentamento falham, favorecendo o adoecimento psíquico e a SB (Gois et al., 2023).

Ainda não há consenso na literatura acerca da interpretação do MBI (Maslach Burnout Inventory) para caracterizar a SB. Alguns autores consideram que todas as três dimensões precisam estar afetadas, enquanto outros sugerem que apenas uma dimensão elevada já indica SB; a literatura atual recomenda a presença das três dimensões em níveis elevados para maior fidedignidade diagnóstica (Dadalto et al., 2024).

A compreensão aprofundada da SB é essencial para identificação precoce, prevenção e intervenção eficaz, contribuindo para a saúde mental dos profissionais e para a qualidade dos cuidados prestados (Santos et al., 2022).

Sintomas e manifestações clínicas

Os sintomas da SB são multidimensionais, afetando desempenho profissional, bem-estar pessoal e qualidade do cuidado (Machado et al., 2024; Amaral & Silva, 2023). Entre os sintomas físicos destacam-se cefaleias, fadiga mental e física, distúrbios do sono, alterações gastrointestinais, dores musculares, problemas cardiovasculares, insônia e, em alguns casos, distúrbios do sistema respiratório e da menstruação. (Gois et al., 2023; Destefani et al., 2025; Sullivan et al., 2022).

No âmbito psíquico, são frequentes sentimentos de baixa autoestima, desânimo, depressão, impaciência, lentificação do pensamento, dificuldades de atenção, concentração e memória, bem como sentimentos de solidão, alienação e frustração. (Dadalto et al., 2024; Santos & Moraes, 2025). Estes sintomas evidenciam um desgaste emocional profundo, frequentemente associado à exposição prolongada a exigências emocionais intensas no contexto de cuidado (Akoo et al., 2024).

As manifestações comportamentais incluem irritabilidade, agressividade, dificuldade em aceitar mudanças, desmotivação, ansiedade, consumo de substâncias como álcool e drogas, além da diminuição do comprometimento com o trabalho e com a organização. (Amaral & Silva, 2023; Santos et al., 2022).

Entre os sintomas defensivos observam-se isolamento social, cinismo, ironia, onipotência, ausência de interesse pelo trabalho ou pelo lazer, e desejo de abandonar o estudo ou a atividade profissional. Inicialmente, os sentimentos negativos tendem a ser

direcionados a colegas e pessoas cuidadas, estendendo-se posteriormente a amigos, familiares e, por fim, ao próprio profissional. (Machado et al., 2024; Perniciotti et al., 2020). Neste contexto, destaca-se ainda a fadiga por compaixão, caracterizada pelo desgaste emocional resultante do contacto contínuo com o sofrimento dos outros, frequentemente associada a níveis elevados de burnout (Alshammari & Alboliteh, 2023).

A EE é considerada a dimensão central da SB, caracterizando-se pelo esgotamento de recursos físicos e emocionais, comprometendo a capacidade de cuidado. A DP surge como estratégia de enfrentamento, manifestando-se por distanciamento afetivo e atitudes negativas em relação a colegas e pacientes. A DRP reflete autoavaliação negativa da competência profissional, insatisfação e percepção de fracasso (Perniciotti et al., 2020; Gois et al., 2023).

Esses sintomas resultam da discrepância entre expectativas profissionais e realidade da prática, em um contexto multifatorial que combina fatores individuais, organizacionais e relacionais. As consequências incluem falta de atenção, absenteísmo, sofrimento psíquico significativo, e, em casos graves, ideação suicida (Destefani et al., 2025).

A detecção precoce é fundamental para implementação de estratégias preventivas e interventivas, protegendo a saúde mental e promovendo ambientes laborais saudáveis (Amaral & Silva, 2023).

Impacto a nível individual e organizacional

O impacto da SB atinge tanto indivíduos quanto organizações. A nível individual, está associada a ansiedade, depressão, EE e DP, comprometendo bem-estar psicológico, qualidade de vida e aumentando o risco de doenças cardiovasculares, transtornos psicossomáticos e uso de substâncias. Estas manifestações repercutem-se negativamente no desempenho profissional, contribuindo para a redução da qualidade do atendimento, comprometimento da segurança do paciente e maior probabilidade de ocorrência de erros na prática clínica, o que, por sua vez, pode gerar perda de confiança, dificuldades para dormir, aumento do stress ocupacional, diminuição da satisfação no trabalho e danos à imagem profissional. (Machado et al., 2024; Perniciotti et al., 2020; Sullivan et al., 2022). O burnout pode estar associado ao desenvolvimento de fadiga por compaixão, comprometendo a capacidade de estabelecer relações terapêuticas eficazes e afetando a qualidade dos cuidados prestados (Alshammari & Alboliteh, 2023).

Organizacionalmente, os efeitos incluem menor produtividade, aumento do absenteísmo, maior rotatividade de profissionais, intenção e efetivo abandono da prática profissional, bem como piores resultados nos indicadores de segurança do paciente e maior insatisfação dos usuários dos serviços de saúde. Estes fatores acarretam custos organizacionais significativos associados à substituição de profissionais, aposentadoria precoce e redução das horas trabalhadas, com impacto direto na eficácia, sustentabilidade e reputação das instituições de saúde. Para além disso, a literatura evidencia que o burnout resulta, em grande medida, de fatores estruturais e organizacionais, reforçando a responsabilidade das instituições na sua prevenção e gestão (Akoo et al., 2024). Deste modo, as consequências da SB evidenciam a importância da aplicação de estratégias preventivas e de intervenções eficazes, direcionadas tanto à proteção da saúde mental dos profissionais quanto à melhoria do funcionamento organizacional e da qualidade dos cuidados prestados (Dalloca et al., 2024).

Fatores de risco e determinantes

No contexto da saúde, as mulheres ocupam predominantemente funções de cuidado direto e contínuo, o que as expõe de forma recorrente a situações de sofrimento, trauma e elevada pressão emocional. A sub-representação feminina em cargos de liderança, associada a estruturas organizacionais que minimizam o impacto do sofrimento psíquico, contribui para cenários de invisibilidade e desvalorização profissional, reforçando um ambiente marcado pela exigência de múltiplos papéis e pela naturalização das demandas de cuidado emocional como inerentes à profissão (Destefani et al., 2025; Perniciotti et al., 2020).

A literatura aponta que, em virtude de processos de socialização de género e de traços de personalidade, as mulheres tendem a apresentar maior envolvimento emocional com os pacientes, o que intensifica e prolonga a experiência de SB, especialmente em ambientes assistenciais cronicamente estressantes (Gois et al., 2023).

O adoecimento profissional é influenciado por uma combinação de fatores individuais, organizacionais e psicossociais, sendo os desafios estruturais do trabalho em saúde elementos centrais para o desenvolvimento da síndrome. Rotinas extenuantes, elevada demanda assistencial, pressão por desempenho, ausência de reconhecimento profissional, sensação de impotência terapêutica e baixa autonomia configuram fatores de risco significativos, particularmente entre mulheres que enfrentam desigualdades de

género e obstáculos adicionais à progressão profissional. A evidência recente reforça que o burnout não resulta apenas de fragilidades individuais, mas sobretudo de fatores organizacionais e estruturais, como condições de trabalho inadequadas e ausência de suporte institucional (Akoo et al., 2024; Catapano et al., 2023).

A complexidade da SB feminino envolve ainda a cultura do cuidado naturalizado, que reforça expectativas irreais de abnegação, resiliência e autocontrole, promovendo comportamentos de autonegligência e silenciamento do sofrimento emocional. A exposição contínua à dor, à morte e ao sofrimento dos pacientes, associada à escassez de espaços institucionais de escuta e apoio, contribui para um desgaste progressivo da saúde mental, frequentemente agravado pela intersecção entre responsabilidades profissionais e familiares. A conciliação de múltiplas jornadas, com limitada disponibilidade de tempo para autocuidado, repouso e lazer, constitui um fator de vulnerabilidade acentuado, sendo o stress crónico e a fadiga acumulada preditores robustos da SB, sobretudo em mulheres com elevada sobrecarga doméstica e pressão por produtividade institucional (Conceição et al., 2024; Sullivan et al., 2022).

No contexto hospitalar, os fatores ambientais e sociais atuam de forma inter-relacionada no desencadeamento do stress ocupacional e da síndrome, destacando-se a sobrecarga quantitativa e qualitativa de trabalho, longas jornadas, número insuficiente de profissionais, escassez de recursos materiais, exposição a riscos físicos, químicos e biológicos, além de processos de trabalho rigidamente hierarquizados, com baixa autonomia e limitada participação nas decisões. A assistência a demandas de média e alta complexidade implica interação contínua e intensa com pacientes e familiares, maior exposição a situações emocionalmente intensas e reduzido tempo para recuperação após eventos estressantes, favorecendo a exaustão emocional (Destefani et al., 2025; Perniciotti et al., 2020).

Os fatores sociais que compõem o ambiente hospitalar envolvem as equipas multiprofissionais, o conhecimento, a informação e a comunicação, ou seja, como os membros da equipa interagem entre si e com os usuários de seus serviços (Gois et al., 2023).

Os fatores ambientais referem-se à estrutura física do hospital, à presença de recursos humanos e materiais (número de profissionais, equipamentos hospitalares, informática) e como são desenvolvidos os fluxogramas de processos de trabalho (carga horária, funções a serem desempenhadas, estrutura organizacional, metodologias utilizadas) (Conceição et al., 2024).

No plano individual, a autoestima, definida como um conjunto de sentimentos do indivíduo sobre seu próprio valor, competência e adequação, expressa em uma atitude de aprovação ou desaprovação em relação a si mesmo, emerge como um importante fator protetor da saúde mental, estando associada a menores níveis de EE e DP e a maiores índices de realização pessoal, eficácia profissional e capacidade de enfrentamento do stress ocupacional. Em contrapartida, profissionais com autoestima rebaixada apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, menor capacidade adaptativa e maior risco de esgotamento físico e emocional (Machado et al., 2024; Amaral & Silva, 2023).

Evidências apontam maior prevalência de SB entre mulheres, enfermeiros mais jovens e recém-formados, em contextos caracterizados por escassez de recursos, cargas horárias exaustivas, relações autoritárias de chefia e clima organizacional desfavorável (Dalloca et al., 2024; Zaim et al., 2024).

Adicionalmente, o stress ocupacional resulta da interação entre fatores internos ao trabalhador, como valores, crenças e características individuais, e fatores externos relacionados à organização e às condições de trabalho (Gois et al., 2023; Conceição et al., 2024).

Prevalência entre profissionais de saúde

A SB apresenta elevada prevalência entre profissionais da área da saúde, como médicos, enfermeiros e técnicos, quando comparados a outras categorias profissionais. Embora possa afetar trabalhadores de diferentes áreas, a síndrome manifesta-se com maior frequência em profissionais que atuam diretamente no cuidado de pessoas, em razão da exposição contínua a múltiplos estressores laborais (Machado et al., 2024; Amaral & Silva, 2023). Estudos recentes reforçam que os profissionais de enfermagem constituem um dos grupos mais vulneráveis ao desenvolvimento de burnout, dada a natureza exigente e emocionalmente intensa do seu trabalho (Sullivan et al., 2022).

Entre os principais fatores de risco identificados destacam-se a sobrecarga de trabalho, jornadas extensas, elevado contacto com situações traumáticas, sofrimento, dor e morte, falta de reconhecimento profissional, conflitos interpessoais e desequilíbrio entre vida profissional e pessoal (Dalloca et al., 2024; Zaim et al., 2024).

A SB em profissionais da saúde é compreendida como um processo de esgotamento psíquico decorrente do excesso de trabalho e do contexto de vida em que o indivíduo se insere, resultando em sintomas de stress, sobrecarga emocional e

manifestações psicossomáticas, uma vez que o desequilíbrio emocional pode desencadear repercussões físicas. A saúde mental assume caráter indispensável para o funcionamento integral do ser humano e, no caso dos profissionais da saúde, torna-se ainda mais relevante, considerando a complexidade das situações enfrentadas no cotidiano assistencial. A constante exposição à fragilidade da vida, ao sofrimento humano, aos traumas e à morte coloca estes profissionais em posição de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais, incluindo Burnout, ansiedade, depressão, disfunções conjugais, abuso de álcool e outras substâncias, bem como aumento do risco de suicídio (Gois et al., 2023; Conceição et al., 2024; Alshammari & Alboliteeh, 2023).

Dentre as diversas categorias profissionais, os enfermeiros têm ganhado destaque na literatura como um dos grupos mais suscetíveis à SB, em virtude do contacto direto e prolongado com os pacientes, do envolvimento emocional inerente à prática assistencial, das condições de trabalho frequentemente adversas, da baixa remuneração e das jornadas exaustivas. Estes profissionais, considerados linha de frente nos serviços de saúde, apresentam maior propensão ao esgotamento emocional e à desmotivação profissional, o que pode levar à percepção do trabalho como fonte de desprazer e ao uso de mecanismos de camuflagem dos sinais e sintomas de adoecimento. A médio e longo prazo, esse processo contribui para o agravamento do stress ocupacional e para o desenvolvimento da SB, com impacto negativo na vida pessoal, profissional e na qualidade do cuidado prestado aos pacientes (Machado et al., 2024; Amaral & Silva, 2023).

Para além disso, a evidência recente sugere que a elevada prevalência de burnout entre profissionais de saúde está associada a fatores organizacionais e estruturais, reforçando a necessidade de intervenções institucionais e não apenas individuais (Akoo et al., 2024).

Diante desse cenário, a literatura destaca a relevância do SB como um problema significativo de saúde mental que afeta um grande contingente de profissionais da saúde, ressaltando a necessidade de ampliação das pesquisas sobre o tema, contemplando diferentes ambientes de trabalho e áreas de atuação, bem como o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção, identificação precoce dos fatores de risco e fortalecimento do suporte aos profissionais já acometidos pela síndrome (Dalloca et al., 2024; Zaim et al., 2024).

Estratégias de prevenção

A prevenção da SB em profissionais da saúde dependem da atuação integrada de fatores individuais, organizacionais e sociais (Machado et al., 2024; Distefani et al., 2025). A evidência científica reforça que intervenções isoladas são insuficientes, sendo necessária uma abordagem multicomponente que integre estratégias ao nível individual e institucional (Catapano et al., 2023).

Entre os fatores de proteção destacam-se o apoio social, o suporte da equipa, a autonomia profissional, o senso de propósito e a resiliência, que pode ser desenvolvida ao longo da carreira (Amaral & Silva, 2023; Perniciotti et al., 2020). No entanto, importa salientar que a ênfase exclusiva na resiliência individual pode ser redutora, uma vez que o burnout está associado a fatores estruturais e organizacionais, não devendo ser compreendido apenas como incapacidade individual de adaptação (Akoo et al., 2024).

Estratégias individuais, como autocuidado, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, gerenciamento do stress, atividade física, mindfulness, arteterapia e educação sobre os sintomas da síndrome, promovem a saúde mental e fortalecem a capacidade de lidar com as demandas do ambiente clínico (Gomes et al., 2023; Gois et al., 2023).

As intervenções organizacionais visam criar ambientes de trabalho psicologicamente seguros, com cultura de escuta ativa, valorização profissional, jornadas equilibradas, comunicação efetiva, mentoria, programas de humanização e acesso facilitado a apoio psicológico (Conceição et al., 2024). Adicionalmente, a promoção de suporte emocional estruturado e a valorização das relações interpessoais no trabalho são fundamentais para reduzir a fadiga por compaixão e melhorar o bem-estar dos profissionais (Alshammari & Alboliteeh, 2023).

A adoção de medidas combinadas, que integrem intervenções individuais e institucionais, é fundamental para modificar as condições laborais, a percepção do trabalhador e as estratégias de enfrentamento diante de agentes estressores, favorecendo a prevenção da síndrome (Machado et al., 2024; Distefani et al., 2025). Estas intervenções têm impacto direto não só na saúde dos profissionais, mas também na qualidade e segurança dos cuidados prestados (Sullivan et al., 2022).

Aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais e educacionais contribuem significativamente para a promoção da saúde mental. Práticas como esporte, arteterapia, comunicação não violenta, programas de lazer e eventos coletivos fortalecem o bem-

estar, os vínculos sociais e o senso de comunidade, além de reduzir ansiedade e stress. A conscientização sobre hábitos saudáveis, sono, alimentação e autocuidado, bem como a educação sobre sinais precoces de adoecimento, são essenciais para a manutenção da saúde integral do profissional (Amaral & Silva, 2023; Gomes et al., 2023).

Finalmente, investir na saúde e bem-estar dos trabalhadores da saúde é crucial para garantir qualidade de vida, motivação, valorização profissional e, conseqüentemente, a eficácia e a segurança do atendimento prestado aos pacientes. Estratégias sustentáveis, integradas e interseccionais, especialmente em relação ao gênero e às desigualdades estruturais, devem orientar políticas públicas e práticas institucionais voltadas à promoção da saúde mental e prevenção da SB. O desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde no ambiente de trabalho, como pausas regulares, programas de apoio psicológico, treinamento adequado e melhoria das condições físicas dos ambientes de trabalho, são essenciais para a preservação da saúde dos profissionais e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade do atendimento ao utente (Gomes et al., 2023; Conceição et al., 2024).

No decorrer dos diferentes contextos de estágio, estas estratégias de prevenção foram aplicadas através da realização de sessões psicoeducativas, desenvolvidas no quadro 11, dirigidas aos profissionais de saúde, centradas na promoção da inteligência emocional, identificação precoce de sinais de burnout e desenvolvimento de estratégias de autocuidado e gestão do stress. As intervenções integraram momentos expositivos, dinâmicas participativas e utilização de instrumentos de avaliação validados, permitindo promover a reflexão crítica e a consciencialização dos profissionais relativamente à saúde mental em contexto laboral.

Contributos do EESMP

O EESMP é fundamental na deteção e intervenção junto de profissionais com SB, através da avaliação especializada, implementação das estratégias terapêuticas e articulação com equipas multidisciplinares.

A avaliação do burnout em profissionais da saúde envolve identificar e medir sintomas que indicam a síndrome. O diagnóstico é feito por meio da análise dos critérios estabelecidos em instrumentos de avaliação validados e específicos para essa finalidade. A correta avaliação é fundamental para identificar a presença da SB e direcionar as intervenções necessárias para o manejo e tratamento adequado. Entre os principais

instrumentos de avaliação utilizados estão o Maslach Burnout Inventory (MBI), o Copenhagen Burnout Inventory (CBI) (cf. anexo VIII) e o Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), as quais estão descritas no Quadro 10. Cada um desses instrumentos possui protocolos específicos para a avaliação do nível de burnout, oferecendo dados precisos para o diagnóstico e acompanhamento dos profissionais da saúde (Amaral & Silva, 2023; Gois et al., 2023).

Programas multidisciplinares envolvendo psicologia, psiquiatria, medicina do trabalho e gestão hospitalar promovem uma abordagem integrada, permitindo identificar fatores de risco, implementar estratégias preventivas e de tratamento mais eficazes, além de fortalecer a troca de experiências e o suporte entre profissionais. A atenção especial a populações vulneráveis, como estudantes e profissionais em formação, é necessária, considerando as pressões acadêmicas, emocionais e práticas que aumentam o risco de Burnout. A implementação de estratégias institucionais mais amplas, integradas e sustentáveis é imprescindível. Isso inclui a criação de ambientes de trabalho psicologicamente seguros, que promovam cultura de escuta ativa, valorização profissional, promoção de jornadas equilibradas e acesso facilitado a apoio psicológico. Intervenções em saúde mental no âmbito da atenção primária à saúde devem levar em consideração os determinantes sociais e culturais do sofrimento, sob risco de tornar-se inócuas. Da mesma forma, o enfrentamento eficaz do burnout requer não apenas medidas paliativas, mas transformação estrutural do modo de gestão do trabalho em saúde (Machado et al., 2024; Distefani et al., 2025).

O tratamento da SB, quando necessário, combina psicoterapia, suporte medicamentoso, mudanças no estilo de vida e ajustes nas condições de trabalho, podendo incluir afastamento temporário, férias ou períodos de descanso. O acompanhamento contínuo é fundamental, pois a síndrome não possui cura definitiva e o descuido pode levar ao agravamento de sintomas, incluindo depressão e risco de suicídio. É de fundamental importância manter o equilíbrio entre o trabalho, lazer, família, vida social e atividades físicas para prevenir e tratar a SB, outro fator muito importante é o autoconhecimento, pois permite identificar precocemente alterações e agentes estressores (Machado et al., 2024; Amaral & Silva, 2023).

Quadro 10: Escalas de Avaliação do Burnout

Escala	MBI	CBI	OLBI
Autores	Maslach & Jackson (1981)	Kristensen et al. (2005)	Demerouti et al. (2001)
Nº ítems	22	19	16
Dimensões	1. Esgotamento emocional 2. DP 3. Realização pessoal	1. Burnout pessoal 2. Burnout laboral 3. Burnout utente	1. Exaustão 2. Desapego
Tipo	Likert de 0–6 (nunca - todos os dias)	Likert de 1–5 (nunca - sempre)	Likert de 1–4 (discordo-concordo)
Duração	10-15 min	10 min	8-10 min
Pago	Licença paga (Mind Garden Inc.)	Gratuita (domínio público)	Gratuita (para investigação)
Enfoque	Estrés laboral en servicios humanos	Fatiga e exaustão general	Compromisso laboral e exaustão

1.3. Discussão

A revisão da literatura confirma que a SB é muito mais do que um conjunto de sintomas ou números em estudos: ela representa a experiência real de pessoas que se sentem esgotadas, desmotivadas e, muitas vezes, invisíveis dentro de um sistema que exige constantemente mais do que é possível dar. Os profissionais de saúde vivenciam fadiga física e emocional, distanciamento afetivo e sensação de fracasso, afetando não só sua própria vida, mas também a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes (Machado et al., 2024; Amaral & Silva, 2023; Sullivan et al., 2022). É evidente que a SB não é apenas um problema individual, mas um reflexo das estruturas organizacionais, das pressões institucionais e da cultura que minimiza a importância da saúde mental no ambiente de trabalho (Destefani et al., 2025; Conceição et al., 2024; Akoo et al., 2024). Esta percepção humaniza a discussão: estamos falando de pessoas que se esforçam diariamente, muitas vezes sem reconhecimento, e cujas limitações emocionais são constantemente testadas (Gois et al., 2023).

A literatura destaca que mulheres, enfermeiros jovens e profissionais recém-formados são especialmente vulneráveis. Este dado não é apenas estatístico: traduz-se em pessoas que equilibram múltiplas responsabilidades, sentem culpa por não conseguirem “dar conta de tudo” e sofrem em silêncio com a pressão emocional do cuidado contínuo (Perniciotti et al., 2020). Esses achados reforçam o objetivo da revisão: mostrar que o Burnout é uma realidade concreta, que exige intervenções práticas, humanas e baseadas

em evidência, e que o EESMP pode ter um papel central como mediador do cuidado não só para os pacientes, mas também para os colegas de trabalho. Torna-se igualmente evidente que estratégias centradas exclusivamente no indivíduo, como técnicas de relaxamento, são insuficientes quando não acompanhadas por mudanças estruturais que reduzam a sobrecarga e promovam ambientes de trabalho saudáveis (Melnik & Fineout-Overholt, 2022; Catapano et al., 2023).

Um ponto crítico é como a SB está ligada a desigualdades de gênero e expectativas sociais. Mulheres na saúde frequentemente acumulam dupla jornada, cuidando de pacientes e de suas famílias, e são penalizadas por estruturas que privilegiam cargos de liderança masculinos (Destefani et al., 2025; Perniciotti et al., 2020). Ao humanizar a análise, percebemos que muitas profissionais sentem frustração, culpa ou até vergonha por reconhecerem seu próprio limite, vivendo um conflito entre a dedicação ao outro e a necessidade de cuidado consigo mesmas. A literatura ainda é limitada em oferecer soluções estruturais concretas para reduzir essa vulnerabilidade, evidenciando uma lacuna que precisa ser preenchida tanto na investigação quanto na prática institucional (Conceição et al., 2024).

Ao nível da prática clínica, os resultados indicam que cuidar do profissional de saúde é tão urgente quanto cuidar do paciente. Intervenções isoladas ou superficiais revelam-se insuficientes, sendo fundamental a criação de ambientes de trabalho que promovam segurança psicológica, reconhecimento profissional e suporte emocional (Machado et al., 2024; Destefani et al., 2025; Alshammari & Alboliteh, 2023). Na investigação, há espaço para estudos que contemplem experiências vividas, histórias individuais e contextos culturais diversos, indo além das estatísticas. No ensino, integrar competências socioemocionais e preparar os futuros profissionais para lidar com pressões reais da profissão é essencial, não apenas para prevenir a SB, mas para cultivar empatia e resiliência (Amaral & Silva, 2023; Gois et al., 2023). Ou seja, estamos falando de humanizar a formação, a prática e a gestão do trabalho em saúde.

Embora esta revisão ofereça uma visão abrangente da SB, é importante reconhecer suas limitações. A escolha de estudos em português, espanhol e inglês e o período de cinco anos pode ter deixado de fora experiências importantes de outros contextos culturais. A dependência do Google Acadêmico e PubMed limita a amplitude das fontes, e a heterogeneidade dos estudos dificulta generalizações precisas (Destefani et al., 2025; Zaim et al., 2024). Mas, ao mesmo tempo, permite refletir criticamente sobre a complexidade do fenômeno e sobre como as experiências reais dos profissionais de saúde

são moldadas por fatores individuais, organizacionais e sociais, lembrando que cada número representa uma história, uma pessoa que enfrenta diariamente o esgotamento emocional (Machado et al., 2024; Dalloca et al., 2024).

1.4. Conclusões

A revisão revela que a SB não é apenas um conjunto de sintomas, mas uma experiência vivida desgastante, que afeta corpo, mente e relações. Profissionais de saúde, especialmente mulheres e recém-formados, convivem diariamente com pressão emocional intensa, sobrecarga de trabalho e expectativas muitas vezes irreais, levando a esgotamento emocional, distanciamento afetivo e sensação de fracasso profissional (Machado et al., 2024; Amaral & Silva, 2023; Sullivan et al., 2022). A dimensão humana da SB é clara: o sofrimento não se limita ao local de trabalho, infiltrando-se na vida pessoal, nas relações familiares e na própria autoestima, evidenciando que tratar a SB apenas como questão organizacional ou individual seria insuficiente (Destefani et al., 2025; Perniciotti et al., 2020).

Esta revisão permite compreender a SB não apenas como um fenômeno clínico, mas como um reflexo das tensões estruturais e culturais que moldam a prática em saúde. A centralidade do EESMP torna-se evidente, não apenas como profissional técnico, mas como agente de mudança capaz de identificar sinais precoces, apoiar colegas e implementar intervenções baseadas em evidência que humanizem o trabalho (Conceição et al., 2024; Gois et al., 2023). Ao mesmo tempo, a análise crítica evidencia lacunas: muitas estratégias de prevenção continuam superficiais, focadas apenas no indivíduo, ignorando desigualdades de gênero, sobrecarga doméstica e barreiras institucionais, o que limita a eficácia das políticas de saúde mental (Machado et al., 2024; Destefani et al., 2025; Akoo et al., 2024).

O estudo sugere que a investigação futura deve aprofundar a experiência real dos profissionais, valorizando abordagens qualitativas que permitam compreender não só os sintomas, mas também percepções, emoções e estratégias de enfrentamento. Torna-se fundamental desenvolver intervenções que integrem apoio psicológico, mudanças organizacionais e capacitação dos profissionais, promovendo uma abordagem multicomponente (Catapano et al., 2023). Além disso, as políticas institucionais devem considerar fatores como gênero, idade, experiência profissional e contexto sociocultural,

reconhecendo a complexidade e singularidade do fenómeno (Amaral & Silva, 2023; Gomes et al., 2023; Conceição et al., 2024).

Mais do que um problema estatístico, o burnout representa um alerta ético e humano: se profissionais de saúde não são apoiados e valorizados, o impacto se reflete nos cuidados prestados e na própria sociedade. A compreensão crítica deste fenómeno exige não apenas medidas técnicas, mas empatia, escuta ativa e políticas que reconheçam o sofrimento como legítimo, valorizando o ser humano por trás do profissional (Gois et al., 2023; Destefani et al., 2025; Alshammari & Alboliteh, 2023).

Assim, esta revisão não se limita a sintetizar evidência científica, mas convida à reflexão sobre a necessidade de cuidar de quem cuida, reconhecendo o valor humano subjacente à prática em saúde.

2. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática baseada na evidência constitui um referencial fundamental na prestação de cuidados em enfermagem, orientando a tomada de decisão clínica através da integração da melhor evidência científica disponível, da experiência profissional e das necessidades dos indivíduos e contextos.

O foco da intervenção foi a prevenção da SB nos profissionais de saúde, tendo em consideração o impacto deste fenómeno na saúde mental dos cuidadores, na qualidade dos cuidados prestados e no funcionamento das equipas.

Neste sentido, estas intervenções desenvolvidas nos estágios, sintetizadas no Quadro 11, procuraram integrar a melhor evidência científica disponível, o contexto clínico específico e as necessidades, valores e experiências dos profissionais envolvidos.

Em todos os contextos, antes da aplicação de qualquer instrumento ou dinamização de sessões, foi assegurada uma explicação clara dos objetivos, procedimentos e finalidade da recolha de dados, bem como das garantias de confidencialidade e anonimato. O consentimento informado foi sempre obtido, garantindo uma atuação ética e responsável. Esta preocupação revelou-se essencial, considerando a natureza sensível do tema abordado, uma vez que implicava a exploração de dimensões relacionadas com o desgaste emocional e a vulnerabilidade dos profissionais.

No primeiro estágio, realizado em contexto comunitário, foi desenvolvida uma intervenção formativa dirigida aos profissionais da UCC (cf. apêndice VII), centrada na promoção da saúde mental em contexto laboral, com enfoque na Inteligência Emocional e na prevenção do burnout. Esta atividade integrou-se no Plano de Formação da instituição, correspondendo a uma sessão anual prevista, e foi construída a partir de uma necessidade identificada pela própria equipa, através da aplicação prévia de um inquérito para seleção do tema e adequação do horário .

A intervenção foi estruturada numa sessão única com duração de 90 minutos, envolvendo 12 participantes (enfermeiros e estudantes de enfermagem), e teve como objetivos capacitar os profissionais para o reconhecimento, compreensão e gestão das emoções em contexto de trabalho, bem como promover estratégias de autocuidado e resiliência emocional .

Do ponto de vista metodológico, a preparação da sessão incluiu a elaboração de materiais pedagógicos, nomeadamente uma apresentação em PowerPoint e a construção

de um instrumento dinâmico, o “Termómetro das Emoções”, concebido para facilitar a expressão emocional e a reflexão em grupo .

A sessão foi organizada em três momentos principais: introdução, desenvolvimento e conclusão. Numa fase inicial, procedeu-se à apresentação dos objetivos e enquadramento teórico do conceito de Inteligência Emocional, destacando a sua relevância na comunicação, na tomada de decisão e na gestão de conflitos em contexto profissional .

Seguidamente, foi dinamizada a atividade prática “Termómetro das Emoções”, na qual os participantes identificaram e registaram emoções experienciadas recentemente no contexto laboral, associando-as a situações concretas. Posteriormente, em trabalho de pequenos grupos, refletiram sobre estratégias de regulação emocional e formas de reconhecimento dessas emoções nos outros, promovendo competências de empatia e autorregulação. A atividade culminou com um momento de partilha em grupo alargado, permitindo a construção coletiva de estratégias para a promoção de um ambiente emocionalmente mais seguro no local de trabalho .

Os resultados da dinâmica evidenciaram a presença de emoções diversas, como frustração, preocupação, felicidade e calma, refletindo a complexidade emocional inerente à prática profissional. Este momento revelou-se relevante ao tornar visível aquilo que frequentemente permanece implícito no contexto laboral.

A avaliação da intervenção foi realizada através de indicadores como o número de participantes, o nível de participação e o feedback recolhido, tendo-se verificado uma taxa de participação ativa de 100% e uma perceção global de eficácia igualmente total .

Contudo, foram identificadas limitações, nomeadamente dificuldades de adesão relacionadas com a carga assistencial e a necessidade de adaptação temporal da sessão ao contexto laboral .

No segundo estágio, realizado em contexto de internamento de agudos, a intervenção assumiu um carácter estruturado e sistematizado, integrando avaliação e sessão psicoeducativa (cf. apêndice VIII).

Por orientação da enfermeira tutora, a intervenção foi dirigida às auxiliares de enfermagem, grupo identificado como particularmente vulnerável ao desgaste emocional no serviço. Participaram 13 profissionais, tendo sido desenvolvida uma sessão de psicoeducação com a duração de 45 minutos .

Numa fase inicial, foi realizada a avaliação do nível de burnout através da aplicação da escala CBI, permitindo analisar as dimensões de burnout pessoal, laboral e

relacionado com o utente. Os resultados evidenciaram níveis baixos de burnout nas três dimensões (39,35%; 38,13%; 30,74%) .

Apesar destes resultados, a análise qualitativa revelou a presença significativa de sinais de desgaste, evidenciando uma discrepância entre os dados quantitativos e a percepção subjetiva das profissionais.

Com base nestes resultados, foi desenvolvida uma sessão de psicoeducação estruturada, incluindo momentos expositivos sobre burnout e inteligência emocional, bem como dinâmicas participativas, como mitos e verdades, o “Termómetro das Emoções” e momentos de partilha grupal. Estas estratégias permitiram a construção conjunta de propostas de melhoria no ambiente de trabalho, como a promoção do apoio entre colegas e a redução de julgamentos .

A avaliação da sessão revelou uma percepção global muito positiva, destacando-se a relevância dos conteúdos e a utilidade prática das estratégias abordadas .

No terceiro estágio, realizado em respostas diferenciadas, a sessão foi dirigida à equipa de saúde, com participação de 17 profissionais, sendo analisados especificamente os dados dos enfermeiros. Teve a duração de 45 minutos e centrou-se na temática do burnout e da inteligência emocional (cf. apêndice XVIII).

Foi realizada avaliação prévia através da escala CBI, cujos resultados evidenciaram níveis moderados de burnout pessoal (56%) e laboral (54%) e nível baixo no burnout relacionado com o utente (48%) .

Estes resultados demonstraram que o maior desgaste estava associado a fatores organizacionais, mais do que à relação com os utentes.

A sessão integrou momentos expositivos e informativos e dinâmicas participativas, como o “Termómetro das Emoções”, identificação de sinais e discussão de estratégias de prevenção. Verificou-se elevado envolvimento dos participantes e um ambiente facilitador de partilha .

A avaliação revelou uma percepção positiva, destacando-se a relevância dos conteúdos e a necessidade de continuidade deste tipo de intervenções .

Em síntese, o percurso desenvolvido ao longo dos três contextos de estágio permitiu consolidar a prática baseada na evidência como intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A integração entre a evidência científica, a avaliação sistemática e as necessidades dos contextos revelou-se fundamental para o desenvolvimento de intervenções mais ajustadas e eficazes.

A utilização de instrumentos validados, associada a estratégias participativas, permitiu promover a identificação do burnout, a reflexão crítica e a consciencialização dos profissionais.

Verificou-se uma evolução progressiva na capacidade de articular avaliação, intervenção e análise crítica, aproximando a prática desenvolvida do papel do enfermeiro especialista.

Contudo, evidenciou-se que a prevenção do burnout exige uma abordagem sistémica, não se limitando a intervenções pontuais, mas implicando mudanças organizacionais e promoção de culturas de apoio.

Quadro 11: Síntese das atividades desenvolvidas sobre Burnout em contexto de estágio

Contexto de estágio	Atividade	Objetivo	Principais conteúdos
Comunitário	Sessão formativa: “Inteligência Emocional no trabalho”	Promover a saúde mental em contexto laboral; Desenvolver competências de gestão emocional.	Conceito de Inteligência Emocional; Identificação e gestão de: Emoções, estratégias de autocuidado e resiliência.
Internamento de agudos	Sessão formativa: “Burnout e Inteligência Emocional no trabalho”	Sensibilizar para a SB; Desenvolver competências de Inteligência Emocional e gestão do stress.	Conceito de Burnout; Identificação de: Sinais e sintomas, fatores de risco, estratégias de gestão emocional e autocuidado.
Respostas diferenciadas	Sessão formativa: “Burnout e Inteligência Emocional no trabalho”	Sensibilizar para a SB; Desenvolver competências de Inteligência Emocional e gestão do stress.	Conceito de Burnout; Identificação de: Sinais e sintomas, fatores de risco, estratégias de gestão emocional e autocuidado.

3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, que estabelece o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior em Portugal, o grau de mestre pressupõe a aquisição de competências avançadas que transcendem a mera apropriação de conhecimento, implicando a capacidade de integrar saberes, lidar com a complexidade, tomar decisões fundamentadas e sustentar uma aprendizagem autónoma ao longo da vida (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Neste enquadramento, o percurso formativo em ESMP, bem como a elaboração do presente relatório, configuraram-se como uma trajetória exigente de construção e reconstrução de saberes, marcada não apenas pela aquisição de conhecimentos, mas sobretudo pela sua problematização e pela confrontação com a natureza multifacetada da realidade clínica. Progressivamente, tornou-se evidente que o desenvolvimento de competências avançadas não ocorre de forma linear, mas emerge de um movimento contínuo de análise crítica, questionamento e integração de experiências, frequentemente marcado por incerteza e ambiguidade.

No que concerne à integração do conhecimento e à tomada de decisão, a revisão da literatura e a análise de evidência científica relativa à SB, articuladas com a experiência clínica, constituíram momentos privilegiados de desenvolvimento. Todavia, mais do que a simples articulação entre conhecimento teórico e empírico, mostrou-se a complexidade inerente à transposição da evidência para contextos reais, frequentemente condicionados por limitações, singularidades e imprevisibilidade. Esta constatação implicou uma reformulação da minha perspetiva inicial, inicialmente mais centrada numa lógica técnica, conduzindo a uma abordagem mais crítica, flexível e contextualizada da decisão clínica.

Relativamente às competências comunicacionais e de intervenção, a dinamização de sessões formativas e psicoeducativas em diferentes contextos evidenciou não apenas a necessidade de adaptação da linguagem, mas também a importância de reconhecer os limites da transmissão de conhecimento. Se, por um lado, foi possível consolidar a capacidade de traduzir conteúdos científicos em práticas acessíveis, por outro, tornou-se evidente que a comunicação eficaz implica um processo relacional e bidirecional, sensível às dinâmicas contextuais e às necessidades específicas dos intervenientes. Esta tomada de consciência permitiu a evolução de uma postura predominantemente expositiva para uma abordagem mais dialógica, crítica e reflexiva.

No domínio ético e reflexivo, a prática desenvolvida ao longo dos estágios reforçou a centralidade da ética na intervenção em saúde mental. Ainda assim, este percurso foi marcado pela presença de dilemas e tensões, nomeadamente na gestão de expectativas, na tomada de decisão em contextos de vulnerabilidade e na necessidade de conciliar princípios éticos com constrangimentos institucionais. A integração da PBE, articulada com uma postura crítica, contribuiu para o desenvolvimento de uma atitude mais consciente e fundamentada, ainda que reconhecidamente inacabada, face às exigências éticas da profissão.

Por fim, no que diz respeito à autonomia e à aprendizagem, o percurso formativo foi determinante na consolidação de uma postura de autorregulação e responsabilidade pelo desenvolvimento profissional. Contudo, esta autonomia não deve ser entendida como um estado estático, mas como uma construção dinâmica, que exige atualização contínua, capacidade adaptativa e abertura à mudança. A necessidade de articular teoria e prática, bem como de responder a contextos complexos e em constante transformação, evidenciou que a aprendizagem ao longo da vida constitui não apenas um objetivo, mas uma exigência intrínseca ao exercício profissional em ESMP.

Neste sentido, as competências desenvolvidas ao longo deste percurso refletem de forma integrada os domínios preconizados no Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, ao nível da aquisição e integração de conhecimentos, da sua aplicação em contextos complexos, da formulação de juízos críticos e eticamente fundamentados, da comunicação eficaz e da aprendizagem autónoma ao longo da vida.

Em síntese, a aquisição das competências de mestre traduziu-se num processo de transformação pessoal e profissional, marcado pela transição de uma lógica predominantemente técnica para uma abordagem crítica, reflexiva e contextualizada da prática. Mais do que a demonstração de capacidades, este percurso permitiu-me reconhecer a complexidade da intervenção em saúde mental, bem como a necessidade de uma postura ética, autónoma e permanentemente reflexiva, em consonância com os princípios que sustentam o ensino superior e a prática profissional em Portugal.

CONCLUSÃO

Este relatório permitiu descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências realizado no âmbito do Mestrado em ESMP, integrando as experiências clínicas vivenciadas nos diferentes contextos de estágio e a consolidação do papel do EESMP.

Ao longo deste percurso formativo, foi possível aprofundar conhecimentos técnico-científicos, relacionais e reflexivos fundamentais para uma prática especializada, ética e humanizada. A integração dos referenciais teóricos de Hildegard Peplau e Afaf Meleis constituiu um suporte importante para a compreensão da relação terapêutica, dos processos de transição e da complexidade inerente ao cuidar em saúde mental e psiquiatria.

Os diferentes contextos clínicos, internamento de agudos, comunidade e respostas diferenciadas, contribuíram de forma significativa para a aquisição e consolidação de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível da responsabilidade profissional, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados, comunicação terapêutica, planeamento da intervenção, tomada de decisão clínica e desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

No âmbito da temática da prevenção da SB em profissionais de saúde, a análise desenvolvida permitiu compreender o burnout como um fenómeno complexo e multifatorial, com impacto significativo na saúde física, emocional e relacional dos profissionais, bem como na qualidade e segurança dos cuidados prestados. A proximidade com os contextos clínicos possibilitou reconhecer a existência de sofrimento emocional frequentemente pouco visível ao nível institucional, reforçando a necessidade de intervenções estruturadas, contínuas e sustentadas.

A aplicação da PBE ao longo dos estágios permitiu integrar a melhor evidência científica disponível na tomada de decisão clínica, sustentando intervenções direcionadas para a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde. Simultaneamente, tornou possível desenvolver uma maior consciência crítica acerca do papel do EESMP enquanto agente promotor do bem-estar psicológico, da prevenção do sofrimento emocional e da criação de ambientes terapêuticos mais seguros e humanizados.

A experiência adquirida demonstrou que intervenções isoladas apresentam impacto limitado, reforçando a necessidade de abordagens integradas que envolvam aos

profissionais e também as equipas e estruturas organizacionais, promovendo culturas institucionais mais saudáveis, colaborativas e sustentáveis.

Em síntese, este percurso contribuiu significativamente para o desenvolvimento pessoal, profissional e académico enquanto futura EESMP e mestre, consolidando competências essenciais para uma prática crítica, reflexiva e baseada na evidência científica, orientada para a promoção da saúde mental e para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akoo, C., McMillan, K., Price, S., Ingraham, K., Ayoub, A., Rolle Sands, S., Shankland, M., & Bourgeault, I. (2024). “I feel broken”: Chronicling burnout, mental health, and the limits of individual resilience in nursing. *Nursing Inquiry*, 31(2), e12609. <https://doi.org/10.1111/nin.12609>

Alligood, M. R. (2022). *Modelos y teorías en enfermería* (10.^a ed.). Elsevier España, S.L.U.

Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. de O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202–210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>

Alshammari, M. H., & Alboliteeh, M. (2023). Moral courage, burnout, professional competence and compassion fatigue among nurses. *Nursing Ethics*, 30(7–8), 1068–1082. <https://doi.org/10.1177/09697330231176032>

Amaral, A. C. R., & Silva, L. A. M. (2023). Síndrome de burnout em profissionais da área da saúde: Um olhar para a literatura com ênfase na necessidade de cuidar de quem cuida. *Scientia Generalis*, 4(1), 1–12.

<https://www.scienciageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/470/369>

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Catapano, P., Cipolla, S., Sampogna, G., Perris, F., Luciano, M., Catapano, F., & Fiorillo, A. (2023). Organizational and individual interventions for managing work-related stress in healthcare professionals: A systematic review. *Medicina*, 59(10), 1866. <https://doi.org/10.3390/medicina59101866>

Conceição, L. R., Barbosa, R. F., & Santos, J. L. (2024). A saúde da mulher profissional da enfermagem: O autocuidado de quem cuida. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 7(5), 1340–1362.

<https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5845/5718>

Da Fonte, C. M. S. (2011). Adaptação e validação para português do Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

https://www.researchgate.net/publication/277213001_Adaptacao_e_validacao_para_portugues_do_questionario_de_Copenhagen_Burnout_Inventory_CBI

Dadalto, L., Vargas, N. V., Pereira, R. C., & Capucho, M. C. (2024). Sofrimento psíquico no trabalho: Uma análise na pós-modernidade. Faculdade Multivix Vila Velha. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272024000100008&script=sci_arttext

Dalloca, M. E. A., Silva, M. L. P., Carvalho, N. S., Santos, R. A., & Moraes, M. A. B. (2024). Síndrome de burnout: Causas e consequências em profissionais da área da saúde. *Revista Master*, 9(17). <https://revistamaster.emnuvens.com.br/RM/article/view/509/283>

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Del Llano Bautista, A. J., Guerrero Castañeda, R. F., & González-Soto, C. E. (2024). Teoría de las transiciones de Meleis: análisis y aplicación en enfermería. *Horizonte de Enfermería*, 35(3), 1667–1682. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.35.3.1667-1682

Destefani, E. B., Ronchetti, P. C., Oliveira, P. R., Fonseca, L. E. L., Dantas, L. O. T., Kefler, N., & Lázaro, C. F. (2025). Síndrome de burnout em profissionais da saúde do sexo feminino. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 7(6), 1296–1306. <https://bjihb.emnuvens.com.br/bjihb/article/view/5987/5857>

Ghosh, A., & Choudhury, S. (2025). Understanding different types of review articles: A primer for early career researchers. *Indian Journal of Psychiatry*, 67(5), 535–541. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_373_25

Gomes, H. A., Santos, N. C. dos, Silva, M. O. M. da, & Silva, A. L. R. (2023). Estratégias de promoção da saúde mental para profissionais de saúde: Uma revisão integrativa. *Contemporânea*, 3(12), 32128–32149. <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2502/2109>

Gois, D. F., Rauber, B. J., Capra, K. F., & Possamai, T. R. (2023). Síndrome de burnout em profissionais da saúde: Uma pesquisa documental com ênfase na equipa de enfermagem. Centro Universitário Fasipe – UNIFASIPE. <https://revistas.fasipe.com.br/index.php/REMAS/article/view/263/243>

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3.ª ed.). Artmed.

Loureiro, H. M. A. M., Mendes, A. M. O. C., Borges, E. M. N., Melo, E. M. O. P., Gomes, J. H. G., Abreu, M. S. N., Queirós, P. J. P., Tavares, J. P. A., Chaves, C. M. C. B., & Barros, T. M. K. B. H. (2022). *International Congress of Occupational Health*

Nursing – ICOHN22: Proceedings. Universidade de Aveiro. https://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2022/10/ebook_ICOHN22_v2.pdf#page=125

Lozano Sanjuan, M. P. (2023). Eficacia de la entrevista motivacional para mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con trastorno mental grave (Tesis doctoral, Universidad de Cádiz). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=312988>

Machado, F. O., Laurentino, A. P. R., Pereira, B. R., Chagas, C. T. O., Costa, A. P. G., Rodrigues, T. A. K., Goulart, G. D., Dantas, T. M. M., Coelho, F. L., Froio, A. J., Couto, C. C. Z., & Martins, I. D. R. (2024). Prevenção e manejo do burnout em profissionais da saúde: Desafios e soluções para saúde mental no ambiente clínico. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 5711–5720. <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3193/3447>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). *Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey*. Mind Garden.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2022). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (5th ed.). Wolters Kluwer Health.

Mendes, R. F. M. (2025). Intervenção psicoterapêutica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica perante a pessoa com comportamentos aditivos. (Relatório Final, do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa) <http://hdl.handle.net/10400.26/60917>

Naranjo Hernández, Y. (2025). La teoría de relaciones interpersonales de Hildegard E. Peplau en enfermería. *Panorama Cuba y Salud*, 20(1). <https://orcid.org/0000-0002-2476-1731>

Nasarre Grasa, P., Sierra Arcos, N., Millán Elvira, A., Mené Gálvez, M., Núñez Descalzo, N., & Merino Maestro, M. (2025). Teoría de las relaciones interpersonales de Hildegard Peplau y su aplicación en enfermería de salud mental. *Revista Sanitaria de*

Investigación, 6(8). <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/teoria-de-las-relaciones-interpersonales-de-hildegard-peplau-y-su-aplicacion-en-enfermeria-de-salud-mental/>

Noël-Hureaux, E., & Gilart De Keranflec'h, C. (2025). La théorie des transitions de Afaf I. Meleis: Un accompagnement quotidien pour des transitions de vie durables. *Recherche en soins infirmiers*, 161(2), 106–111. <https://doi.org/10.3917/rsi.161.0106>

Nunes, L. (2026). Responsabilidade profissional, ética e legal. Nunes, L. & Morgado, T. (2026). *Ética e deontologia em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*, 13-17. Lidel.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12–23. Doi:10.1027//1015-5759.19.1.12

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://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Ordem congratula-se com decisão da OMS sobre o burnout. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-congratula-se-comdecis%C3%A3o-da-oms-sobre-o-burnout/>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação internacional de doenças (11.ª revisão)* – CID-11. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#129180281>

Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.

Perniciotti, P., Serrano Júnior, C. V., Guarita, R. V., Morales, R. J., & Romano, B. W. (2020). Síndrome de burnout nos profissionais de saúde: Atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista da SBPH*, 23(1). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582020000100005&script=sci_arttext

Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. University of Chicago Press.

Santos, S. S. C., & Nóbrega, M. M. L. (1996). Teoria das relações interpessoais em enfermagem de Peplau: Análise e evolução. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 49(1), 54-64. <https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000100007>

Santos, A. B. M., Azevedo, C. N. de, Gomes, M. L. R., Mello, S. M. B. de, & Oliveira, B. D. R. de. (2022). Síndrome de burnout nos profissionais de saúde do âmbito hospitalar: Uma revisão integrativa. *Fisioterapia Brasileira*, 23(5), 735–747. <https://www.convergenceseditorial.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/4922/8170>

Santos, I. B., & Moraes, H. A. (2025). Panorama da produção científica sobre síndrome de burnout no Portal da Biblioteca Virtual de Saúde. *Lumen et Virtus*, 16(50), 9123–9140. <https://periodicos.newsciencepubl.com/LEV/article/view/6878/9278>

Sullivan, V., Hughes, V., & Wilson, D. R. (2022). Nursing burnout and its impact on health. *Nursing Clinics of North America*, 57(1), 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.11.011>

Zaim, A. D., Weiler, A. J., Guimarães, G., Ardengui, L. B. M., Parrado, M. M. M. R., & Silva, A. Z. da. (2024). Os impactos do sofrimento psíquico dos profissionais que atuam na área de saúde. <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/view/1968>

ANEXOS

Anexo I – Escala SÓCRATES 8D (Versão adaptada por Janeiro, Faísca e Miguel)

Nº	Ítem	Discordo totalmente	Discordo	Indecisão	Concordo	Concordo totalmente
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de álcool	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente de álcool	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de álcool os meus problemas vão tornar-se piores	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao meu consumo de álcool	1	2	3	4	5
5	Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
6	Eu tenho um problema com o álcool	1	2	3	4	5
7	Não estou só a pensar em mudar em relação ao consumo de álcool, já estou de facto a fazer algo por isso	1	2	3	4	5
8	Eu já mudei em relação ao consumo de álcool e procure aprender maneiras que me ajudem a evitar recaída	1	2	3	4	5
9	Eu tenho um problema sério com o álcool	1	2	3	4	5
10	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de álcool	1	2	3	4	5
11	O meu consumo de álcool está a causar-me muito mal	1	2	3	4	5
12	Atualmente estou a fazer coisas para parar ou diminuir o meu consumo de álcool	1	2	3	4	5
13	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que tinha antes com o consumo de álcool	1	2	3	4	5
14	Eu sei que tenho um problema com o álcool	1	2	3	4	5
15	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de álcool é excessivo	1	2	3	4	5
16	Eu sou um alcoólico	1	2	3	4	5
17	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao meu consumo de álcool	1	2	3	4	5

Anexo II – Índice de Lawton e Brody

Aspeto a avaliar	Puntução
Puntução total:	
Capacidade para usar o telephone	
Utiliza o telephone por iniciativa própria	1
É capaz de marcar corretamente alguns números familiares	1
É capaz de atender o telephone, mas não de marcar	1
Não é capaz de usar o telephone	0
Fazer compras	
Realiza todas as compras necessárias de forma independente	1
Realiza pequenas compras de forma independente	0
Necessita de ser acompanhado para fazer qualquer compra	0
Totalmente incapaz de fazer compras	0
Preparação das refeições	
Organiza, prepara e serve as refeições sozinho adequadamente	1
Prepara adequadamente as refeições se lhe forem fornecidos os ingredient	0
Prepara, aquece e serve refeições, mas não segue uma dieta adequada	0
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	0
Cuidado da casa	
Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)	1
Realiza tarefas leves, como lavar a loiça ou fazer as camas	1
Realiza tarefas leves, mas não consegue manter um nível adequado de limpeza	1
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	1
Lavagem da roupa	
Lava sozinho toda a sua roupa	1
Lava sozinho pequenas peças de roupa	1
A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros	0
Utilização de meios de transporte	
Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro	1
É capaz de apanhar um taxi, mas não usa outro transporte	1
Viaje em transportes públicos quando vai acompanhado	1
Só utiliza o táxico o automóvel com ajuda de terceiros	0
Não viaja	0
Manuseamento da medicação	
É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas	1
Toma a medicação se a dose é preparada previamente	0
Não é capaz de administrar a sua medicação	0
Responsabilidade de assuntos financeiros	
Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho	1
Realiza compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras no banco	1
Incapaz de manusear o dinheiro	0

Anexo III – Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Sequeira, 2007; 2010)

Nº	Ítem	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 que a situação actual afecta 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 afectada 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 afectadas 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 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 controle 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?					

Anexo IV – Índice para Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados (CADI)

Prestar cuidados pode ser difícil porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que		
			Não me perturba	Causa-me 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 cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem 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 outras coisas de que gosto				
9	Chega a transformar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado 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 transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
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 cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento 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				

Anexo V – Índice para Avaliação das Satisfações do Prestador de Cuidados (CASI)

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 eu faço				
3	O facto de prestart cuidados aproximei-me mais da pessoa quem cuido				
4	É bom observar pequenas melhoras no estado da pessoa que cuido				
5	Sou capaz de ajudar a pessoa de quem cuido a dessenvolver 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 meus problemas, a pessoa de quem cuido não resmuga 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 tartar 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 consider				
18	Prestar cuidadosestreitou 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				
22	Posso garantir que a 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 disgnidade da pessoa de quem cuido				
25	Permite pôr-me a mim mesmo à prova e vencer dificuldades				
26	Prestar cuidados é uma maneira de expresser 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 VI – Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS)

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a: ☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar: ☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar: ☐ Tanto como antes ☐ Não tanto agora ☐ Só um pouco ☐ Quase nada	9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago: ☐ Nunca ☐ Por vezes ☐ Muitas vezes ☐ Quase sempre
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer: ☐ Sim e muito forte ☐ Sim, mas não muito forte ☐ Um pouco, mas não me aflige ☐ De modo algum	10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico: ☐ Completamente ☐ Não dou a atenção que devia ☐ Talvez cuide menos que antes ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas: ☐ Tanto como antes ☐ Não tanto como antes ☐ Muito menos agora ☐ Nunca	11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a: ☐ Muito ☐ Bastante ☐ Não muito ☐ Nada
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações: ☐ A maior parte do tempo ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Quase nunca	12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro: ☐ Tanto como antes ☐ Não tanto como antes ☐ Bastante menos agora ☐ Quase nunca
6. Sinto-me animado/a: ☐ Nunca ☐ Poucas vezes ☐ De vez em quando ☐ Quase sempre	13. De repente, tenho sensações de pânico: ☐ Muitas vezes ☐ Bastantes vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a: ☐ Quase sempre ☐ Muitas vezes ☐ Por vezes ☐ Nunca	14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão: ☐ Muitas vezes ☐ De vez em quando ☐ Poucas vezes ☐ Quase nunca

Anexo VII – Mini Mental State Examination (MMSE)

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, "FECHER OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

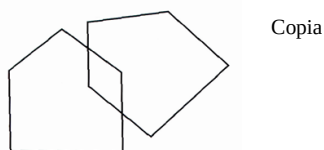
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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.



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 VIII – Escala Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

1. Está cansado/a de trabalhar com utentes? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	11. Acha difícil trabalhar com utentes? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
2. O seu trabalho deixa-o/a frustrado/a? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	12. Com que frequência se sente fatigado/a? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
3. Com que frequência se sente cansado/a? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	13. Sente-se exausto/a de manhã ao pensar em mais um dia de trabalho? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
4. Sentese esgotado por causa do seu trabalho? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	14. Trabalhar com utentes deixa-o/a sem energia? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
5. Com que frequência pensa: “Eu não aguento mais isto”? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	15. Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com utentes? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
6. O seu trabalho é emocionalmente desgastante? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	16. Com que frequência se sente fisicamente exausto/a? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
7. Sente-se esgotado/a no final de um dia de trabalho? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	17. Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com utentes? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
8. Com que frequência se sente emocionalmente exausto/a? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	18. Sente que cara hora de trabalho é cansativa para si? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
9. Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	19. Acha frustrante trabalhar com utentes? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre
10. Com que frequência se sente frágil e susceptível a ficar doente? ☐ 1 – Nunca ☐ 2 – Raramente ☐ 3 – Às vezes ☐ 4 – Frequentemente ☐ 5 – Sempre	

Anexo IX – Questionario de Conhecimentos Acerca do Álcool (QCaA)

	V	F
1. O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.		
2. O consumo de álcool pode causar dependência.		
3. O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.		
4. O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.		
5. Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.		
6. O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.		
7. Beber com moderação significa beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.		
8. As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.		
9. As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.		
10. O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.		
11. O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.		
12. O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.		
13. Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.		
14. Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.		
15. Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.		
16. O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.		
17. O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.		
18. A idade não tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool.		
19. É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.		
20. Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.		
21. As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebê.		
22. O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.		
23. Beber com moderação significa beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto.		
24. A cerveja é boa para “matar” a sede.		
25. O álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.		
26. Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.		
27. O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.		
28. O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.		
29. Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.		
30. O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.		
31. As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.		
32. No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.		
33. Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.		
34. O álcool aquece.		
35. O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.		
36. O fígado está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.		
37. Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.		
38. O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.		
39. Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.		
40. O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.		

Anexo X – Índice para Avaliação das Maneiras como o Prestador de Cuidados Enfrenta as Dificuldades (CAMI)

Uma das maneiras de enfrentar as dificuldades que tenho, ao cuidar desta pessoa é:		Não procedo assim	Faço assim e o resultado é		
			Nenhum	Algum	Bastante bom
Lidar com acontecimentos / Resolução de problemas	Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo				
	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
	Planear com antecedência e assim estar preparado				
	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
	Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível				
	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas				
	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
	Confiar na minha própria experiência e na minha competência				
	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
Perceções alternativas sobre a situação	Ver o lado cómico da situação				
	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
	Cerrar os dentes e continuar				
	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa				
	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação				
	Viver um dia de cada vez				
	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
	Aceitar a situação tal como ela é				
	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				
	Acreditar em mim próprio e na minha capacidade para lidar com a situação				
	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas					
Lidar com sintomas de stress	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
	Reservar algum tempo livre para mim próprio				
	Chorar um bocado				
	Arranjar maneira de não pensar nas coisas: ler, ver TV, etc.				
	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando, etc.				
	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

APÊNDICES

Apêndice I – Intervenção PLA – CAD

2.4 PLA - CAD		
DATA DE INÍCIO E FIM 23/05/2025	Nº E DURAÇÃO 1 sessão de 45 minutos	POPULAÇÃO ALVO Utente residente com comportamento aditivo.
FUNDAMENTAÇÃO A intervenção surge como resposta a uma necessidade a nível local como nacional de atuar de forma integrada face aos comportamentos aditivos e às dependências. Esta realidade inclui o consumo de álcool e substâncias psicoativas, e também o uso excessivo da internet, das redes sociais e dos jogos online. Os dados disponíveis apontam para uma situação preocupante. Existe um consumo nocivo de álcool bastante presente, e um número significativo de jovens tem sido identificado como consumidores em contexto escolar. A escassez de respostas estruturadas na área da saúde mental e o impacto social destas problemáticas reforçam a urgência de uma intervenção próxima da comunidade. Assim, esta atividade fundamenta-se numa necessidade de resposta comunitária às dependências, valorizando também o papel dos profissionais de EESMP que deve ser acessível, integrado e ajustado à realidade local.		
OBJETIVOS -Conhecer a resposta do utente à intervenção. -Colaborar na entrevista motivacional para o aceite da intervenção. -Intervir / Acompanhar ao utente com comportamento aditivo e dependências. -Respeitar a decisão do utente. -Comunicar a completa disponibilidade em caso de precisa-la.		DIFICULDADES -A principal dificuldade encontrada esteve relacionada com a ausência total de insight por parte do utente relativamente ao seu consumo de álcool. -Recusa iniciar qualquer tipo de acompanhamento, inviabilizando a continuidade da intervenção planeada. -O utente mostrou-se pouco recetivo, com uma postura defensiva, dificultando a criação de uma relação de confiança. -Limitações no processo de motivação para a mudança e resistência ao envolvimento em cuidados especializados.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO -Grau de participação do utente na sessão. -Observações sobre alterações no comportamento. -Feedback do tutor sobre a atuação.		ESTRATÉGIAS -Discussão do caso com o tutor. -Identificação de um utente com PLA-CAD. -Avaliação dos CAD através da aplicação das escalas.
REFLEXÃO GERAL Esta atividade revelou-se desafiante, tanto a nível técnico como relacional. Trabalhar com utentes que não têm insight do seu problema, especialmente quando se trata de dependências, exige do profissional não só conhecimento, mas também empatia, paciência e a capacidade de respeitar os limites do outro. Embora a sessão não tenha resultado no início de um acompanhamento terapêutico, foi uma oportunidade valiosa para aplicar técnicas de entrevista motivacional e desenvolver estratégias para lidar com a resistência e fazer frente a uma situação com um utente em Pre-contemplação segundo o modelo de Diclemente e Pochaska (Bequir, S. S.f)		

SESSÕES	
SESSÃO 0	Contacto telefónico ao utente e posterior agendamento para uma avaliação presencial.
SESSÃO 1	O utente entregue análises clínicas recentes, as quais não revelavam alterações de relevo. Acudimos a uma sala reservada, garantindo privacidade e um ambiente adequado à abordagem. Durante a sessão, procurou-se estabelecer uma relação empática, adotando uma postura de escuta ativa e de não julgamento. Iniciou-se uma entrevista de avaliação clínica com o objetivo de explorar os padrões de consumo e eventuais impactos na sua vida pessoal, familiar e funcional. Apesar dos esforços, o utente manteve uma narrativa de normalização do consumo, recusando admitir qualquer prejuízo associado e desvalorizando os riscos. Foram utilizadas estratégias de confronto terapêutico moderado e reflexão guiada para promover a consciencialização, sem sucesso evidente. A interação terminou com a recusa explícita do utente em receber apoio, tendo sido respeitada a sua decisão, garantindo-se, a disponibilidade da equipa caso venha a reconsiderar. A recusa do utente não foi encarada como um insucesso, mas sim como uma etapa do seu percurso pessoal no processo de mudança. Manter o respeito pela sua autonomia e um postura ética foi essencial para garantir que, mesmo perante a recusa, a relação profissional se mantivesse disponível, acolhedora e aberta a futuros contactos

Apêndice II – Intervenção IADEM – Estatuto Do Cuidador Informal (ECI)

2.2 IADEM - ESTATUTO DO CUIDADOR INFORMAL		
DATA DE INÍCIO E FIM: Início: 13/05/25; Fin: 30/06/25	Nº E DURAÇÃO: 7 sessões de 45 minutos cada uma, no domicílio; 1ª: 13/05; 2ª: 26/05; 3ª: 28/05; 4ª: 11/06; 5ª: 20/06; 6ª: 24/06; 7ª: 30/06.	POPULAÇÃO ALVO: Mãe de um utente com esquizofrenia.
FUNDAMENTAÇÃO O ECI, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, consiste num conjunto de normas que regulam os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as respetivas medidas de apoio (ACeS Porto Ocidental, n.d). O objetivo deste estatuto é reconhecer, valorizar e apoiar os cuidadores informais que prestam cuidados a pessoas em situação de dependência, seja devido a doença crónica, deficiência, perturbação mental ou envelhecimento. A sua divulgação e aplicação são uma componente fundamental do trabalho do EESMP. Esta intervenção baseia-se numa prática centrada na pessoa e na família, valorizando o papel crucial dos cuidadores na continuidade dos cuidados em saúde mental. Responde ainda à necessidade de prevenir o esgotamento físico e emocional destes cuidadores, muitas vezes sobrecarregados, e de promover a literacia em saúde e o empoderamento familiar. A inclusão desta intervenção justifica-se pela sua relevância social, ética e legal, sendo uma ferramenta para assegurar uma resposta integrada, equitativa e humanizada às necessidades dos utentes e das suas redes de apoio.		
OBJETIVOS -Informar a mãe do utente sobre os seus direitos e deveres. -Facilitar-lhe o acesso a recursos e apoios disponíveis. -Reduzir a sobrecarga da senhora. -Obter estratégias de relaxamento e de gestão das emoções e situações. -Capacita-la para o papel de Prestador de Cuidados.		ESTRATÉGIAS -Identificação da Prestadora de Cuidados (PC). -Agendar e informar sobre as sessões com cuidadores sobre o ECI. -Encaminhamento para recursos e apoios adequados. -Avaliação do Stress através da aplicação das escalas que se justifiquem. -Intervenção psicoterapêutica de acordo com os diagnósticos identificados. -Reavaliar, com nova aplicação da ESC, no final da intervenção.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO -Feedback da PC sobre as informações e apoios recebidos. -Nº sessões realizadas sobre as planeadas. -Melhoria verificada nas escalas na reavaliação.		DIFICULDADES -Carga emocional elevada, com sentimentos de cansaço, frustração e isolamento. -Falta de rede de apoio, a ausência de suporte familiar adequado.
REFLEXÃO GERAL Creou-se um espaço de escuta e reflexão sobre o papel da senhora enquanto cuidadora do seu filho. Nos encontros, observei uma evolução no seu envolvimento. No início, manifestava sentimentos de sobrecarga e isolamento. Com apoio e estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia e na confiança, tornou-se mais ativa na procura de estratégias para melhorar o seu bem-estar. Uma das melhorias mais evidentes ocorreu ao nível das estratégias para gerir o dia a dia e na relação com o filho. Esta atividade confirmou a importância da intervenção do EESMP no acompanhamento e cuidado dos cuidadores, não só na vertente informativa e legal, mas também na promoção de competências relacionais, emocionais e de autoeficácia. Ficou também claro que uma rede de apoio adequada pode transformar positivamente dinâmicas familiares que, são profundamente afetadas pelo peso do cuidar.		

SESSÕES	
SESSÃO 0	Contatar de maneira telefónica com a utente. Solicitar autorização, informar e programar as sessões. Tomada de decisão sobre a intervenção, Relação de Ajuda.
SESSÃO 1	Avaliação inicial de enfermagem. Foi aplicada a escala ESC (Escala de Sobrecarga do Cuidador), obtendo-se um resultado de 93, o que revela uma sobrecarga intensa/severa. Marca-se a próxima sessão.
SESSÃO 2	Foi aplicado o Índice para Avaliação das Dificuldades do Prestador de Cuidados (CADI). Todos os pontos foram discutidos e debatidos, proporcionando estratégias e diferentes perspetivas, tendo resultado 96/120, o que indica uma dificuldade alta/severa. Aborda-se a sessão anterior, e as melhoras e dificuldades sentidas ate agora.
SESSÃO 3	Realizou-se o Índice para Avaliação das Maneiras como o Prestador de Cuidados Enfrenta as Dificuldades (CAMI). Foram discutidos todos os pontos, procurando estratégias e fornecendo novas competências para ajudar a orientar o seu dia a dia perante estas dificuldades. Obteve-se um resultado de 109/152, o que indica uma atitude positiva com alta perceção de eficácia. Aborda-se a sessão anterior, e as melhoras e dificuldades sentidas ate agora. Nesta sessão, a cuidadora referiu sentir-se melhor, já que o filho estava a cumprir as indicações dadas e ela estava bastante contente. Marca-se a próxima sessão.
SESSÃO 4	Foi aplicado o Índice para Avaliação das Satisfações do Prestador de Cuidados (CASI), onde cada ponto foi avaliado e discutido individualmente, tendo resultado 96/120, o que indica uma elevada satisfação da mãe relativamente ao cuidado do seu filho. Além disso, nesta sessão foi também avaliada a Escala de Ansiedade e Depressão Clínica (HADS), obtendo-se um resultado de 21/28 para ansiedade e 18/28 para depressão. Estes resultados indicam que: A ansiedade encontra-se na categoria de sintomas severos, quase a atingir um nível muito severo, refletindo um elevado nível de ansiedade que provavelmente afeta significativamente o bem-estar e a funcionalidade da cuidadora; e a depressão situa-se no intervalo de sintomas severos, embora ligeiramente inferior à ansiedade, sendo igualmente indicativa de um transtorno clínico significativo. Aborda-se a sessão anterior e os seus sentimentos ate esta sessão, a cuidadora referiu estar bastante mal emocionalmente, embora o filho continuasse a cumprir bem todas as indicações dadas.
SESSÃO 5	À chegada ao domicílio, a senhora encontrava-se fora de casa. Quando regressou, apresentava-se visivelmente alterada, com um tom de voz elevado, e manifestava irritação para com o filho por não ter cumprido o que tinha sido combinado na sessão anterior relativamente ao consumo de tabaco, bem como pela falta de colaboração nas tarefas domésticas. Inicialmente, o filho não aparentava estar perturbado. No entanto, ao perceber o estado emocional da mãe e sentir-se confrontado, começou também a demonstrar agitação. Seguiu-se um pequeno confronto entre ambos, após o qual o filho saiu de casa. Perante esta situação, não foi possível realizar as atividades planeadas. Foi feita uma exploração da situação, confirmando-se que os conflitos eram semelhantes aos que se têm vindo a repetir nos últimos meses. Quando a senhora ficou sozinha, foram-lhe dadas orientações, aconselhando-se que evite confrontar diretamente o filho, uma vez que tal atitude apenas contribui para agravar a tensão e o conflito. Ficou acordado que este será o tema principal da próxima sessão, com o objetivo de identificar estratégias de comunicação mais eficazes e construtivas. Num ambiente mais calmo, foi possível conversar sobre o pai do utente. Explorou-se brevemente a atualidade familiar e a senhora forneceu um contacto telefónico para que se possa agendar uma consulta com o pai. O objetivo é compreender melhor a sua situação e postura face à dinâmica familiar, uma vez que um dos pedidos constantes da mãe é que o filho passe algum tempo com o pai, permitindo-lhe assim momentos de descanso e tranquilidade

SESSÃO TELEFÔNICA	Passadas umas horas depois de termos regressado do domicílio, recebemos uma chamada na consulta. Era a utente, bastante alterada e com um tom de preocupação e algum desespero. Contou-nos que teve uma discussão com o filho e que ele se tinha tornado agressivo. E foi muito insistente com o tema do pai. Quando conseguiu acalmar-se um pouco e nos contou tudo com mais tranquilidade, explicámos as opções que tinha: podia ligar para o 112, embora não quisesse fazê-lo, ou levar o filho às urgências para que um médico avaliasse a situação e visse se seria necessário ajustar a medicação. Ela disse-nos que não queria que o filho fosse internado, e esclarecemos que isso era muito pouco provável; o mais normal seria apenas reverem e ajustarem o tratamento. Ela disse que iria antes de as urgências fecharem e que na próxima sessão, que seria muito em breve, nos contaria como tinha corrido tudo.
SESSÃO 6	Nesta sessão, ao chegarmos a casa, encontrámos o filho a dormir. A mãe explicou que ele tinha tido uma noite muito agitada e, por isso, decidimos não o acordar, respeitando o seu descanso ate o final da sessão. Aproveitámos esse momento para conversar com a mãe com mais tranquilidade. Ela partilhou connosco tudo o que aconteceu durante o fim de semana e contou que, apesar da recomendação feita de maneira telefônica, não chegou a ir às urgências. No entanto, ficou combinado que irá na próxima quinta-feira, por ser o único dia em que tem disponibilidade. Esta decisão prende-se com o facto de a consulta que têm marcada estar prevista apenas para o final de julho, e segundo as suas palavras, o comportamento do filho tem-se tornado “insuportável”. A ida às urgências poderá permitir uma reavaliação da medicação e, se necessário, o seu ajuste por um profissional de saúde. Falámos também sobre a dificuldade em contactar o pai do utente, uma vez que tem um número estrangeiro. Assim, ficou acordado que a filha que têm em comum tentará marcar uma consulta para que o pai assista ao CS. Durante a conversa, dedicámos bastante tempo a falar com a mãe sobre certos comportamentos que seria importante evitar, como, por exemplo, confrontar diretamente o filho em momentos de conflito. Procurámos explicar, que nestas situações é essencial tentar manter a calma e lembrar que os comportamentos observados estão relacionados com a doença. Confrontos diretos podem, muitas vezes, agravar a situação. Abordámos também a necessidade de ela própria procurar apoio,, já que nos referiu que a medicação que toma atualmente não está a ter o efeito desejado no seu dia a dia. Reforçámos a ideia de que é fundamental que quem cuida também receba cuidados. Foi-lhe entregue uma folha com todas as consultas do filho já agendadas, com indicação de datas, horas, especialidades e hospitais, para facilitar a organização e o seguimento. Um dos temas mais marcantes conversa foi o medo. A mãe confessou que sente medo com frequência, não apenas em relação ao que o filho lhe possa fazer, se não o que imagina que pode fazer quando não o vê, disse que tem receio de que ele esteja a fazer algo perigoso ou até a provocar um incêndio, apesar de nunca ter acontecido nada semelhante. Explicámos que este nível de preocupação constante está muito ligado à sua ansiedade, e que isso é algo que precisa de ser trabalhado. Por fim, foi reforçada a importância de nunca alterar a medicação nem do filho nem a sua por conta própria, lembrando que qualquer ajuste deve ser sempre feito com acompanhamento médico Marcamos a próxima sessão
SESSÃO 7	Esta é a última sessão, à nossa chegada, encontrámos a família em melhores condições. No entanto, ela continua emocionalmente instável, pois ainda atravessam uma fase difícil. Na passada quinta-feira, não conseguiu levar o filho às urgências, como estava inicialmente combinado, pelo que irão aguardar pela consulta de psiquiatria marcada para o dia 14 de julho. Desta vez, contamos com a presença de Lara Castro, assistente social do CSPB, que também veio para avaliar de que forma poderá ajudar a família. Durante a visita, foi acordado que a Lara irá rever toda a situação para esclarecer alguns aspetos e marcar uma consulta individual com ela, o que deixou a utente mais tranquila. Foi novamente aplicada a escala ESC, com um resultado de 83 pontos, menos 10 do que na avaliação anterior, embora ainda indique uma sobrecarga intensa.

Apêndice III – Intervenção IADEM – Estimulação Cognitiva (EC)

2.1 IADEM - ESTIMULAÇÃO COGNITIVA (EC)		
DATA DE INÍCIO E FIM Início: 15/05/25; Fim: 02/07/25	Nº E DURAÇÃO 6 Sessões de 45 minutos cada uma, no domicílio do utente.	POPULAÇÃO ALVO Utente bem controlado e referenciado.
FUNDAMENTAÇÃO A EC é um conjunto de exercícios e técnicas focadas na melhoria do desempenho cognitivo. Através desta abordagem, trabalham-se tanto os processos cognitivos básicos como os superiores, incluindo funções executivas, atenção, memória, linguagem e percepção (UNIR, 2021). Para além disso, a EC oferece uma intervenção não farmacológica centrada na pessoa, que promove o envolvimento ativo dos utentes nas suas próprias terapias. Contribui para a manutenção das capacidades mentais, para a redução de sintomas como apatia e isolamento, e para o reforço da autoestima, o que melhora a qualidade de vida. A inclusão da EC no plano de ação justifica-se pela sua relevância clínica e pelo potencial terapêutico enquanto ferramenta complementar no acompanhamento dos utentes, inserida numa abordagem holística, centrada na pessoa e orientada para a reabilitação psicossocial.		
OBJETIVOS -Prevenir ou retardar a deterioração cognitiva do utente. -Participar na implementação de atividades de EC. -Ensinar e incentivar a realizar EC. -Avaliar a eficácia das intervenções realizadas.	ESTRATÉGIAS -Identificação do utente. -Marcar com o utente as sessões de EC. -Registo e observação das respostas do utente. -Discussão do caso com o tutor. -Avaliação do estado cognitivo através do MMSE e teste relógio. -Definição do Plano de Intervenção de acordo com as alterações manifestadas pela aplicação dos instrumentos. -Realização de exercícios de treino cognitivo. -Ensino de realização de EC sozinho. -Avaliação da sessão.	
INDICADORES DE AVALIAÇÃO -Grau de participação do utente nas atividades. -Feedback do tutor sobre a atuação. -Nº sessões realizadas sobre as planeadas. -Melhoria verificada nas escalas na reavaliação.	DIFICULDADES -Fadiga mental e física do utente devido á idade. -Limitações físicas do utente devido à idade. -Necessidade de adaptação constante devido a tudo o anterior.	

REFLEXÃO GERAL Durante as sessões, observei uma evolução positiva no desempenho do utente, com melhorias nas áreas trabalhadas. Isto reforçou a importância da EC como uma estratégia terapêutica eficaz para manter e potenciar determinadas funções mentais. Esta atividade evidenciou a necessidade de ajustar constantemente as intervenções às capacidades e limites individuais de cada pessoa, respeitando sempre o seu ritmo e as suas preferências. Foi também um momento de prática de empatia, paciência e comunicação, onde a escuta ativa e a criação de um ambiente seguro e motivador foram fundamentais para promover o bem-estar e a participação do utente.

Ademais foi demonstrada uma clara melhoria na realização das atividades durante das sessões, o que evidencia a necessidade e a eficácia da EC.

SESSÕES	
SESSÃO 0	Marcação telefónica com o utente o dia da primeira sessão. Informar sobre o processo e solicitar permiso.
SESSÃO 1	Avaliação inicial de enfermagem. Realiza-se a escala do Índice de Lawton, na qual o utente obteve um resultado de 13 em 28 pontos, o que indica um nível de dependência moderado, necessitando de alguma ajuda. Realizado o teste Mini-Mental, que revelou alterações nas áreas da memória, das capacidades construtivas e das capacidades visuespaciais. Tendo em conta estes resultados, decidiu-se que as sessões se centrariam nessas áreas, incluindo também exercícios de cálculo e leitura das horas, para que o utente pudesse praticar. Explicou-se o procedimento, abordaram-se o nº de sessões, a sua duração, e marcou-se a próxima sessão.
SESSÃO 2	Iniciaram-se os exercícios. O primeiro foi de orientação espacial e atenção, no qual o utente demonstrou uma evolução positiva à medida que o realizava, apesar de alguma dificuldade inicial. O segundo exercício visava trabalhar atenção, memória e linguagem escrita. Neste caso, surgiu uma dificuldade imprevista, pois o utente tinha pouco conhecimento de provérbios, que eram o foco da atividade. Ainda assim, foi possível realizar o exercício com recurso aos desenhos e tentando recordar os provérbios que conhecia. O terceiro, foi feito um exercício de atenção e perceção visual, que o utente desenvolveu razoavelmente bem, com maior dificuldade no início. Terminamos com um exercício de cálculo, composto por somas e subtrações. A maior dificuldade não esteve nas operações em si, que o utente realizou quase sem erros, mas sim na organização visual das contas, o que dificultava a compreensão sobre que operação realizar ou que número completar. Apesar da dificuldade, conseguiu realizar 15 contas. Marca-se a próxima sessão.
SESSÃO 3	Começámos com o primeiro exercício, de memória, atenção e linguagem escrita. Utilizámos novamente os provérbios, mas desta vez o objetivo era completar apenas uma palavra em cada um, com o uso da memória, o utente conseguiu realizar o exercício com menos dificuldade do que na sessão anterior. O segundo foi de cálculo: o utente tinha uma lista de compras e os produtos, junto com outros, os respetivos preços, e precisava calcular o total a gastar. Este exercício foi bem recebido e realizado com sucesso. Terceiro exercício: de atenção, concentração e perceção visual, completando números em quadrados, também com bom desempenho e pouca dificuldade. Último exercício, de orientação e atenção, com ligeira dificuldade no início, mas com clara melhoria no decorrer da atividade. Marca-se a próxima sessão.
SESSÃO 4	Iniciámos com um exercício de atenção, memória e linguagem escrita, no qual o utente tinha de completar frases, apresentou muito pouca dificuldade, com exceção de dois palavras cuja ortografia não recordava. Continuámos com um exercício de orientação espacial e atenção, onde o utente tinha de identificar objetos com base em indicações dadas e recordar os seus nomes, completando depois frases com essas palavras, realizou-o com bastante facilidade.

	De seguida, foi feito um exercício de cálculo de horas, somando 15 minutos à hora anterior. A dificuldade não esteve na operação de soma, mas sim em identificar a hora à qual adicionar os 15 minutos, especialmente porque algumas horas já estavam preenchidas e outras não. A dificuldade foi mais de ordem visuoespacial. Terminámos a sessão com o exercício de cálculo do primeiro dia, no qual o utente realizou seis contas, demonstrando menos dificuldade em comparação com a primeira vez. Marca-se a próxima sessão.
SESSÃO 5	Hoje começámos a sessão com dois exercícios focados na atenção, concentração e perceção visual. Realizou-os com bastante facilidade e rapidez, o que foi um ótimo início. De seguida, passámos para um exercício de cálculo de horas. No geral, correu bem, embora tenha mostrado alguma dificuldade quando os minutos ultrapassavam os 30. Ainda assim, foi capaz de o realizar com bastante fluidez. O exercício seguinte tinha como objetivo trabalhar a atenção, concentração e linguagem escrita. No início, revelou algumas dificuldades na escolha das palavras e não sabia bem onde as escrever. No entanto, à medida que o exercício foi decorrendo, notouse uma grande evolução, começou a pensar nas palavras com mais rapidez e já não precisou de ajuda para saber onde as colocar. Para terminar, retomámos um exercício de cálculo que já tínhamos iniciado noutras sessões e que ainda não estava concluído. Desta vez, resolveu os cálculos com muita mais rapidez e quase sem ajuda, mostrando uma melhoria clara com o decorrer das sessões.
SESSÃO 6	É importante referir que a entrega deste relatório está marcada para o dia 2, precisamente o mesmo dia em que está agendada a última sessão do processo de intervenção. Por esse motivo, a sessão ainda não pôde ser descrita. Ainda assim, já se encontra planeada, está prevista a reavaliação do estado cognitivo da pessoa, recorrendo novamente à Escala de Avaliação Mini-Mental e ao Teste do Relógio, tal como foi feito no início, com o intuito de observar possíveis progressos e alterações com o tempo. Para além disso, será também um momento para conversar com a filha, oferecendo-lhe orientações sobre onde poderá encontrar mais exercícios úteis, como aplicá-los de forma simples em casa, e serão entregues cópias de exercícios em branco. Desta forma, caso exista vontade, será possível continuar a prática de forma autónoma.

Apêndice IV – Intervenção Saúde mental Positiva nos Beneficiários do RSI

2.3 SAÚDE MENTAL POSITIVA NOS BENEFICIARIOS DO RSI		
DATA DE INÍCIO E FIM Início: 07/05/25 Fim: 02/07/25	Nº E DURAÇÃO 5 sessões de uma hora cada uma.	POPULAÇÃO ALVO Beneficiários do RSI
FUNDAMENTAÇÃO A promoção da SMP entre os beneficiários do RSI pretende não só melhorar o seu bem-estar psicológico, como também reforçar a resiliência, a autoestima, a autonomia e a inclusão social. Este projeto integra práticas que promovem o desenvolvimento pessoal, a gestão emocional e o fortalecimento das relações sociais, proporcionando ferramentas essenciais para melhorar as suas condições de vida e enfrentar os desafios ligados à exclusão social e à pobreza. Desta forma, contribui para uma melhoria sustentável das condições de vida destes beneficiários.		
OBJETIVOS - Promover a Saúde Mental Positiva (SMP). - Capacitar os beneficiários para lidar com eventos e acontecimentos de vida com maior resiliência e autonomia. - Sensibilizar para a importância da SMP no bem-estar global e na inclusão social. - Desenvolver competências socioemocionais essenciais para a interação e integração social. - Melhorar a autoestima e o autoconhecimento com o reforço da confiança pessoal. - Aumentar o nível de literacia em Saúde Mental do grupo através do acesso ao conhecimento e às estratégias de cuidado mental. - Ensinar, nas sessões estratégias práticas para aumentar os níveis de SMP. - Realizar, nas sessões de grupo, dinâmicas práticas que possibilitem aos beneficiários melhorar o conhecimento, as capacidades e competências nos fatores identificados, avaliadas pelos formadores. - Avaliar a satisfação dos utentes em cada sessão.		DIFICULDADES - Os participantes tinham níveis diferentes de compreensão ou motivação, o que exigiu ajustes constantes na linguagem e na complexidade das dinâmicas propostas. - Dificuldade em manter o foco do grupo, por vezes, o grupo desviava-se dos temas propostos, sendo necessário redirecionar com delicadeza mas firmeza. - Outro desafio sentido foi o facto de ter iniciado a minha participação no grupo numa fase já avançada do programa, o que fez que os participantes tivessem inicialmente menos confiança em mim o que exigiu um esforço acrescido para criar empatia, conquistar a confiança do grupo e integrar-me de forma natural na dinâmica já estabelecida. - Dificuldade pessoal em falar em público, a pesar de já ter confiança, e de dinamizar as atividades.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO - Adesão dos participantes, Nº de participantes por sessão. - Escala de faces, para a satisfação dos utentes. - Participação ativa dos utentes nas sessões. - Objetivos pessoais: - Participação ativa nas sessões. - Participação na preparação das sessões.		ESTRATÉGIAS - Reunião com a psicóloga para se alinhar as ações. - Preparação previa de casa sessão. - Desenvolvimento das atividades propostas com os recursos previamente definidos. - Monitorização dos resultados e impacto do programa no grupo.

REFLEXÃO GERAL

Embora o programa já estivesse em andamento, a minha integração foi gradual, o que me permitiu compreender a dinâmica já existente e adaptar a minha intervenção às necessidades e características do grupo.

Durante as cinco sessões em que participei, foi possível notar uma maior abertura por parte dos participantes, um envolvimento ativo nas atividades propostas e um reforço do sentimento de pertença ao grupo.

Apesar de algumas dificuldades, o grupo apresentou progressos visíveis, com momentos de partilha, apoio mútuo e valorização do espaço terapêutico como um ambiente seguro e acolhedor.

Esta experiência deu-me a oportunidade de aplicar estratégias de facilitação de grupos, ajustar a comunicação a diferentes perfis e aprofundar a minha capacidade de escuta ativa. Para além disso, reforçou a importância do trabalho em grupo como uma ferramenta terapêutica na área da saúde mental, onde o EESMP tem um papel fundamental na promoção de uma cultura de saúde emocional e na prevenção do sofrimento psíquico.

SESSÃO 1

Módulo I – Satisfação pessoal sessão 3.

Objetivos	Reforçar o sentido de identidade Desenvolver o autoconceito Promover a autoestima e o autorrespeito Promover a expressão de sentimentos Implementar estratégia de modelação Objetivos pessoais: Observar e perceber a dinâmica prática; Ganhar confiança com o grupo	Procedimento	Cumprimentos iniciais O dinamizador colocou previamente no fundo de um chapéu um espelho pequeno . O dinamizador explica que no chapéu se encontra a fotografia de uma pessoa e que, sem o participante dizer quem esta na foto, terá de dizer ao grupo se seria capaz de "tirar o chapéu a essa pessoa, isto e, se essa pessoa merece o seu respeito, consideração e o porquê, sem nunca divulgar quem esta na foto. Cada participante realiza este exercício, um a um e fora do ângulo de visão dos colegas para que ninguém perceba o que está no chapéu. Aberto um espaço de discussão entre todos para que digam o que sentiram ao se verem no chapéu, sendo apresentados como a coisa mais importante do mundo Cumprimentos finais e agendamento da próxima sessão
-----------	--	--------------	---

SESSÃO 2

Módulo II – Atitude Pró-social sessão 1.

Objetivos	Promover a autorrealização Desenvolver a motivação pela vida Desenvolver atitudes de apoio à comunidade Promover expressão de sentimentos Implementar estratégia de reflexão Objetivos pessoais: Perceber a dinâmica num caso teórico; Ganhar confiança com o grupo	Procedimento	Cumprimentos iniciais Coloca-se música sugestiva de atitude pró-social "O tempo não para de Mariza" - Reflete-se em grupo sobre o que a mensagem da música e o que faz sentir. Anotar em folha de papel os parâmetros que gostariam de mudar nas suas vidas em prol dos demais. Cada participante apresenta os parâmetros que gostariam de mudar em prol dos outros. Aberto um espaço de discussão entre todos para que digam o que sentiram Tarefa de casa: solicita-se que a pessoa escreva estratégias que poderão concretizar para alterar os parâmetros que gostariam de mudar nas suas vidas. Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais.
-----------	--	--------------	--

SESSÃO 3

Módulo II – Atitude Pró-social sessão 2.			
Objetivos	Estimular atitudes altruístas Reforçar a autorrealização Desenvolver atitudes de apoio à comunidade Promover expressão de sentimentos Implementar estratégia de reflexão Objetivo pessoal: Dinamizar a sessão	Procedimento	Cumprimentos iniciais e verificação da tarefa de casa. Colocaram numa folha de papel "sonhos altruístas" a alcançar num prazo de 1 mês, 6 meses e 1 ano em prol da sua comunidade Colocar o papel dentro de um balão e enche-lo Depois com um palito rebentaram os balões dos outros participantes Refletir sobre a atividade, porque deixaram rebentar os seus "sonhos altruístas" Aberto um espaço de discussão entre todos para dizer o que sentiram quando viram os "seus sonhos altruístas rebentarem" Tarefa de casa: pensar na forma de concretizar o "sonho altruísta" descrito para 1 mes Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais
SESSÃO 4			
Módulo II – Atitude Pró-social S3			
Objetivos	Reforçar atitudes altruístas. Desenvolver estratégias de apoio às realidades distintas na comunidade. Promover expressão de sentimentos. Implementar estratégia de reflexão. Objetivo pessoal: Dinamizar a sessão.	Procedimento	Cumprimentos iniciais Verificação da tarefa de casa, em que cada participante verbaliza o que pensou para alcançar o "sonho altruísta" descrito para concretizar em 1 mês. Vídeo sobre a empatia e o comportamento altruísta. Lembra-se com uma tabela os sonhos dos participantes na última sessão. Refletir sobre como podemos ajudar os outros na comunidade. Palabras no quadro (ouvir, cuidar, tempo, ajudar, conversar, dar, sorrir...) Leitura da história “O Banco do Manel”. Reflexão geral sobre a história e sobre a sessão. Tarefa para casa: Pensar num gesto simples que possam fazer por alguém. Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais
SESSÃO 5			
Módulo III – Habilidade de Relação Interpessoal S1			
É importante referir que a entrega deste relatório está marcada para o dia 2, precisamente o mesmo dia em que está agendada a última sessão, por esse motivo, a sessão ainda não pôde ser descrita. Ainda assim, já se encontra planeada			
Objetivos	Melhorar a adequação das relações interpessoais Promover a expressão de sentimentos Desenvolver estratégias de adequação das necessidades individuais à realidade Implementar estratégia de autorreflexão	Procedimento	Cumprimentos iniciais O dinamizador apresenta em cima de uma mesa folhas Impressas com as seguintes questões: Como reage quando vê alguém a perder a calma e a tornar-se violento? Em situações muito tensas, como costuma reagir? Quais são as situações que o deixam completamente "fora de si? Quais são as situações sucedidas com outras pessoas que o fazem realmente sofrer? As situações que me deixam profundamente aborrecido são as que...; Como você não sabe dizer "não", muitas vezes faz coisas que odeia? Acha-se uma pessoa muito querida em casa e no trabalho? Porquê? Qual a sua tolerância em aceitar afirmações mesmo negativas, sobre suas emoções? Quando tenho de tomar uma

			decisão importante, sinto_; Sou uma pessoa, que sem ajuda, consigo encontrar razões suficientes para o que preciso de fazer? Em seguida, o dinamizador solicita a cada participante para que à vez selecione uma das questões expostas e explique a sua resposta ao grupo, No fim, coloca a toalha com a questão na mesa junto das outras. De salientar que os participantes poderão seleccionar questões que outros participantes já seleccionaram.Repetir o procedimento anterior nas rondas que achar necessário Aberto um espaço de discussão entre todos para que digam o que sentiram Tarefa de casa: cada participante deverá fazer uma lista das "10 coisas que podera contecer se não trabalhar as minhas relações. Agendamento da próxima sessão e cumprimentos finais
--	--	--	---

Apêndice V – Intervenção Acompanhamento de Utentes com Psicopatologia

2.5 ACOMPANHAMENTO DE UTENTES COM PSICOPATOLOGIA		
DATA DE INÍCIO E FIM Início: 26/05/25; Fim: 30/06/25	Nº E DURAÇÃO 6 sessões de 45 minutos, no domicílio do utente.	POPULAÇÃO ALVO Utente de 41 com diagnóstico de esquizofrenia, com consumo abusivo de tabaco.
FUNDAMENTAÇÃO O acompanhamento de utentes com psicopatologia constitui uma das intervenções centrais do EESMP, inserindo-se numa abordagem terapêutica contínua, centrada na pessoa e nas suas necessidades biopsicossociais. Este acompanhamento implica o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na empatia, confiança e comunicação eficaz. A fundamentação desta atividade baseia-se na importância dos cuidados em saúde mental e na necessidade de respostas flexíveis e individualizadas. A presença regular do EESMP contribui não só para a estabilização clínica, como também para o empoderamento da pessoa com psicopatologia, a redução do isolamento social e a melhoria da qualidade de vida. A inclusão desta intervenção justifica-se pela sua relevância clínica e pelo impacto positivo que um acompanhamento estruturado e empático pode ter na evolução do quadro clínico dos utentes, reforçando o papel do enfermeiro como agente facilitador de mudanças e suporte terapêutico contínuo.		
OBJETIVOS Participar no acompanhamento de um utente com esquizofrenia. Avaliar a sua autonomia e estilo de vida. Intervir de maneira neutra pero na procura da melhora da sua relação e convivência com a sua mãe. Avaliar PLA-CAD e realizar intervenções de redução. Perceber as respostas do utente às intervenções. Colaborar na avaliação da eficácia das intervenções realizadas.		ESTRATÉGIAS Definição de um utente; Marcar as sessões e informar sobre elas. Participação e elaboração de sessões de acompanhamento. Avaliar o consumo de tabaco e realizar técnica de modificação de comportamento para a sua redução. Registo das respostas do utente. Discussão do caso com o tutor. Identificação de situações problemáticas da sua vida diária. Avaliação através da aplicação das escalas de acordo com a patologia. Definição do Plano de Intervenção. Intervenção psicoterapêutica ajustada de acordo com os diagnósticos identificados.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO Participação do utente nas intervenções. Observações sobre alterações no comportamento e na adesão ao tratamento. Feedback do tutor sobre a atuação. Feedback do PC sobre a atuação. Reavaliação através da aplicação dos instrumentos de avaliação inicial.		DIFICULDADES Uma das principais barreiras foi a presença de um medo excessivo, que limitava a sua autonomia fora do ambiente familiar e condicionava a sua disposição para participar em atividades fora de casa. Outro desafio foi a relação de elevada dependência emocional em relação à mãe, o que dificultava a promoção da autonomia e da autoconfiança do utente. A mudança de comportamentos no consumo de tabaco, implicou resistência inicial e exigiu grande investimento motivacional e acompanhamento contínuo.

REFLEXÃO GERAL

O acompanhamento deste utente foi uma experiência enriquecedora, tanto ao nível clínico como relacional. Tratando-se de uma pessoa com esquizofrenia, mas com um bom nível de funcionalidade nas atividades da vida diária, a intervenção concentrou-se nos aspetos emocionais, comportamentais e relacionais que afetavam a sua qualidade de vida.

A conquista de objetivos como a redução do consumo de tabaco, e a capacidade de sair de casa e enfrentar os seus medos representam um progresso concreto e significativo. Estes resultados demonstram que, a intervenção de enfermagem especializada pode promover mudanças positivas.

O trabalho com utentes com esquizofrenia exige um equilíbrio constante entre respeitar o ritmo da pessoa e incentivá-la a ultrapassar barreiras. Esta experiência reforçou em mim a importância de valorizar as pequenas conquistas no processo terapêutico e a necessidade de uma abordagem integrada, que envolva a família como parceira de cuidados, mas que também promova a autonomia progressiva do utente.

SESSÕES

SESSÃO 1	Avaliação inicial de enfermagem. Foi aplicada a Escala SOCRATES, adaptada ao consumo de tabaco, na qual obteve uma pontuação de 50/85 (aproximadamente 59%), o que indica um nível moderado de motivação para deixar de fumar. Também foi aplicado o Índice de Lawton, com um resultado de 14/28, correspondente a um nível de dependência moderado, que implica necessidade de algum grau de ajuda para as atividades do dia a dia. Explica-se de forma geral a proposta de intervenção que têm como foco principal a redução, controlo e, se possível, cessação do consumo de tabaco, bem como o aumento da autonomia funcional, com o objetivo de melhorar a relação com a mãe e, consequentemente, reduzir a sua sobrecarga como cuidadora. Foram assinalados os dias até à próxima consulta numa folha, e foi explicado ao paciente que deveria registar diariamente o número de cigarros fumados. Esta estratégia tinha como objetivo obter uma perceção mais clara da quantidade de tabaco consumida por dia e iniciar um processo gradual de redução. Em conjunto com o paciente (com elevada participação da sua parte), acordou-se um limite máximo de 20 cigarros por dia, que seria avaliado na sessão seguinte, agendada para dois dias depois. Marcou-se a próxima sessão.
SESSÃO 2	Nesta sessão, o paciente tinha acabado de acordar e mostrou alguma resistência às atividades inicialmente previstas, revelando uma atitude negativa. Ainda assim, foi possível rever a sessão anterior e avaliar o cumprimento do plano diário de cigarros. O paciente demonstrou grande satisfação ao confirmar que cumpriu o objetivo estabelecido, não ultrapassando o número acordado. -Foi incentivado a manter essa conduta e foi decidido continuar com o mesmo plano, acrescentando novas propostas: manter a quantidade de tabaco permitida, realizar caminhadas diárias de 10 a 15 minutos (apesar de referir sentir frequentemente medo ao sair), e desenvolver pequenas tarefas domésticas como limpar a casa, arrumar a roupa, evitar fumar no andar de cima e não enrolar cigarros na mesa da cozinha. Todas estas orientações foram discutidas e acordadas com o próprio paciente e com a mãe, com bom nível de motivação. Foi informado de que o plano seria reavaliado na próxima sessão, marcada para 13 dias depois.

SESSÃO 3	Foi feita a revisão do plano anterior, após um intervalo de 13 dias. No que diz respeito ao tabaco, a atividade foi globalmente bem-sucedida, tendo o paciente conseguido cumprir o objetivo na maioria dos dias, com exceção de dois, nos quais fumou mais por causa da ansiedade. Relativamente às restantes tarefas propostas, o cumprimento foi parcial: realizou caminhadas em apenas 3 dias, sendo justificado por queixas de mal-estar durante a semana, confirmadas pela mãe. As orientações sobre não fumar no andar de cima e não enrolar cigarros na cozinha foram seguidas na maioria dos dias, tendo sido desrespeitadas apenas uma vez cada, devido a receios de sair à rua à noite o que proporcionou uma oportunidade para abordar o tema do medo sob uma nova perspetiva. Foi novamente proposto o mesmo plano até à próxima sessão, mas com maior foco na motivação para arrumar a casa (devido a múltiplas queixas da mãe) e para sair a passear, não só como forma de enfrentar o medo, mas também como estratégia de melhoria da saúde física e de alívio mental para a mãe. Também se informou o paciente de que na sessão seguinte poderá ser revisto o número máximo de cigarros diários, uma vez que conseguiu, em vários dias, reduzir o consumo para 16, 17 ou 18 cigarros por dia, sendo-lhe sugeridos exercícios de gestão da ansiedade para evitar recaídas. Além disso, foram realizadas duas atividades. A primeira consistiu numa balança decisional, onde o paciente foi convidado a refletir sobre as vantagens e desvantagens de deixar de fumar e as vantagens e desvantagens de continuar a fumar. O resultado desta atividade revelou que, do lado das vantagens de continuar a fumar, destacou apenas a redução momentânea da ansiedade. Já nas vantagens de deixar de fumar identificou várias: sentir-se melhor consigo mesmo, preservar a saúde dentária e manter os dentes mais brancos, reduzir manchas na pele, poupar dinheiro, respirar melhor e diminuir o cansaço. No que diz respeito às desvantagens, não referiu nenhuma para deixar de fumar, e para continuar a fumar mencionou consequências graves como a possível morte por cancro, maior sofrimento e falta de ar. Por fim, na segunda atividade, razões para deixar de fumar, foi-lhe solicitado que selecionasse três afirmações entre um conjunto de quinze opções, todas elas representando motivos válidos para deixar de fumar. As três razões escolhidas foram: “Andarei mais feliz”, “Pouparei imenso dinheiro” e “As probabilidades de vir a morrer vítima de um incêndio serão muito menores”. As restantes razões foram igualmente abordadas durante a sessão e serviram como base para a explicação e avaliação dos seus pensamentos em relação ao consumo de tabaco. A sessão foi concluída com o agendamento do próximo encontro.
SESSÃO 4	À chegada ao domicílio, a mãe encontrava-se fora de casa. Foi o utente quem abriu a porta, pois desta vez já estava acordado. Referiu que estava desperto desde as 6 da manhã, devido a uma má noite de sono. Quando a mãe regressou, apresentou-se visivelmente alterada, com um tom de voz elevado, e manifestou irritação para com o filho por não ter cumprido o que tinha sido combinado no dia anterior relativamente ao consumo de tabaco, bem como pela falta de colaboração nas tarefas domésticas. Inicialmente, o filho parecia estar de bom ânimo e não mostrava sinais de agitação. Contudo, ao perceber o estado emocional da mãe e sentir-se confrontado, começou também a alterar-se. Seguiu-se um pequeno confronto entre ambos, após o qual o filho decidiu sair da casa. Esta situação impossibilitou a realização das atividades planeadas. Foi explorada a situação, observando-se que os conflitos presentes eram semelhantes aos que têm vindo a ocorrer nos últimos meses. Foi feito um reforço da importância de sair mais de casa. Quando estava mais calmo, entrou-se na cozinha juntamente com o tutor e a mãe para dar continuidade à sessão Explicou-se a importância de se manter ocupado, com a mente ativa, para evitar pensar constantemente no passado. Aqui surge um problema: ele quer estar ocupado a trabalhar e ganhar dinheiro, mas não quer fazer trabalho voluntário sem remuneração, mais isso pode influenciar a sua reforma por incapacidade. Ficou acordado que esse assunto será tratado mais tarde com a mãe. Na revisão do acordado na sessão anterior, o utente refere que continua a ter momentos de muita ansiedade, algo que já era esperado. Por isso, há dias, neste caso, apenas um, em que não conseguiu cumprir o acordado relativamente ao consumo de tabaco. Refere que habitualmente regista tudo corretamente, mas nesses dias de

	maior ansiedade custa-lhe e não consegue anotar todos os consumidos. No entanto, lembra-se do dia em questão, comenta-o e anota-o na sua folha. Recomenda-se que registre esses dias mais ansiosos, pois assim não há problema se não anotar o nº exato; trata-se simplesmente de um dia menos bom. Foi-lhe reforçado que deve continuar com o mesmo plano de consumo e controlo do tabaco, bem como cumprir tudo o que foi acordado na sessão anterior. Informou-se que na próxima sessão, que será dentro de quatro dias, e voltaremos a abordar este tema. Com o ambiente mais calmo, manteve-se uma conversa com a mãe sobre o pai do utente. Explorou-se brevemente a sua atitude familiar e, com o consentimento do utente, que referiu que o pai não se preocupa com ele, a mãe forneceu um contacto telefónico para agendar uma reunião com o progenitor. O objetivo é compreender melhor a sua situação atual e o seu papel na dinâmica familiar. Mais tarde, quando o filho saiu para fumar fora de casa, aproveitou-se esse momento para o acompanhar e rever com ele o que tinha sido acordado na sessão anterior.
SESSÃO 5	À chegada ao domicílio, o paciente encontrava-se a dormir, por isso começámos a sessão conversando com a mãe. Ela contou-nos como tinham sido os últimos dias, especialmente após o telefonema que fez para a consulta durante o fim de semana. Quando terminámos, acordámos o utente e, com calma, demos-lhe espaço para partilhar como se sentia. Referiu que tinha estado com muita ansiedade. Embora não tenha conseguido cumprir na totalidade o que tínhamos combinado na última sessão, foi incentivado a continuar a tentar, pois anteriormente já tinha demonstrado progressos importantes. Dá a sensação de que começa a querer estar mais ativo, mais “ocupado”, e tem refletido sobre o que abordámos na sessão anterior. Também falámos com ele sobre a possibilidade de a medicação que está a tomar não estar a ter o efeito desejado. O enfermeiro comentou que, exatamente por esta altura no ano passado, passaram por uma situação semelhante, o que pode estar a influenciar o que está a acontecer agora. Durante esta visita, não foi possível realizar uma intervenção terapêutica mais estruturada, que não era o foco, mas foi possível trabalhar a motivação e o aconselhamento, dentro de uma relação de ajuda próxima e compreensiva, o que sim era o objetivo da sessão. No final, ficou acordado que continuará a trabalhar na redução e controlo do consumo de tabaco, sabendo que haverá dias mais difíceis. Também se propôs procurar formas de se manter ocupado e ficou claro que, irão às urgências psiquiátricas.
SESSÃO 6	Nesta última sessão, o paciente realizou corretamente a atividade de contar o número de cigarros consumidos. No entanto, referiu sentir-se muito ansioso, o que em certos dias o impede de se controlar. Foi incentivado a continuar com este registo, e mencionou que sabe que existe medicação para a ansiedade. Explicou que tem uma consulta de psiquiatria marcada para o dia 14 de julho e que um dos principais objetivos será rever a medicação atual, uma vez que não está a ter o efeito desejado. Foi também reforçada a importância de abordar a questão da ansiedade durante a consulta, para que, se necessário, o tratamento seja ajustado ou complementado. Foi encorajado a continuar a contar os cigarros e a tentar controlar o consumo, sendo explicado que, mesmo que agora não esteja a conseguir, este esforço será benéfico quando estiver mais estabilizado. A escala SOCARATES foi novamente aplicada, tendo obtido um resultado de 83 / 95 (aproximadamente 87%), o que indica uma boa predisposição para a mudança e uma elevada consciência do problema, fatores positivos para o processo terapêutico.

Apêndice VI – Intervenção Saúde Escolar – Crianças com necessidades de saúde especiais

2.7 SAÚDE ESCOLAR - CRIANÇAS COM NECESSIDADES DE SAÚDE ESPECIAIS.		
DATA DE INÍCIO E FIM Início: 27/05/25; Fim: 02/07/25	Nº E DURAÇÃO 2 sessões de aproximadamente 45 minutos.	POPULAÇÃO ALVO Familiar e criança com NSE residentes
FUNDAMENTAÇÃO A intervenção em saúde escolar dirigida a crianças com necessidades de saúde especiais (NSE) é uma área prioritária do EESMP, desempenhando um papel essencial na promoção do bem-estar físico, emocional e social durante a idade escolar. Estas crianças, necessitam de cuidados diferenciados, acompanhamento contínuo e estratégias personalizadas que promovam a inclusão e o sucesso educativo. Esta atividade assenta numa abordagem de promoção da saúde e prevenção precoce, reconhecendo a escola como um espaço para a intervenção. A atuação do EESMP neste contexto contribui para a criação de um PSI. A inclusão desta intervenção justifica-se pela importância de assegurar cuidados equitativos, integrados e humanizados desde a infância, promovendo a inclusão, o desenvolvimento pleno e a proteção da saúde mental das crianças com NSE.		
OBJETIVOS Participar em 2 sessões de acompanhamento de uma criança com NES. Colaborar na avaliação da eficácia das intervenções realizadas. -Elaborar o Plano de Saúde Individual. (PSI)		ESTRATÉGIAS Definição do caso e da utente com a enfermeira responsável pelo programa de saúde escolar. Contacto com escola e mãe da criança para agendamento da consulta. Definição do PSI após discussão com todos os intervenientes.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO Satisfação da mãe e do pessoal da escola com a atividade. Grau de adesão da criança às estratégias. Feedback do tutor sobre a sua atuação. Realização do PSI do utente .		
DIFICULDADES Dificuldades logísticas no agendamento das sessões devido à disponibilidade limitada da escola, da mãe da criança e da equipa de enfermagem. -Na primeira sessão, apenas esteve presente uma professora, não estando presentes nem a mãe, nem a criança, nem os restantes professores, o que representou uma falha significativa na articulação entre os intervenientes. Foi uma dificuldade para mim não conhecer previamente a criança, nem ter tido contacto com ela durante o decorrer da atividade. Nunca tinha anteriormente realizado um PSI, o que tornou necessário um esforço acrescido para compreender a sua estrutura e aplicação prática.		

REFLEXÃO GERAL

A realização desta atividade permitiu-me perceber a importância da intervenção precoce e centrada na criança no contexto escolar, sobretudo quando falamos de crianças com NSE. A presença do EESMP neste meio revelou-se fundamental, não só para a criança, mas também como apoio para a família e para a equipa educativa, promovendo um ambiente mais inclusivo, compreensivo e acolhedor. A criação e implementação do PSI destacou-se como uma ferramenta essencial para alinhar os objetivos terapêuticos às necessidades reais da criança, facilitando a continuidade e personalização dos cuidados. Apesar das dificuldades encontradas, principalmente ao nível da comunicação entre os diferentes intervenientes e das limitações temporais, considero que esta atividade foi uma oportunidade de grande valor formativo, reconhecendo a importância do trabalho intersetorial.

SESSÕES

PLANIFICAÇÃO	A enfermeira tutora desta atividade designa-me uma menina como utente. A enfermeira explica como é a menina e em que consiste a realização do PSI. Procura-se informação no historial da utente. Fica marcada uma data para a primeira sessão destinada à criação do PSI.
SESSÃO 1	Foi deslocado ao colégio da menina, onde estava marcada a sessão. Apenas uma das suas professoras esteve presente, pois o restante pessoal não pôde comparecer. Começou-se por explorar o estado físico e mental atual da menina, bem como a atitude dela e da família. Após esclarecer estes aspetos, iniciou-se o preenchimento do PSI. O PSI não pôde ser concluído nem assinado devido à ausência da mãe. Por isso, ficou acordado marcar uma nova sessão para completar o processo.
SESSÃO 2	É importante referir que a entrega deste relatório está marcada para o dia 2, precisamente o mesmo dia em que está agendada a sessão, por esse motivo, a sessão ainda não pôde ser descrita. Ainda assim, já se encontra planeada. A sessão ficou marcada telefonicamente para o dia 02/07, só com a mãe, no CSPB. Antes da chegada da mãe a parte do PSI que era para fazer com o historial da utente, já foi completado. Serão abordadas as dinâmicas familiares, a participação da mãe e da filha, os momentos em família. Também será confirmada a medicação que está a fazer atualmente. Uma vez completado o PSI será assinado pela mãe.

Apêndice VII – Formação em Serviço UCC – “Saúde Mental em Contexto de Trabalho”

2.8 FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SAÚDE MENTAL EM CONTEXTO DE TRABALHO.		
TEMA: Inteligência Emocional no Trabalho		
DATA DE INÍCIO E FIM 02/06/2025	Nº E DURAÇÃO: 1 sessão de uma hora e meia.	POPULAÇÃO ALVO: Profissionais da UCC.
FUNDAMENTAÇÃO Esta intervenção está integrada no Plano de Formação da Instituição, com uma sessão prevista anualmente. Cuidar do bem-estar emocional dos profissionais de saúde e prevenir o esgotamento profissional é fundamental para garantir um ambiente de trabalho equilibrado e eficaz, isto contribui para a criação de um espaço mais inclusivo e acolhedor, onde os profissionais se sentem valorizados e apoiados. A Inteligência Emocional, segundo Mayer & Salovey (1997, citado em Domínguez España et al., 2020), refere-se à capacidade de perceber corretamente, avaliar e expressar emoções; a capacidade de aceder aos sentimentos ou gerá-los quando estes facilitam o pensamento; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento emocional; e a capacidade de regular as emoções de modo a promover o crescimento emocional e intelectual. Trata-se de uma competência que envolve o processamento profundo e estratégico da informação emocional o que é essencial, influenciando na tomada de decisões, a resolução de conflitos, a empatia, a comunicação eficaz e o bem-estar geral.		
OBJETIVOS Gerais: Responder às necessidades de Formação identificadas pela equipa. Promover a Saúde Mental em contexto laboral. Específicos: Capacitar a equipa acerca das cinco componentes da Inteligência Emocional. Identificar e gerir emoções em situações de stress. Instruir sobre estratégias de autocuidado e resiliência emocional. Identificar, nomear e expressar emoções de forma consciente, promovendo a empatia e a autoconsciência emocional no ambiente de trabalho.		ESTRATÉGIAS Escolha do tema de forma conjunta com o resto de profissionais. Preparação e desenvolvimento de uma sessão de formação. Divulgação da atividade no centro de saúde. Discussão da atividade com o tutor.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO Nº de participantes na atividade. Feedback dos participantes sobre a atividade. Envolvimento dos enfermeiros/as na atividade. Resultados da avaliação da sessão.		DIFICULDADES Incapacidade de participação: Alguns profissionais demonstraram dificuldade em aderir à sessão por ter consultas já marcadas. Gestão do tempo: Sendo uma atividade inserida num contexto laboral, foi necessário adaptar a duração e o ritmo da sessão para que se encaixasse nas pausas ou nos momentos de menor carga assistencial.

REFLEXÃO GERAL

Esta atividade teve como base o planejamento, organização e dinamização de uma sessão de formação em contexto de trabalho, centrada no tema “Inteligência Emocional no Trabalho”, tema escolhido de forma participativa, através de um inquérito realizado junto dos profissionais, o que favoreceu um maior envolvimento e aumentou a motivação e participação dos colaboradores durante a sessão. A adesão foi bastante positiva, tanto em termos de nº de participantes como pelo grau de envolvimento durante a sessão. As respostas recolhidas permitiram observar uma evolução clara dos estados emocionais dos participantes, o que reforça o impacto positivo da iniciativa.

Do ponto de vista pessoal e profissional, esta experiência representou um momento de grande aprendizagem e proporcionou o desenvolvimento de competências como a organização, comunicação e liderança, e reforçou a consciência da importância de promover a saúde mental no contexto laboral.

SESSÃO

PLANIFICAÇÃO	Foram elaborados dois questionários no Google Forms que foram enviados aos participantes: o primeiro serviu para escolher o tema preferido entre as opções disponíveis, e o segundo para indicar o dia e a hora mais convenientes. Foi também preparado um PPT explicativo e um “Termómetro Emocional” em cartolina para a parte dinâmica.
PARTICIPANTES	12 profissionais; 8 enfermeiros/as e 4 alunos de enfermagem
INTRODUÇÃO	Apresentação e explanação dos objetivos da sessão
DESENVOLVIMENTO	Primeiro realizou-se uma apresentação em PPT, explicando brevemente o conceito de Inteligência Emocional e a importância de reconhecer e nomear emoções no contexto de trabalho. E a seguir, realizou-se uma dinâmica de grupo “O Termómetro das Emoções”: Foi colocado o Termómetro na parede. Cada participante escreve em um post-it uma emoção que sentiram recentemente no trabalho e que pensem na situação que a provocou. Depois cada um colocou o post-it no nível correspondente do termómetro. Agora, em subgrupos de 2 pessoas, foi atribuída uma das emoções do termómetro, e tiveram que pensar e posteriormente partilhar o que poderia ajudar a lidar melhor com essa emoção no ambiente de trabalho, e como podemos perceber essa emoção nos outros. Por último, realizou-se a partilha e reflexão, na que cada um partilhou o que descobriram sobre as emoções no local de trabalho e como podem criar um ambiente onde seja seguro expressar emoções.
CONCLUSÃO	Estabelecer relação da Inteligência Emocional à prática: Autoconsciência, autorregulação, empatia, habilidades sociais, automotivação. Os resultados do Termómetro Emocional foram: 2 emoções de frustração, 3 de preocupação, 3 de felicidade e 4 de calma.
AValiação	Eficácia da formação através do registo em folha de presenças em vigor na UCC. O 100% dos participantes registo que a formação foi eficaz. O 100% dos participantes participaram de forma ativa.

Centro de Saúde

Inteligência Emocional em contexto de trabalho



Inteligência Emocional: Uma Competência Essencial para Profissionais de Saúde

Objetivos:

- Capacitar a equipa acerca das cinco componentes da Inteligência Emocional
- Identificar e gerir emoções em situações de stress
- Instruir sobre estratégias de autocuidado e resiliência emocional
- Identificar, nomear e expressar emoções de forma consciente, promovendo a empatia e a autocoscência emocional no ambiente de trabalho



Identificação e gestão de emoções em situações stress



Estratégias de autocuidado e resiliência emocional

- Reconhecer os Sinais**
Identifique sintomas como exaustão e irritabilidade. Identifique mudanças no sono, apetite e humor.
- Estabelecer Limites**
Defina horários claros para trabalhar e descansar. Aprenda a dizer "não" quando necessário.
- Práticas de Autocuidado**
Inclua exercício físico, meditação e hobbies na rotina. Priorize uma alimentação equilibrada e sono de qualidade.
- Procurar Apoio**
Converse com colegas sobre desafios emocionais. Considere supervisão clínica ou apoio psicológico profissional.

Inteligência Emocional e a sua relevância para a saúde

- Definição**
Capacidade de reconhecer, compreender e gerir emoções próprias e alheias.
- Relevância Clínica**
Melhora a comunicação e aumenta a satisfação.
- Impacto Comprovado**
Estudos mostram que equipas com maior IE têm maior satisfação na sua prática profissional.

Os cinco componentes da Inteligência Emocional



APP's sobre Inteligência Emocional



Trabalho em equipa: relações profissionais saudáveis



Desenvolver a Inteligência Emocional

- Autoavaliação**
Identifique pontos fortes e áreas de melhoria na sua IE. Utilize ferramentas de avaliação validadas ou procure feedback de colegas.
- Desenvolvimento**
Engajem-se com práticas diárias de autocoscência como mindfulness. Registe situações emocionalmente desafiantes e suas respostas.
- Formação Contínua**
Participe em workshops sobre IE na saúde. Procure mentoria com profissionais experientes na área.
- Implementação e Avaliação**
Integre competências em situações reais. Revise progressos regularmente e ajuste estratégias conforme necessário.



Gratos pela atenção!!!



Dinâmica de grupo "O Termómetro Emocional"



Apêndice VIII – Formação em Serviço Internamento de Agudos – “Burnout e Inteligência Emocional no Contexto de Trabalho em Saúde”

Título da Sessão: Sessão de Psicoeducação: Burnout e Inteligência Emocional no Contexto de Trabalho em Saúde		Nº da Sessão: 1
Data: 10/12/25	População-Alvo: Auxiliares de Enfermagem - 13 participantes.	Duração: 45 min.
Fundamentação: Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os profissionais de saúde são uma das classes profissionais mais afectadas pelo ‘burnout’. Mais de 70% dos profissionais de saúde assumem estar exaustos, sendo que destes, 58% aproximam-se de "uma situação de esgotamento". Um estudo que foi divulgado em Portugal pela Universidade do Minho em parceria com a OE revelou que 1 / 5 Enfermeiros trabalhava já em situação de exaustão e 2 / 3 trabalhavam com um nível de stress muito elevado. Assim, torna-se essencial uma intervenção psicoeducativa sobre o Burnout, a Inteligência Emocional e Estratégias.		
Diagnósticos de Enfermagem: Risco de exaustão emocional. Défice no enfrentamento eficaz do stress. Necessidade de desenvolvimento de competências socioemocionais.		
Objetivo Geral: Promover a consciência e estratégias sobre o burnout e desenvolver competências de inteligência emocional, que favoreçam o bem-estar, a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados prestados.	Objetivos Específicos: Introduzir o conceito do Burnout. Identificar sinais e sintomas do burnout. Refletir sobre fatores de risco que contribuem para o esgotamento. Introduzir o conceito de inteligência emocional e suas dimensões. Explorar estratégias práticas de gestão emocional e autocuidado no ambiente de trabalho. Favorecer um espaço de partilha e apoio entre os profissionais.	
Procedimento: Realização da Escala CBI + Resultados. Acolhimento e Apresentação: Acolhimento e agradecimentos; Apresentação breve sobre a sessão. Exposição Teórico – Interativa: Conceito e características do Burnout; Fatores de risco, sinais e sintomas; Dinâmica sobre mitos e verdades; Dinâmica do “Termómetro das Emoções”; Definição de Estratégias de Prevenção; Introdução ao conceito de Inteligência Emocional e as suas 5 componentes; E diferentes momentos participativos ao longo da sessão. Síntese e Feche: Breve momento para partilha de opiniões; Aplicação do Questionario de Avaliação.		
Recursos/Material: Escala CBI a todos os profissionais de saúde da unidade. Sala tranquila. PowerPoint Computador e projetor. Questionario de satisfação.	Metodologias e Técnicas: Exposição dialogada e psicoeducativa. Dinâmica de grupo. Partilha de experiências.	
Tipo de Avaliação: Avaliação qualitativa e participativa. Observação da participação, interesse e envolvimento dos profissionais. Aplicação de uma breve ficha de avaliação da sessão no final sobre a eficácia da intervenção psicoeducativa e o feedback dos participantes.		
Avaliação Final:		

A sala do refeitório foi organizada adequadamente para a realização da sessão. Após a chegada dos participantes, todos se sentaram e receberam as folhas referentes à atividade sobre sinais e ao questionário de satisfação, sendo informado que ambos seriam preenchidos posteriormente. Em seguida, foi apresentado o PPT e desenvolvidas as atividades nele incluídas, intercaladas com momentos de partilha. Depois disso, os documentos preenchidos foram recolhidos e realizou-se um momento de partilha geral, no qual todas expuseram a sua opinião sobre o que acreditam estar a acontecer na unidade. Embora a escala CBI não tenha indicado burnout, surgiram várias queixas e, em conjunto com a enfermeira especialista, concluiu-se que o problema pode estar relacionado com a inteligência emocional. Também foram discutidas propostas de melhoria apresentadas pelo próprio grupo, tais como evitar julgamentos, reconhecer que todos cometemos erros, não falar mal umas das outras, oferecer apoio mútuo, entre outras. Destaca-se ainda que os resultados do questionário de satisfação foram muito positivos, refletindo uma avaliação globalmente satisfatória da sessão. Na minha perspetiva, a sessão foi bastante produtiva e o grupo mostrou-se muito participativo — tanto durante as atividades quanto nos momentos de partilha mais pessoal sobre o trabalho na unidade.

Respostas da Atividade	
Sinais	Marquem ✓ nos sinais que sentem com mais frequência
Físicos	12 respostas
Emocionais	8 respostas
Comportamentais	3 respostas

Nível de agotamiento		Puntaje aproximado	
<i>Baixo</i>		<i>0 – 49</i>	
Moderado		50 – 74	
Alto		75 – 100	
Subescala	Média (%)	Nível de Burnout	
Burnout pessoal	39.35	Baixo	
Burnout relacionado ao trabalho	38.13	Baixo	
Burnout relacionado ao utente	30.74	Baixo	

Burnout e Inteligência Emocional no Contexto de Trabalho em Saúde

Data: _____ 10/12/25 _____

Local: _____ Refeitório _____

Profissão/Função: _____ Auxiliares de Enfermagem _____

1. Avaliação Geral da Sessão:

Assinale com um “x” o número que melhor representa a sua opinião:
(1 = Discordo totalmente / 5 = Concordo totalmente)

Item	1	2	3	4	5
A sessão foi clara e de fácil compreensão.	☐	☐	☐	☐ 3	☐ 10
Os conteúdos abordados foram relevantes para o meu trabalho.	☐	☐	☐	☐ 5	☐ 8
A sessão contribuiu para aumentar o meu conhecimento sobre o burnout.	☐	☐	☐	☐ 3	☐ 10
A sessão ajudou-me a refletir sobre a minha forma de lidar com o stress.	☐	☐	☐	☐ 4	☐ 9
As estratégias de autocuidado apresentadas são úteis e aplicáveis.	☐	☐	☐	☐ 5	☐ 8
O ambiente da sessão favoreceu a partilha e o diálogo.	☐	☐	☐	☐ 3	☐ 10
De forma geral, fiquei satisfeito(a) com a sessão.	☐	☐	☐	☐ 2	☐ 11

2. Questões Opcionais:

1. O que mais gostou na sessão?

- Como foi abordada, foi simple e clara. X1

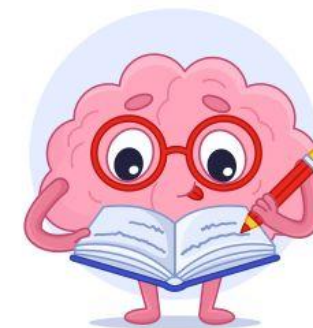
- Tudo. X2

-Tomar o controle quanto do Burnout. X1

2. O que poderia ser melhorado? Nenhuma resposta.

3. Gostaria de participar em futuras sessões sobre temas semelhantes?

☐ Sim (x8) ☐ Não (x0) ☐ Talvez (x0)



Burnout & Inteligência Emocional

"Cuidar sem se queimar"

Sandra González

O que é o Burnout?

Exaustão, distanciamento, baixa motivação

A OMS em 2019, definiu o Burnout como: Síndrome reconhecida como resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões:

1. Sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia.
2. Aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho.
3. Eficácia profissional reduzida.

O Burnout nos Profissionais de Saúde

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os profissionais de saúde são uma das classes profissionais mais afetadas pelo "burnout".

Mais de 70% dos profissionais de saúde assumem estar exaustos, sendo que destes, 58% aproximam-se de "uma situação de esgotamento".

Um estudo que foi divulgado em Portugal pela Universidade do Minho em parceria com a OE revelou que 1 / 5, Enfermeiros trabalhava já em situação de exaustão e 2 / 3 trabalhavam com um nível de stress muito elevado.

Fatores de risco

Fatores ambientais do contexto hospitalar:

- Exposição a riscos químicos e físicos.
- Problemas administrativos *
- Sobrecarga quantitativa de trabalho *
- Sobrecarga qualitativa de trabalho *

Fatores individuais:

- Personalidade e recursos de enfrentamento.
- Características demográficas.
- Autoestima *

Fatores sociais do contexto hospitalar:

- Conflitos interpessoais e interprofissionais
- Estrutura hierárquica rígida, limitação da autonomia e atitudes por status e controle.

Sinais e Sintomas

Físicos:

- Fadiga constante
- Dores de cabeça e musculares
- Distúrbios do sono
- Problemas gastrointestinais

Comportamentais:

- Isolamento social
- Absenteísmo no trabalho
- Menor produtividade
- Atitudes negativas

Emocionais:

- Sensação de esgotamento e exaustão.
- Irritabilidade e impaciência
- Impotência e desesperança
- Dificuldade de concentração

Mito ou verdade?

- Burnout é apenas estresse temporário ✗
- Os profissionais de saúde têm alta possibilidade de o sofrer ↑
- Burnout afeta apenas o desempenho no trabalho ✗
- Burnout é uma forma de depressão ✗
- Pode acontecer a qualquer pessoa ↑
- O burnout é coisa de quem não aguenta o ritmo ✗
- É só cansaço ✗
- Burnout é apenas um problema individual, não organizacional ✗
- Uma semana de férias pode curar o burnout ✗

Termómetro das Emoções

NO LIMITE
EXAUSTA
TENSA
ATENTA
CALMA

Estratégias de Prevenção

- Melhorar comunicação e relações na equipa multiprofissional.
- Treinamento dos funcionários, reestruturação de tarefas e condições de trabalho.
- Flexibilidade de horário, autonomia laboral e participação em decisões.
- Plano de carreira e melhoria das condições físico-ambientais.
- Estratégias combinadas: associar intervenções individuais e organizacionais para modificar simultaneamente condições de trabalho, percepção do profissional e modos de enfrentamento.

Estratégias Individuais

- Treinamento em habilidades comportamentais e cognitivas de coping.
- Meditação
- Prática regular de atividade física.
- Autocuidado: descanso adequado, equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, hobbies.
- Participação em grupos de suporte e terapias cognitivas.

Inteligência Emocional (IE)

Capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções em si mesmo e nos outros, na discriminação entre ambos e na utilização desta informação para guiar o pensamento e as ações.

Atua como fator protetor contra o Burnout, pois ajuda o profissional a compreender, controlar e expressar adequadamente suas emoções diante de situações estressantes.

Profissionais com maior IE tendem a:

- Lidar melhor com o estresse do ambiente hospitalar.
- Manter relações interpessoais mais saudáveis.
- Reconhecer sinais de esgotamento emocional precocemente.
- Recuperar-se emocionalmente com mais facilidade após eventos difíceis.

Lima, B. C. (2019)

Componentes da IE

1. Autoconsciência
Significa ter um profundo conhecimento das suas próprias emoções, pontos fortes, fraquezas, necessidades e motivações.

2. Automotivação
Capacidade de conseguir dirigir as emoções a serviço de um objetivo ou realização pessoal, tornando-se altamente produtivo e eficaz em tudo o que faz.

3. Empatia
Capacidade que se desenvolve na autoconsciência emocional e permite compreender as expressões não verbais dos outros, reconhecendo suas necessidades e desejos.

4. Sociabilidade
É a capacidade de interagir com outros indivíduos, utilizando as competências sociais para aprofundar as relações sociais.

5. Autocontrole
É a habilidade de lidar com os próprios sentimentos, adequando-os a cada situação vivida com o intuito de alcançar as metas anteriormente estipuladas.

Muito Obrigada

Lima, B. C. (2019)

Apêndice IX – Intervenção de Entrevista Motivacional com utente com alcoolismo

Título da Sessão: Sessão Avaliação Inicial		Nº da Sessão: 1ª
Data: 30/10/25	População-Alvo: Utente que ingresa para desabitação alcoólica	Tempo de Duração: 1 hora
Avaliação Inicial (Fundamentação): A técnica da Entrevista Motivacional (EM) foi selecionada para esta sessão por se adequar especialmente a utentes em processo de desabitação, nos quais é comum a existência de ambivalência em relação à mudança de comportamento. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros e as recomendações da RNAO (2015), o principal objetivo desta intervenção é ajudar o utente a identificar e resolver a ambivalência, fortalecendo a motivação intrínseca para a mudança e promovendo o envolvimento ativo no processo terapêutico. A EM assenta numa abordagem empática e centrada na pessoa, baseada em princípios de aceitação, compaixão e respeito pela autonomia do utente. Estes aspetos são fundamentais em contextos de desabitação, uma vez que o sucesso da intervenção depende em grande parte da disponibilidade e motivação pessoal para abandonar o comportamento aditivo. Esta técnica é indicada para diagnósticos de enfermagem como abuso de substâncias e adesão comprometida ao regime terapêutico (Soares & Vargas, 2020; Butcher et al., 2018; Steinkamp et al., 2021).		
Diagnósticos de Enfermagem: Abuso de álcool.		
Objetivos Gerais: Reduzir/eliminar consumo de álcool. Aumentar o autocontrolo. Melhorar estratégias de coping. - Adesão ao tratamento.		Objetivos Específicos da Sessão: Avaliar história de vida do utente. Estabelecer Relação Terapêutica. Avaliar o grau de motivação para o cese do consumo de álcool. - Avaliar os conhecimentos úteis acerca do álcool.
Procedimento: Explicar ao utente o objetivo da sessão e obter consentimento. Garantir ambiente seguro, tranquilo e confidencial. Utilizar o documento da consulta de enfermagem para recolher dados sobre antecedentes pessoais, familiares e historial de consumo. Avaliar a fase de mudança do utente segundo o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente. Aplicar a Escala SOCRATES 8D - Stages of Change and Treatment Eagerness Scale. Aplicar o QCaA. Aplicar técnicas de escuta ativa, empatia e validação emocional durante toda a sessão. Identificar fatores de risco, padrões de consumo e recursos pessoais e sociais.		
Recursos/Material: - Material de apoio (Entrevista Motivacional) - Documento de consulta de enfermagem. - Escala SOCRATES 8D. - QCaA. - Validação emocional. - Escuta ativa e empatia.		Metodologias e Técnicas. - Técnica de Entrevista Motivacional.
Tipo de Avaliação: Avaliação contínua durante da sessão, baseada na interação e envolvimento do utente.		
Avaliação Final: A primeira sessão iniciou-se com o consentimento informado, assegurando um ambiente tranquilo, acolhedor e confidencial, favorável à criação de uma relação terapêutica de confiança. Durante a entrevista, foi recolhida informação detalhada sobre a história de vida do utente, incluindo o historial de consumo de álcool.		

No que respeita à avaliação da motivação para o cessar do consumo de álcool, foi aplicada a Escala SOCRATES 8D, cujos resultados revelaram níveis altos a muito altos na dimensão de reconhecimento e níveis muito altos na ação e ambivalência.

Foi também aplicado o QCaA, no qual o utente obteve 28 respostas corretas em 40, demonstrando um conhecimento intermédio sobre os efeitos e riscos do consumo de álcool. Este resultado evidenciou algumas lacunas de informação que deverão ser abordadas nas próximas sessões através da psicoeducação.

Considero que os objetivos da sessão foram atingidos. Foi possível realizar uma recolha completa da história de vida e do padrão de consumo, estabelecer uma relação terapêutica positiva e de confiança, avaliar de forma sistemática o grau de motivação para a mudança e identificar o nível de conhecimento sobre o álcool.

A sessão proporcionou uma base sólida para o planeamento das intervenções seguintes, que deverão centrar-se em aprofundar a psicoeducação, trabalhar a ambivalência e reforçar o compromisso com a mudança, de forma gradual e ajustada ao estágio motivacional, devido a que de forma geral o utente mostrou-se disponível para trabalhar o seu comportamento de consumo.

Título da Sessão: Sessão Inicial		Data: 05/11/25	Duração: 1h	Nº da Sessão: 2
Objetivos Específicos da Sessão: - Validar a fase de mudança no ciclo motivacional. - Avaliar se há ansiedade e depressão associadas. - Reforçar aliança e retomar o progresso. - Explorar ambivalências e fortalecer o discurso de cambio. - Consolidar a intenção e reforçar a autoeficácia.		Procedimento: - Revisão dos resultados do questionário sobre consumo de álcool - Definir os objetivos desta terapia. - Avaliar a fase de mudança no ciclo motivacional segundo Prochaska e Diclemente. - Realização da balança decisional, análise das vantagens e desvantagens da mudança. - Fazer um exercício de Compromisso com a mudança. - Aplicar a Escala HADS para identificar sintomas emocionais. - Feedback da sessão e sugerencias para a próxima.		
Recursos/Material:	- QCaA. – Resultados e Respostas. - Escala HADS - Material de apoio	- Validação emocional. - Escuta ativa e empatia. - Balança de Decissão.	- Psicoeducação. - Atividades estruturados.	
Metodologias e Técnicas: Técnica de Entrevista Motivacional.				
Avaliação Final: A sessão iniciou-se com a revisão dos resultados do QCaA aplicado na sessão anterior, promovendo esclarecimento de dúvidas e reforço do conhecimento do utente sobre os efeitos e riscos do álcool e depois foram definidos conjuntamente os objetivos da terapia alinhandos com as expectativas do utente. Foi realizada a avaliação da fase de mudança segundo o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente, confirmando a a fase de ação. Para apoiar a tomada de decisão, foi realizada a balança decisional, na qual o utente analisou as vantagens e desvantagens de manter ou alterar o comportamento de consumo o que permitiu que tomasse consciência dos benefícios potenciais da mudança, assim como dos custos de manter os hábitos atuais. Seguiu-se um exercício de compromisso com a mudança, no qual o utente verbalizou metas e cambios croncretos, reforçando a sua intenção de mudança e autoeficácia. Este passo foi importante para consolidar a motivação e a confiança do utente na sua capacidade de implementar alterações comportamentais. Para complementar a avaliação clínica, aplicou-se a Escala HADS, identificando que não tem nem ansiedade nem depressão associadas. No fim, pediu diretamente que lhe demos estratégias que deve fazer para conseguir ultrapassar os desafios. Considero que os objetivos da sessão foram plenamente atingidos. Foi possível validar a fase de mudança do utente, identificar fatores emocionais relevantes, reforçar a aliança terapêutica e retomar o progresso já iniciado na primeira sessão. A exploração das ambivalências e o trabalho sobre a balança decisional contribuíram para fortalecer o discurso de mudança, enquanto o exercício de compromisso reforçou a autoeficácia e a intenção de implementação do plano de ação. A sessão decorreu com o utente demonstrando participação ativa, reflexão crítica e muita motivação para mudança, o que indica um prognóstico positivo para a continuidade do processo terapêutico. Segundo os resultados deste sessão, as próximas intervenções deverão centrar-se na aquisição de estratégias.				

Título da Sessão: Sessão Intermédia	Data: 12/11/25	Duração: 40 min	Nº da Sessão: 3
Objetivos Específicos da Sessão: - Consolidar estratégias de enfrentamento - Promover a autoeficácia: reforçar a confiança do utente na capacidade de manter a mudança. - Prevenir recaídas: identificar situações de risco, sinais de alerta e planos de ação. - Integrar técnicas aprendidas - Reforçar o compromisso com o plano de mudança		Procedimento: - Revisão rápida da sessão anterior. - Criação de um quadro de estratégias - Criar um manual de bolso com as estratégias. - Exercício de autoeficácia. - Reforço positivo do progresso e autoeficácia.	
Recursos/Material: - Material de Apoio (Entrevista Motivacional). - Ficha de estratégias práticas - “manual de bolso” com 10 estratégias. - Quadro de Estratégias. - Exercício de Autoeficácia. - Psicoeducação		Metodologias e Técnicas: - Entrevista Motivacional (EM)	
Avaliação Final: A sessão decorreu de forma muito positiva e produtiva. O utente mostrou-se disponível e motivado desde o início, aceitando participar e mantendo um claro compromisso com a abstinência. A revisão da sessão anterior reforçou a consolidação das aprendizagens e permitiu perceber que o utente tem uma convicção firme em relação ao seu objetivo de não consumir álcool. Durante a sessão, a exploração das estratégias para lidar com a vontade de beber foi bem-sucedida: o utente reconheceu que a vontade é apenas momentânea e identificou estratégias concretas para situações de risco. O planeamento preventivo e o exercício de imaginação em diferentes contextos reforçaram a sua autoeficácia e capacidade de tomar decisões assertivas frente a tentações externas. O exercício de autoeficácia final demonstrou que o utente se sente plenamente motivado para manter a mudança, com uma autoavaliação de 10/10 tanto no início como no final da sessão. A criação do “Estratégias. Manual de bolso” consolidou as estratégias aprendidas e funcionará como um recurso prático para futuras situações de dúvida ou tentação. Em termos de objetivos da sessão, todos foram cumpridos: houve consolidação das estratégias de enfrentamento, reforço da autoeficácia, prevenção de recaídas através do planeamento, integração das técnicas aprendidas e fortalecimento do compromisso com a mudança. O utente mostrou-se confiante e expressou interesse em aprofundar o conhecimento sobre os efeitos do álcool na próxima sessão, o que indica envolvimento contínuo e abertura para aprendizagem. Em resumo, a sessão foi muito bem-sucedida, atingindo os objetivos propostos e mantendo o utente motivado e engajado no processo de mudança.			

Título da Sessão: Sessão Final	Data: 18/11/25	Duração: 40 min	Nº da Sessão: 4
Objetivos Específicos da Sessão: - Fornecer informações claras e precisas sobre os efeitos físicos, psicológicos e sociais do álcool. - Consolidar a motivação do utente para manter a abstinência. - Reforçar estratégias de prevenção de recaídas. - Promover reflexão sobre mudanças positivas já alcançadas e reforçar o compromisso a longo prazo.		Procedimento: - Acolhimento e revisão da sessão anterior. - Psicoeducação e discussão dos efeitos do álcool. - Consolidação da mudança e plano de manutenção - Encerramento, reforço do compromisso e feed back.	

Recursos/Material: - Material de apoio - Material de apoio visual sobre os efeitos do álcool.	- Quadro para planeamento de prevenção de recaídas. - Psicoeducação. - Reforço positivo e autoeficácia.
Metodologias e Técnicas: Entrevista Motivacional (EM).	
Avaliação Final: Durante a manhã contactei com o utente para combinarmos o horário, e ele mostrou-se de imediato disponível e recetivo a realizá-la depois do almoço. Quando iniciámos a sessão, o ambiente foi tranquilo e colaborativo. Fizemos um acolhimento breve e retomámos alguns pontos trabalhados anteriormente. O utente mostrou-se comunicativo e com necessidade de partilhar, o que contribuiu para que a sessão fluísse de forma espontânea e autêntica. A parte de psicoeducação sobre os efeitos do álcool foi bem recebida. À medida que íamos abordando os impactos físicos, psicológicos e sociais, ele relacionava a informação com a própria experiência, reconhecendo situações passadas e identificando comportamentos que agora compreende melhor. Demonstrou atenção, interesse e, sobretudo, sentido crítico sobre o seu percurso, reforçando a convicção de que manter a abstinência é fundamental e que “nem uma gota” é a regra pela qual quer guiar-se. Com o decorrer da conversa, abriu aspetos pessoais importantes, refletindo sobre decisões, dificuldades e aprendizagens. Falou como se o momento lhe estivesse a permitir organizar e consolidar tudo aquilo que já vinha a trabalhar. Trabalhámos juntos o planeamento de estratégias para o próximo ano, antecipando situações de risco e valorizando recursos que ele próprio já desenvolveu. No encerramento, reforçámos os progressos alcançados e a preparação que demonstra para retomar a sua vida fora da instituição. Ele agradeceu de forma genuína, visivelmente satisfeito com o caminho percorrido até aqui e confiante na sua capacidade. Após a sessão, articulei com a enfermeira especialista a possibilidade de, no dia seguinte, conversarmos também com a esposa do utente, com a sua autorização. O objetivo será perceber até que ponto ela pode apoiá-lo emocionalmente em momentos mais tensos ou vulneráveis, fortalecendo assim a rede de suporte para prevenir recaídas. A sessão foi positiva. Para além de cumprir todos os objetivos técnicos, permitiu também criar um espaço de expressão pessoal muito significativo para o utente. Ele mostrou consciência, maturidade e um compromisso claro com a mudança. Foi uma sessão que consolidou o trabalho feito no percurso e o crescimento que ele alcançou.	

Apêndice X – Intervenção de Relação de Ajuda com utente com depressão

Título da Sessão: Sessão 1		Nº da Sessão: 1ª	
Data: 12/11	População-Alvo: Utente em internamento diagnosticada de transtorno de bipolaridade, em fase depressiva.		Tempo de Duração: 1 hora
Avaliação Inicial (Fundamentação): De acordo com os princípios da Relação de Ajuda profissional, esta constitui uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem, estruturada e planeada, que visa responder às necessidades emocionais e relacionais do cliente. É uma interação específica entre duas pessoas, em que ambas participam ativamente num processo de crescimento e adaptação, promovendo o desenvolvimento pessoal e a satisfação das necessidades fundamentais (Tony, texto de aula, 2025). Esta relação assume uma abordagem não diretiva e centrada na pessoa, proporcionando um ambiente seguro, empático e livre de julgamento, onde a utente pode ser autêntica, compreendida e aceite. Tal contexto é essencial em casos de desabituação, nos quais a confiança e o sentimento de aceitação são determinantes para o envolvimento terapêutico. O objetivo principal desta intervenção é ajudar a utente a encontrar respostas satisfatórias para as suas dificuldades emocionais e relacionais, promovendo a sua capacidade de adaptação. Esta técnica permite, assim, criar as bases da relação terapêutica que sustentará as sessões seguintes promovendo uma comunicação genuína, empática e orientada para o crescimento pessoal da utente.			
Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido.			
Objetivos Gerais: Estabelecer uma relação terapêutica empática e de confiança que permita ajuda-la a encontrar uma resposta satisfatória para um determinado problema, essencialmente de natureza relacional, adaptativa ou emocional.		Objetivos Específicos da Sessão: - Validar a fase de mudança no ciclo motivacional. - Avaliar historia de vida do utente. - Avaliar se há ansiedade e depressão. - Estabelecer Relação Terapêutica.	
Procedimento: Estabelecer contacto/ligação com a pessoa. Explicação dos objetivos da sessão.		Questionar sobre o problema que a leva a procura de ajuda. Negociar contrato terapêutico com a utente Propor uma estratégia de intervenção adaptada à pessoa e ao seu problema	
Recursos/Material: - Validação emocional. - Escuta ativa e empatia. - Documento de consulta de enfermagem.		Metodologias e Técnicas: - Técnica de Relação de Ajuda.	
Tipo de Avaliação: Avaliação contínua ao longo da sessão, baseada na interação e envolvimento do utente.			
Avaliação Final: A sessão decorreu num ambiente calmo, sendo inicialmente necessário motivar a utente para participar, uma vez que se encontrava deitada e com pouca disposição para se levantar. Após uma abordagem empática e a explicação dos objetivos da intervenção, foi possível estabelecer contacto e iniciar a sessão. A utente revelou estar internada devido a um quadro depressivo, expressando sentimentos de medo, vazio e angústia, bem como uma necessidade de compreender melhor o que lhe acontece. Demonstrou interesse em obter respostas e estratégias para lidar com a sua situação emocional, reconhecendo dificuldades na interação social, sobretudo no contexto profissional, onde refere sentir-se inferior e com a sua irmã, com quem mantém atualmente uma relação distante devido a conflitos relacionados com questões de herança. Ao abordar este tema, a utente emocionou-se e começou a chorar, verbalizando sentimentos de mágoa e incompreensão. Referiu que a irmã apenas se preocupa dos problemas de saúde e de nada mais o que contribui para o seu estado. Foi acordado que na próxima sessão será abordada a temática da depressão, incluindo os seus sintomas e formas de enfrentamento, para promover o autoconhecimento e a aquisição de estratégias adaptativas. Ficou igualmente planeada a aplicação das escalas HARS e Beck para uma avaliação mais objetiva da sintomatologia ansiosa e depressiva. Do ponto de vista da relação			

terapêutica, observou-se uma abertura gradual da utente à comunicação, tendo sido possível iniciar a construção de um vínculo. Apesar da interrupção da sessão por motivos clínicos, os objetivos principais foram parcialmente atingidos, nomeadamente o estabelecimento inicial da relação de ajuda e a clarificação das expectativas e motivações da utente. De forma geral, a sessão foi positiva, permitindo identificar as principais áreas de intervenção futura e delinear estratégias que favoreçam o envolvimento terapêutico e o fortalecimento da autoestima da utente.

Título da Sessão: Sessão 2		Data: 18/11/25	Duração: 1.5 horas	Nº da Sessão: 2
Objetivos Específicos da Sessão: - Promover o entendimento sobre o que é a depressão, suas causas e sintomas. - Aumentar a consciência da utente sobre a influência dos pensamentos negativos na autoestima e no humor. - Iniciar o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas.		Procedimento: Acolhimento e breve exploração do estado emocional atual. Revisão do combinado na sessão anterior. Psicoeducação sobre a depressão: definição, sintomas, causas possíveis. Reflexão conjunta sobre como a depressão se manifesta no seu dia-a-dia. Introdução inicial de estratégias simples de autocuidado e reforço da autoestima. Encerramento da sessão, reforçando a importância da continuidade e da participação.		
Metodologias e Técnicas: Técnica de Relação de Ajuda		Recursos/Material: Validação emocional.; Escuta ativa e empatia; Documento de consulta de enfermagem.; Psicoeducação sobre a depressão		
Avaliação Final: Durante a tarde, fui ao encontro da utente e encontrei-a a chorar mantive-me ao seu lado, acalmei-a e expliquei-lhe que a sessão que tínhamos preparada poderia ajudá-la a compreender melhor as suas emoções, aceitou e ficou convidada depois da consulta médica. Quando iniciámos a sessão, tornou-se evidente que a utente precisava urgentemente de falar. A sessão prolongou-se para 1 hora e meia, porque ela tinha muito para partilhar, refletir e libertar. Houve um ambiente seguro e acolhedor, onde ela pôde expressar-se sem pressa e sentindo que estava a ser verdadeiramente ouvida. A psicoeducação sobre a depressão não foi apenas uma explicação formal; transformou-se num diálogo que a utente foi reconhecendo partes de si. Houve momentos de identificação muito importantes, que a ajudaram a compreender que a sua dor tem nome, causas e tratamento. Falou de forma aberta sobre a sua tendência para a autocrítica, sobre o sentimento de solidão e sobre a dificuldade que tem em encontrar quem a escute. Disse que precisa de falar, que esse é um meio essencial de alívio para si, mas que a sua rede de apoio é limitada. Validei os seus sentimentos e explorámos juntas a possibilidade de retomar o acompanhamento psicológico, algo que ela própria referiu ter sido muito positivo no passado. Também reforçámos a importância de manter o tratamento psiquiátrico, como parte essencial do seu percurso. Um ponto muito positivo foi o facto de a utente já estar a tentar organizar o seu dia-a-dia para quando sair. Mostrou-me um horário semanal que começou a elaborar, revelando preocupação em manter rotinas e ocupar o tempo de forma saudável. Apesar de ainda não ter preenchido os fins de semana, estava claramente motivada e aberta a sugestões. Falámos de pequenas atividades, momentos de autocuidado, e de ações simples que pudesse integrar na sua vida para se sentir mais equilibrada e valorizada. Combinámos que, para a próxima sessão, trará: O horário completo; pequenas rotinas de autocuidado físico; e uma lista de frases positivas que possa dizer a si mesma nos momentos de maior autocrítica. A sessão terminou com a utente mais calma, mais orientada e com a sensação de que tinha sido ouvida. A sessão foi extremamente rica, humana e terapêutica. Todos os objetivos foram alcançados, mas o mais importante foi a conexão estabelecida e o espaço seguro criado, que permitiu à utente libertar tensões, compreender melhor o que sente e construir estratégias para o futuro. A sua participação foi muito ativa, sincera e motivada, o que revela um forte desejo de melhorar e de se reencontrar consigo mesma. Foi, sem dúvida, uma sessão muito produtiva e emocionalmente significativa.				

Título da Sessão: Sessão 3	Data: 25/10/25	Duração: 1 hora	Nº da Sessão: 3
-----------------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------

Objetivos Específicos da Sessão: - Ajudar a compreender o que é a ansiedade, os seus sinais e impactos no corpo e na mente. - Apresentar técnicas práticas e eficazes para gerir a ansiedade no dia a dia. - Incentivar a reflexão sobre gatilhos pessoais e estratégias adaptativas.	Recursos/Material: - Documento de psicoeducação - Escuta ativa, empatia e validação emocional. - Psicoeducação e ejercicios.
Procedimento: Acolhimento e validação de emoções. Explicação da ansiedade. Identificação de gatilhos pessoais e pensamentos automáticos que aumentam a ansiedade. Explicação e ejercicios de técnicas para controlo da ansiedade: Respiração profunda; Relaxamento muscular progressivo; Visualização de lugar seguro; Grounding / ejercicios de aterramento; Mindfulness básico Planejar pequenas ações diárias para lidar com a ansiedade (“caixa de ferramentas”). Reforçar conquistas e capacidade de gerir emoções. Encerramento com reforço positivo e feedback da utente.	
Metodologias e Técnicas: Relação de ajuda.	
Avaliação Final: A sessão iniciou-se com um momento de acolhimento e com a explicação do seu propósito, alinhada com o pedido realizado pela utente na sessão anterior, no qual manifestara interesse em adquirir ferramentas para o controlo da ansiedade. Comecei por apresentar uma explicação clara sobre o que é a ansiedade, os seus sintomas e os impactos que pode ter tanto a nível físico como psicológico. Durante esta parte, a utente foi identificando os sinais que reconhecia em si própria, demonstrando envolvimento e consciência dos seus padrões de ansiedade e os gatilhos pessoais. De seguida, apresentei um PowerPoint com diferentes técnicas práticas para a gestão da ansiedade no dia a dia. Realizámos juntas alguns dos ejercicios propostos, permitindo que a utente experimentasse as estratégias em contexto guiado ademais de planejar pequenas ações diárias para lidar com a ansiedade, realizando uma “caixa de ferramentas”. Após este momento, a utente expressou vontade de falar sobre os seus sentimentos atuais; dei espaço para essa partilha, oferecendo escuta ativa e acompanhamento empático. Finalizámos a sessão com um feedback positivo, reforçando os progressos e a disponibilidade da utente para o trabalho terapêutico. De forma geral, os objetivos específicos da sessão foram alcançados. A utente demonstrou compreender melhor o que é a ansiedade, reconhecendo os seus sinais e impactos no corpo e na mente. Participou ativamente na aprendizagem e prática das técnicas de gestão da ansiedade, mostrando abertura para integrá-las no seu dia a dia. Além disso, refletiu sobre os seus próprios gatilhos emocionais e iniciou a identificação de estratégias adaptativas que poderá aplicar futuramente. Observa-se, portanto, um progresso positivo na direção dos objetivos traçados para esta sessão.	

Título da Sessão: Sessão Final	Data: 26/11	Duração: 1.5 horas	Nº da Sessão: 4
Objetivos Específicos da Sessão: - Redução da ansiedade para estes 5 dias em casa. - Preparar atividades para casa. - Recuperar relação terapêutica.			

Procedimento: Acolhimento e validação de emoções. Diário de atividades para o permissão em casa. Ejercícios de técnicas para controlo da ansiedade. Reforçar conquistas e capacidade de gerir emoções. Encerramento com reforço positivo e feedback da utente.	
Recursos/Material: - Escuta ativa e empática. - Validação de sentimentos.	Metodologias e Técnicas: - Relação de Ajuda.
Avaliação Final: Após uma semana sem sessões e perante a recusa da utente nos dois últimos contactos, iniciei a sessão com uma conversa franca sobre estas ausências. A utente tinha relação com outra utente, o que não lhe foi benéfico, dado que a outra senhora apresentava comportamentos manipuladores e desvalorizava o meu trabalho terapêutico, o que acabou por influenciar negativamente a motivação da utente. No entanto, tendo recebido autorização para passar cinco dias em casa, encontrava-se bastante ansiosa e emocionalmente fragilizada, manifestando medo e insegurança. Assim, mostrou-se muito disponível para a sessão e foi ela própria quem a solicitou. A sessão teve uma duração mais longa, dada a intensidade emocional da utente. Iniciámos construindo em conjunto um diário para ser utilizado durante os cinco dias em casa, uma vez que ela expressava receio de permanecer encerrada 24 horas por dia e não se sentia com forças ou ânimo para sair. Em colaboração, planeámos atividades diárias que a ajudassem a estruturar esses dias, reduzindo a sensação de desamparo. Retomámos também exercícios de controlo da ansiedade, reforçando estratégias para que pudesse gerir os momentos de maior tensão. Durante a sessão, a utente falou profundamente sobre os seus sentimentos, e procurei promover motivação, autoestima e esperança, incentivando-a a visualizar a saída futura do internamento como um objetivo possível. A sessão terminou com a utente a chorar, desta vez de emoção positiva. Consegui reconhecer que merece cuidado e atenção, contrariando a sua frase frequente de “não vale a pena preocuparem-se comigo”. Pela primeira vez em muito tempo, referiu sentir esperança. Agradeceu o apoio recebido e ficou com tarefas obrigatórias para realizar durante os cinco dias em casa. Ficou ainda agendada nova sessão para terça-feira, aquando do seu regresso ao internamento. Os objetivos específicos da sessão foram globalmente alcançados. Verificou-se uma redução significativa da ansiedade face ao período de cinco dias em casa, alcançada através da preparação de atividades estruturadas e da prática orientada de técnicas de regulação emocional. A utente mostrou empenho na construção do plano de atividades, o que evidencia maior capacidade de organização e enfrentamento. No que diz respeito à relação terapêutica, observou-se uma recuperação clara do vínculo: a utente procurou ativamente a sessão, envolveu-se de forma aberta e emocionalmente expressiva, e concluiu o encontro com sentimentos de esperança e valorização pessoal. Estes progressos refletem um avanço positivo e coerente com os objetivos delineados.	

Título da Sessão: Sessão 5		Data: 02/12	Duração: 1 hora	Nº da Sessão: 5
Objetivos Específicos da Sessão: - Rever como decorreram os 5 dias de permissão em casa - Avaliar a utilização das atividades/ estratégias planeadas. - Reforçar técnicas de regulação emocional e gestão da ansiedade. - Promover reflexão sobre os pensamentos automáticos negativos. - Fortalecer a motivação, a autoestima e o vínculo terapêutico.		Procedimento: Acolhimento e exploração emocional inicial Revisão da experiência em casa: O que conseguiu cumprir do plano; Dificuldades, imprevistos e estratégias que funcionaram; Reforçar conquistas, mesmo que pequenas. Análise das estratégias de controlo da ansiedade utilizadas Trabalhar pensamentos automáticos negativos. Fecho da sessão		
Recursos/Material: Diário/registos feitos pela utente durante os dias em casa (se existentes). Entrevista clínica semiestruturada. Psicoeducação contínua sobre ansiedade e regulação emocional. Exercícios de respiração e relaxamento Reforço positivo e validação emocional.		Metodologias e Técnicas: Relação de Ajuda		
Avaliação Final: Na sessão de hoje, iniciei o acompanhamento indo buscar a utente durante a manhã, com o objetivo de rever como haviam decorrido os cinco dias de permissão em casa. A utente referiu de imediato que a experiência tinha corrido “muito mal” e que regressara ao internamento um dia antes do previsto por não se sentir bem. No entanto, ao explorar em detalhe os acontecimentos desses dias, tornou-se evidente que o período em casa foi mais positivo do que ela inicialmente percecionava. A utente conseguiu realizar grande parte das atividades planeadas na sessão anterior, tendo recebido apoio consistente por parte da irmã, da vizinha, de tias e primas. Participou em várias atividades significativas: foi ao ginásio e a um jantar com o grupo do ginásio, foi com o filho ao cinema em Vila Real, fez um bolo para a vizinha, tomou chá com ela, fez as unhas, foi à cabeleireira e iniciou a leitura de um livro, trazendo outros quatro para o internamento, conforme combinado. Organizou a roupa e realizou tarefas domésticas, embora tenha identificado algumas dificuldades, como não ter feito a cama ou arrumado a roupa em determinados momentos. Reconheceu ainda que hoje não tomou banho, mas verbalizou a intenção clara de o fazer no dia seguinte. Ao longo da sessão, foi possível observar que a utente demonstra crescente consciência das suas dificuldades e competências, reconhecendo o que fez bem e o que necessita de melhorar. Já recorre a diversas estratégias trabalhadas, mesmo que ainda não plenamente de forma intencional. Mostra maior capacidade de mobilização, já não permanece na cama como anteriormente e chora com muito menos frequência. Apesar de ainda existir um caminho significativo a percorrer, nota-se um início consistente de mudança pero do que não é consciente. A sessão focou-se, sobretudo, em ajudá-la a tomar consciência destas conquistas, reforçando a ideia de que são os seus pensamentos automáticos negativos que condicionam a perceção de incapacidade, quando, na realidade, obteve várias vitórias durante dos últimos dias. A sessão cumpriu com todos os objetivos previstos, sendo muito positiva, tanto para o processo como para o momento proprio da sessão, sendo a utente mais consciente e comprovando-se uma mudança importante. Nos dias seguintes, procurei realizar novas sessões com a utente, porém esta apresentava-se emocionalmente instável, verbalizando ideias de morte, intenção de pedir alta voluntária e risco de se magoar ao regressar a casa. Perante estas manifestações, comuniquei de imediato a situação à equipa de enfermagem e a informação foi igualmente transmitida à médica responsável, uma vez que, apesar de não ter sido possível intervir de forma terapêutica naquele momento, considerei essencial garantir a segurança da utente e manter a equipa em alerta. É importante referir que a utente tende a expressar-se mais abertamente comigo do que com outros profissionais, o que reforçou a necessidade de vigilância e comunicação interna. Dada a gravidade do quadro, e a o seu comportamento de rejeitar medicação e ficar no chão, a utente foi encaminhada para um quarto de proteção. Mantive diferentes aproximações nos dias seguintes para compreender o que estava a ocorrer e oferecer suporte. Gradualmente, verificou-se uma diminuição da agitação emocional e foi possível retomar o diálogo com maior tranquilidade, sem choro persistente, permitindo explorar outros conteúdos de forma mais estável. No último dia, a utente expressou a perceção de que estaria medicada com os mesmos fármacos que utilizava em casa, o que questionei junto da enfermeira especialista. Concluimos que seria importante que ela verifica-se essa informação com a médica e não com nos. Não foram realizadas novas sessões estruturadas devido à instabilidade emocional apresentada, já que a tentativa de intervenção em momentos de maior desregulação resultava apenas em intensificação do sofrimento. Reforcei a minha disponibilidade para apoio sempre que necessário e recebi um feedback positivo por parte da utente, que valorizou a minha presença e escuta no processo.				

Apêndice XI – Intervenção com Técnica de Modificação de Comportamentos em utente com alcoolismo e toxicodependência

Título da Sessão: Avaliação Inicial		Nº da Sessão: 1ª	
Data: 08/10/25	População-Alvo: Utente com abuso de álcool e drogas.		Tempo de Duração: 1 hora
Avaliação Inicial (Fundamentação): A escolha da técnica de modificação de comportamentos para a intervenção com o utente em processo de desabituação de substâncias psicoativas (álcool e drogas) baseia-se na necessidade de promover mudanças sustentadas nos padrões de comportamento aditivos, de forma estruturada, gradual e baseada em evidências. A modificação do comportamento é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que visa a “Promoção de mudança comportamental”, identificada na NIC e o seu objetivo é promover a modificação do comportamento ou facilitar a adaptação comportamental.(Butcher et al., 2018). É uma intervenção que visa apoiar o funcionamento psicossocial, facilitar mudanças de estilo de vida, reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis. É uma intervenção complexa por envolver múltiplos componentes interligados (Michie et al., 2013).			
Diagnósticos de Enfermagem: Abuso de álcool e drogas.			
Objetivos Gerais: - Reduzir/eliminar consumo de substâncias. - Aumentar o autocontrolo. - Melhorar estratégias de coping. - Adesão ao tratamento.		Objetivos Específicos da Sessão: - Validar a fase de mudança no ciclo motivacional. - Avaliar historia de vida do utente. - Avaliar se há ansiedade e depressão associadas. - Estabelecer Relação Terapêutica.	
Procedimento: Explicar ao utente o objetivo da sessão e obter consentimento. Garantir ambiente seguro, tranquilo e confidencial. Utilizar o documento da consulta de enfermagem para recolher dados sobre antecedentes pessoais, familiares e historial de consumo. Avaliar a fase de mudança do utente segundo o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente. Aplicar a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) para identificar sintomas emocionais. Aplicar técnicas de escuta ativa, empatia e validação emocional durante toda a sessão. Identificar fatores de risco, padrões de consumo e recursos pessoais e sociais.			
Recursos/Material: - Material de apoio (Técnica de Modificação de Comportamentos) - Documento de consulta de enfermagem. - Modelo Trasnteórico de Mudança do Comportamento (Prochaska e Diclemente) - Escuta ativa e empatia. - Validação emocional.		Metodologias e Técnicas: - Técnica de Modificação de Comportamentos.	
Tipo de Avaliação: Avaliação contínua ao longo da sessão, baseada na interação e envolvimento do utente.			

Avaliação Final:

A sessão decorreu de forma positiva, estabelecendo-se desde o início um espaço de confiança e empatia com o utente. A explicação do objetivo da sessão e o pedido de consentimento contribuíram para que o utente se sentisse seguro e disponível para partilhar informações pessoais e sensíveis.

Durante a recolha de dados, através do documento da consulta de enfermagem, foi possível compreender o percurso de vida do utente, os antecedentes familiares e pessoais, bem como o historial de consumo de álcool e drogas. Esta recolha de informação permitiu não só compreender o seu percurso, como também identificar fatores de risco, padrões de consumo e possíveis recursos pessoais e sociais. A avaliação da fase de mudança, com base no Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente revelou que o utente se encontra na fase de Contemplação: expressa vontade de mudar, mas expressa dúvidas sobre a sua capacidade de concretizar essas mudanças.

Foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), com o objetivo de identificar sintomas emocionais associados. Os resultados obtidos indicaram a presença de ansiedade possível e depressão improvável.

As técnicas de escuta ativa, empatia e validação emocional facilitaram a comunicação e permitiram explorar com maior profundidade as perceções do utente sobre a sua situação.

No que diz respeito aos objetivos específicos da sessão: foi possível validar a fase de mudança, avaliar a história de vida do utente, identificar sinais de ansiedade e depressão e iniciar a construção da relação terapêutica. A sessão forneceu uma base sólida para as intervenções subsequentes, embora tenha ficado identificado que será necessário aprofundar em futuras sessões os aspetos emocionais relacionados com o consumo e a percepção de autoeficácia do utente.

Apesar de tudo ter corrido bem, reconheço que poderia ter explorado mais profundamente alguns aspetos emocionais relacionados com o consumo e a percepção que o utente tem da sua capacidade de mudar.

Título da Sessão: Sessão Inicial		Nº da Sessão: 2ª	
Data: 15/10/25	População-Alvo: Utente com abuso de álcool e drogas.		Tempo de Duração: 1 hora
Diagnósticos de Enfermagem: Abuso de álcool e drogas.			
Objetivos Gerais: - Reduzir/eliminar consumo de substâncias. - Aumentar o autocontrolo. - Melhorar estratégias de coping. - Adesão ao tratamento.		Objetivos Específicos da Sessão: - Identificar os benefícios que o utente reconhece em cessar os consumos. - Utilizar a balança decisional para refletir sobre os consumos. - Utilizar a tabela de extremos para avaliar quais são as suas preocupações e quais são as suas preferências.	
Procedimento: Iniciar a sessão com uma breve recapitulação da sessão anterior, reforçando objetivos do acompanhamento. Utilizar a Balança Decisional para analisar os prós e contras do consumo versus a mudança de comportamento. Aplicar a Tabela de Extremos para explorar preocupações, valores pessoais, medos e aspirações do utente. Incentivar reflexão e autoconhecimento, promovendo a consciência sobre os impactos do consumo. Manter escuta ativa, empatia e validação emocional durante toda a sessão.			
Recursos/Material: - Balança decisional. - Tabela de extremos. - Validação emocional. - Escuta ativa e empatia.		Metodologias e Técnicas: - Técnica de Modificação de Comportamentos.	

Tipo de Avaliação: Avaliação contínua durante a sessão, baseada na interação e envolvimento do utente.

Avaliação Final:

Para esta sessão, foi previamente elaborado um plano, de modo a estruturar os conteúdos a abordar e as atividades a desenvolver, garantindo coerência e foco nos objetivos terapêuticos previamente definidos.

Iniciámos com uma breve recapitulação da sessão anterior, lembrando o propósito geral do acompanhamento: reduzir ou cessar o consumo de substâncias psicoativas e melhorar as estratégias pessoais de coping. Este momento de revisão teve como objetivo reforçar o enquadramento do processo terapêutico e facilitar a orientação do utente no percurso de mudança.

A aplicação da Balança Decisional foi eficaz para que o utente refletisse sobre os benefícios e prejuízos do consumo de substâncias, tornando visível que abandonar os consumos traria mais vantagens do que desvantagens.

Em seguida, a atividade da Tabela de Extremos permitiu identificar preocupações importantes e aspirações pessoais do utente, proporcionando maior compreensão sobre os seus valores, medos e motivações profundas. Esta abordagem possibilitou um maior conhecimento sobre os valores pessoais, os medos, as motivações profundas e as aspirações do utente, permitindo também recolher informação essencial para orientar futuras intervenções e estratégias de suporte emocional e motivacional.

Durante a sessão, o utente manifestou com insistência o desejo de obter alta voluntária, o que nos levou, na parte final da sessão, a explorar mudanças práticas na sua rotina diária, caso viesse a sair, com o intuito de evitar a repetição de padrões de consumo. Devido à insistência do utente em obter a alta, considerei a possibilidade de adaptar a intervenção para um modelo de Entrevista Motivacional, com o objetivo de manter o foco na motivação, na definição de metas realistas e na construção de estratégias adaptativas.

As atividades propostas demonstraram-se eficazes para promover o envolvimento ativo do utente, estimulando reflexão, autoconhecimento e tomada de consciência dos impactos do consumo. No entanto, a alta voluntária concedida no dia seguinte impossibilitou a continuidade do plano inicialmente traçado, encerrando a intervenção nesta fase.

No geral, os objetivos da sessão foram atingidos: foi possível explorar os benefícios da cessação dos consumos, aplicar as ferramentas de reflexão motivacional e identificar valores e preocupações do utente, mas não se conseguiram os objetivos a longo prazo da técnica devido à saída voluntária.

Apêndice XII – Intervenção com Técnica de Modificação de Comportamentos em utente com esquizofrenia

Título da Sessão: Sessão 1		Nº da Sessão: 1ª	
Data: 26/11/25	População-Alvo: Utente em internamento com diagnóstico de Esquizofrenia e Consumo excessivo de álcool.		Duração: 45 min
Fundamentação: A escolha da técnica de modificação de comportamentos para a intervenção com o utente em processo de desabitação de álcool baseia-se na necessidade de promover mudanças sustentadas nos padrões de comportamento aditivos, de forma estruturada, gradual e baseada em evidências. A modificação do comportamento é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem que visa a “Promoção de mudança comportamental”, identificada na NIC e o seu objetivo é promover a modificação do comportamento ou facilitar a adaptação comportamental.(Butcher et al., 2018). É uma intervenção que visa apoiar o funcionamento psicossocial, facilitar mudanças de estilo de vida, reforçar ou promover comportamentos desejáveis ou alterar comportamentos indesejáveis. É uma intervenção complexa por envolver múltiplos componentes interligados (Michie et al., 2013).			
Diagnósticos de Enfermagem: Humor deprimido; Ansiedade e Consumo excessivo de álcool.			
Objetivos Gerais: Cesar consumo de álcool Melhorar regulação do humor Controlo da ansiedade		Objetivos Específicos da Sessão: Estabelecer vínculo terapêutico seguro Avaliação da historia de vida e a frequência e impacto de consumo de álcool Avaliar emoções e sentimentos relacionados ao humor e a doença Marcar os objetivos das próximas sessões	
Procedimento: Acolhimento Presentações Avaliar a historia de vida e consumos Falar sobre os objetivos das sessões e consentimento Fechar sessão com feedback e o que espera da nossa relação		Metodologias e Técnicas: Técnica de Modificação de Comportamentos	
Recursos/Material: Sala com privacidade Escala SOCRATES Folha de apontamentos Questionário Socio Demográfico		Tipo de Avaliação: Avaliação contínua baseada na interação e envolvimento da utente Avaliação a longo prazo do seu estado.	
Avaliação Final: A sessão iniciou-se com a solicitação e obtenção do consentimento informado para a realização do processo terapêutico, sendo este aceite de forma clara e voluntária pelo paciente. A sessão decorreu numa sala privada, garantindo condições de confidencialidade e segurança emocional. Após uma breve apresentação inicial, foi explicado o propósito do acompanhamento e o enquadramento da intervenção, centrada na técnica de modificação de comportamentos, atendendo ao facto de o principal objetivo do paciente ser cessar o consumo de álcool. O paciente partilhou a sua história de vida, permitindo uma compreensão mais aprofundada do seu contexto pessoal, social e emocional. Após esta partilha, foi aplicado o questionário sociodemográfico, recolhendo informações essenciais para o enquadramento clínico. De seguida, aplicou-se a escala SOCRATES 8-D, na qual o paciente obteve um resultado de 85/85, indicando um elevado reconhecimento do problema com o álcool e uma forte motivação para o processo de mudança. O paciente manifestou espontaneamente vontade de receber ajuda e mostrou total disponibilidade para colaborar nas sessões. Com base nas informações recolhidas, foram definidos os objetivos terapêuticos			

para as próximas sessões: desenvolvimento de estratégias para cessar o consumo de álcool; redução e gestão da ansiedade; prevenção de recaídas através da implementação de competências de autorregulação; e início da preparação para a futura integração numa comunidade terapêutica após a alta, trabalhando rotinas, adaptação e alterações comportamentais. A relação terapêutica mostrou-se desde o início segura, colaborativa e produtiva. O paciente foi informado de que o estágio termina em dezembro, tendo sido garantido que, até essa data, o acompanhamento será consistente e orientado para os objetivos estabelecidos. A sessão foi encerrada com espaço para feedback, o qual foi bastante positivo, demonstrando satisfação com a abordagem e motivação para continuar. Os objetivos da sessão foram plenamente atingidos. O estabelecimento de vínculo terapêutico foi conseguido de forma sólida, com boa receptividade e cooperação do paciente. A avaliação da história de vida, bem como dos padrões de consumo de álcool, foi realizada com detalhe, complementada pela aplicação do questionário sociodemográfico e pela escala SOCRATES 8-D, cujo resultado reforça o reconhecimento do problema e a motivação para a mudança. A avaliação emocional foi iniciada e, embora ainda não aprofundada, forneceu bases relevantes para o trabalho subsequente. Os objetivos das próximas sessões foram claramente definidos e aceites pelo paciente, permitindo estruturar o plano terapêutico futuro.

Título da Sessão: Sessão 2		Nº da Sessão: 2ª	
Data: 02/12/25	População-Alvo: Utente em internamento com diagnóstico de Esquizofrenia e Consumo excessivo de álcool.		Duração: 45 min
Objetivos Específicos da Sessão: Identificar gatilhos internos e externos relacionados ao consumo de álcool. Explorar padrões de pensamento e comportamentos associados ao uso de álcool e ao humor. Introduzir estratégias iniciais de autorregulação emocional. Reforçar o vínculo terapêutico e consolidar a motivação para o processo de mudança.			
Procedimento: Acolhimento e verificação do estado emocional atual Comprobar Psicoeducação sobre o álcool. Estratégias de prevenção de recaídas. Atividade “Manual de Bolso”. Tarefa para a seguinte sessão. Feche e feedback.		Recursos/Material: Sala privada e segura. Técnicas de autorregulação Entrevista clínica semiestruturada. Reforço motivacional	
Metodologias e Técnicas: Técnica de Modificação de Comportamentos			
Avaliação Final: A sessão iniciou-se com a revisão da sessão anterior e com a verificação do conteúdo abordado na atividade de psicoeducação que o doente teve com as colegas sobre os efeitos do álcool. Ele referiu que a sessão foi muito boa e fácil de compreender, confirmando a assimilação dos conteúdos previamente trabalhados. A partir daí, a sessão avançou para a prevenção de recaídas, alinhando-se com a sua elevada motivação para deixar o consumo de álcool. Foram explicadas estratégias específicas de prevenção de recaídas, e o doente demonstrou grande empenho ao escrever imediatamente todas as estratégias sugeridas no seu caderno, o que era a atividade proposta para o fim da sessão, criar um “manual de bolso” que pudesse consultar nos momentos mais difíceis, já o começou ele por iniciativa própria. O doente mostrou grande disposição e participação ativa durante toda a sessão, completando praticamente sozinho a atividade de elaboração do manual de bolso. Como tarefa para a semana seguinte, deverá transformar os apontamentos das oito estratégias em um manual pequeno, que possa levar consigo e consultar sempre que sentir vontade de beber. Ele considerou a sessão muito produtiva e agradeceu pelo trabalho realizado. A sessão foi produtiva, com participação ativa do doente, cumprimento dos objetivos propostos e reforço da sua motivação para manter a abstinência.			

Título da Sessão: Sessão Final		Nº da Sessão: 3ª	
Data: 09/12/25	População-Alvo: Utente em internamento com diagnóstico de Esquizofrenia e Consumo excessivo de álcool.		Duração: 45 min
Objetivos Específicos da Sessão: - Monitorizar o progresso. - Melhorar estratégias para a prevenção de recaídas para quando tenha a alta. - Promover compromisso e confiança. - Finalizar a relação terapêutica.			
Procedimento: Acolhimento e verificação do estado emocional atual Escala do Progresso. Exercício de Linha do Tempo. Identificação de recursos e competências pessoais. Exercício de prevenção de recaídas. Feche e feedback.		Recursos/Material: Sala privada e segura. Entrevista clínica semiestruturada. Reforço motivacional. Linha do Tempo. Plano de Continuidade.	
Metodologias e Técnicas: Técnica de Modificação de Comportamentos			
Avaliação Final: A sessão teve início na hora marcada, não se registando dificuldades em estabelecer o contacto. O utente mostrou-se, tal como ao longo de todo o processo, bastante recetivo e colaborativo, demonstrando motivação para participar. Iniciámos com um breve diálogo de revisão das sessões anteriores, onde evidenciou boa capacidade de retenção e integração dos conteúdos trabalhados, nomeadamente a elaboração do “manual de bolso” com estratégias para utilizar após a alta. Verificou-se que o mesmo mantinha clareza quanto às tarefas propostas e reconhecia a utilidade das mesmas. Em seguida, fez-se um ponto de ligação com a sessão de psicoeducação sobre o álcool, realizada anteriormente com outras profissionais, valorizando a coerência entre conteúdos e intervenções. A partir disso, procedemos de forma breve à identificação de recursos pessoais e competências que reconhece possuir e que considera fundamentais para sustentar a abstinência e o bem-estar no período pós-internamento. Posteriormente, realizámos o exercício de prevenção de recaídas, focado em situações concretas do seu dia a dia e possíveis gatilhos. O utente conseguiu, com facilidade e autonomia, formular estratégias de resposta, integrando as sugestões trabalhadas em sessões anteriores e as que recebeu no contexto psicoeducativo. Observou-se boa reflexão, planeamento e capacidade de antecipação de risco. Para encerramento e simbolização da conclusão do processo terapêutico, foi realizada a atividade de Linha do Tempo, na qual o utente identificou momentos significativos, progressos alcançados e aspectos que considera superados. Refletiu sobre o seu percurso, reconhecendo evolução e aprendizagens nas sessões. Terminámos com um espaço de feedback, no qual o utente avaliou positivamente o trabalho desenvolvido, expressou gratidão e disse sentir-se mais preparado para a continuidade do tratamento após a alta. Os objetivos da sessão foram globalmente alcançados. O utente demonstrou boa compreensão das ferramentas trabalhadas, motivação e envolvimento ativo no processo, o que se mostrou particularmente valorizável nesta fase de transição.Considero que o utente apresenta recursos internos fortalecidos e maior consciência dos fatores de risco e proteção. A relação terapêutica foi finalizada de forma positiva, com reconhecimento mútuo do trabalho realizado e das conquistas atingidas.			

Apêndice XIII – Intervenção com Técnica de Resolução de Problemas em utente com depressão e alcoolismo

Título da Sessão: Sessão de Avaliação Inicial		Nº da Sessão: 1ª
Data: 08/10/25	População-Alvo: Utente com consumo de álcool e diagnóstico de depressão.	Tempo de Duração: 1 hora
Avaliação Inicial (Fundamentação): A Técnica de Resolução de Problemas é uma intervenção psicoterapêutica estruturada que visa desenvolver a capacidade do utente para identificar, compreender e lidar de forma eficaz com os desafios pessoais e interpessoais que enfrenta. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012), esta técnica, para além de auxiliar na resolução de problemas concretos, pretende promover a aquisição de consciência sobre si próprio e sobre o que constitui um problema, permitindo integrar as experiências vividas e realizar as mudanças necessárias para o bem-estar e adaptação. A sua aplicação fundamenta-se na evidência científica que demonstra a sua eficácia no tratamento de humor depressivo, ansiedade e ideação suicida (Bell & D’Zurilla, 2009; Eskin et al., 2008; Kleiboer, 2015). Esta abordagem estimula o pensamento crítico, a capacidade de análise e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adequadas, o que se traduz numa maior perceção de controlo e eficácia pessoal. No caso concreto da utente, com diagnóstico de depressão e consumo de álcool, a técnica é particularmente indicada, uma vez que facilita o reconhecimento de padrões disfuncionais de pensamento e comportamento, promove a autonomia na tomada de decisões e contribui para a redução do evitamento e do sentimento de impotência frequentemente associados a quadros depressivos e de dependência. Assim, a Técnica de Resolução de Problemas foi escolhida por ser coerente com os objetivos terapêuticos definidos.		
Diagnósticos de Enfermagem: - Abuso de álcool. - Humor deprimido. - Isolamento social. - Déficit de autocuidado. - Baixa autoestima.	Objetivos Gerais: - Reduzir/eliminar consumo de substâncias. - Aumentar o autocontrolo. - Melhorar estratégias de coping. - Adesão ao tratamento.	Objetivos Específicos da Sessão: - Validar a fase de mudança no ciclo motivacional. - Avaliar história de vida do utente. - Avaliar se há ansiedade e depressão associadas. - Estabelecer Relação Terapêutica. -Avaliar o estado de ânimo da utente.
Procedimento: Acolhimento e apresentação do espaço terapêutico. Realização de entrevista de avaliação inicial. Exploração dos padrões de consumo e das consequências associadas. Aplicação do questionário sobre o consumo de álcool (QCaA). Identificação de fatores emocionais e relacionais ligados ao consumo. Introdução à técnica da balança decisional para explorar motivações e barreiras à mudança.		
Recursos/Material: - Sala tranquila e confidencial. - Questionário sobre o Consumo de Álcool (QCaA).		- Folha de balança decisional. - Entrevista clínica semiestruturada. - Escuta ativa e empatia terapêutica.
Metodologias e Técnicas: Técnica de Resolução de Problemas.		
Tipo de Avaliação: Avaliação contínua e qualitativa, baseada na observação direta do comportamento, discurso e envolvimento da utente durante a sessão.		
Avaliação Final: Foi realizada uma entrevista exploratória que permitiu conhecer o contexto pessoal e emocional da utente. Iniciou-se o processo psicoeducativo acerca dos comportamentos de abuso de álcool e da gestão emocional associada ao consumo. A utente mostrou-se motivada para a abstinência, reconhecendo, através da balança decisional, as desvantagens do consumo e as vantagens de cessar o uso de álcool. Apresentou bons conhecimentos sobre a substância, tendo obtido 32 respostas corretas em 40 no questionário aplicado. Apesar dessa motivação,		

revelou dificuldades na gestão emocional, identificando o consumo como uma estratégia para lidar com o sofrimento. Mencionou que a relação com o companheiro é uma fonte de angústia e que, embora deseje afastar-se, ainda sente dificuldade emocional em concretizar essa decisão. Observou-se humor deprimido, labilidade emocional e tendência ao isolamento, com abandono de atividades que anteriormente lhe proporcionavam prazer. A sessão permitiu estabelecer uma boa relação terapêutica e identificar as principais áreas de intervenção a trabalhar nas próximas sessões, nomeadamente a regulação emocional, o reforço da autoestima e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento saudáveis.

Título da Sessão: Sessão Intermedia I	Data: 21/10/25	Tempo de Duração: 1 hora	Nº da Sessão: 2ª
Objetivos Específicos da Sessão: - Reforçar a consciência dos padrões de pensamento e comportamento relacionados com o isolamento. - Trabalhar estratégias cognitivas e comportamentais para reduzir o evitamento social. - Apoiar o processo de decisão quanto à mudança de habitação, promovendo a segurança emocional e a assertividade. - Consolidar o conhecimento sobre os riscos do consumo de álcool e as estratégias de enfrentamento.			Metodologias e Técnicas: - Técnica de Resolução de Problemas. - Reestruturação Cognitiva.
Procedimento: Revisão dos resultados do questionário sobre consumo de álcool. Entrega de material psicoeducativo e estratégias de enfrentamento para o internamento. Identificação do principal problema atual da utente (decisão sobre mudança de habitação). Realização da balança decisional, análise das vantagens e desvantagens da mudança. Exploração dos motivos de isolamento social. Aplicação de técnicas de reestruturação cognitiva para trabalhar pensamentos distorcidos. Reflexão conjunta sobre tomada de decisões e reforço da assertividade.		Recursos/Material: - Questionário sobre o consumo de álcool com as respostas corretas. - Documento com estratégias de enfrentamento para apoio durante o internamento. - Balança decisional. - Psicoeducação. - Reforço Positivo.	
Avaliação Final: Iniciou-se com a análise dos resultados do questionário sobre o consumo de álcool realizado na semana anterior. Foi-lhe entregue uma folha com as respostas corretas e um documento com estratégias de enfrentamento para que possa ler durante o internamento. Posteriormente, trabalhou-se na identificação e definição do seu principal problema atual, que expressou como o desejo de abandonar a habitação que partilha com um colega que a trata de maneira inadequada e que apresenta um consumo problemático de álcool. Realizou-se uma balança decisional sobre as vantagens e desvantagens de abandonar a habitação atual. A utente identificou várias vantagens e nenhuma desvantagem, manifestando uma diminuição do sentimento de culpa em relação a sessões anteriores e um aumento do seu pensamento próprio. Ao longo da conversa, exploraram-se as causas do seu isolamento social e do medo de sair e de se relacionar, tendo sido identificados pensamentos distorcidos relacionados com o receio do julgamento e da ridicularização pelos outros. Aplicaram-se técnicas de reestruturação cognitiva de forma progressiva, facilitando a tomada de consciência desses pensamentos e da sua relação com os comportamentos de evitamento. A sessão decorreu de forma positiva com o cumprimento dos objetivos propostos para ela, ademais também foi produtiva e participativa pois a utente demonstrou boa participação, apresentando maior clareza e autonomia na análise do seu problema atual. Observou-se uma redução significativa do sentimento de culpa relativamente a sessões anteriores e um aumento da autoconfiança e do pensamento crítico. Evidenciou capacidade de reflexão, conseguindo identificar pensamentos distorcidos e compreender a sua relação com os comportamentos de evitamento social. Mostrou-se motivada e recetiva às estratégias apresentadas.			

Título da Sessão: Sessão Intermédia II	Data: 28/10/25	Tempo de Duração: 45 Min	Nº da Sessão: 3ª
Objetivos Específicos da Sessão: - Identificar pensamentos automáticos negativos ou distorcidos relacionados com situações sociais, isolamento ou autoconceito. - Compreender a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos, reconhecendo como os pensamentos disfuncionais influenciam ações de evitamento ou sentimentos de culpa. - Aplicar estratégias de reestruturação cognitiva, como questionamento de evidências, formulação de pensamentos alternativos ou substituição de crenças irracionais.			

- Aumentar a suas estratégias para se proteger e se manter nas suas decisões.	
Procedimento: Breve recordação da sessão anterior e revisão das tarefas realizadas. Introdução ao tema dos pensamentos automáticos e exercícios de identificação. Aplicação prática do exercício a uma situação pessoal. Trabalho com o “diário de logros” (reflexão sobre conquistas e aspetos positivos). Exercício “O NÃO” - treino de assertividade em situações de pressão com discussão sobre estratégias de autoproteção e manutenção de decisões. Definição das tarefas para a próxima semana e recolha de feedback da utente.	
Recursos/Material: - Exercícios de reestruturação cognitiva. - Sala privada - Escuta Ativa. - Reforço Positivo.	Metodologias e Técnicas: - Técnica de Resolução de Problemas. - Reestruturação Cognitiva.
Avaliação Final: Nesta sessão intermédia da técnica de resolução de problemas, começámos recordando o conteúdo da sessão anterior. A senhora referiu que tem estado bem e que cumpriu o que lhe foi pedido. Contou que vai lendo pouco a pouco as folhas que lhe foram entregues, aproveitando momentos de tranquilidade na cama para ler com atenção e refletir sobre o que está a ler, o que considero muito positivo, pois demonstra empenho e autorreflexão. Em seguida, foi-lhe explicado que nesta sessão iríamos realizar exercícios em consonância com a anterior. O primeiro exercício foi sobre os pensamentos automáticos. Pediu-se-lhe que explicasse o que eram, e recordou muito bem o conceito, já trabalhado anteriormente. Realizou um exercício encontrado na web sobre este tema; no início apresentou alguma dificuldade, mas ao concluir conseguiu compreender plenamente e refletir por si própria. Posteriormente, aplicámos o mesmo exercício a uma situação pessoal, o que também resultou satisfatório e reforçou a sua compreensão. De seguida, trabalhamos o diário de logros, no qual a senhora relatou as suas conquistas diárias. Referiu que o simples facto de se levantar e arranjar-se já representa uma vitória. Contou que conseguiu sair para pequenos passeios sozinha e que, no momento em que fui chamá-la, estava a fazer bicicleta para fortalecer as pernas. Foi-lhe pedido que, para a próxima semana, escrevesse coisas positivas do seu dia, uma vez que referiu ter registado alguns aspetos negativos durante esta semana. Reforcei a importância de centrar-se nas pequenas vitórias e no que a faz sentir-se orgulhosa. Seguidamente, passámos a um exercício mais prático, denominado “O NÃO”. A senhora compreendeu de imediato o que era solicitado e, antes mesmo de lhe pedir um exemplo, relatou espontaneamente uma situação com um colega que lhe pede cigarros frequentemente e que a manipula emocionalmente com gestos de carinho. Referiu que, devido a esta insistência, nem consegue desfrutar do cigarro. Praticámos então um cenário em que ela deveria dizer “não” de forma assertiva, e foi-lhe pedido que, durante a próxima semana, observe se consegue recusar e manter a sua decisão. Depois trabalhamos o mesmo exercício em relação ao seu companheiro de casa. Neste caso, demonstrou ter a situação mais clara e mostrou ter elaborado, por iniciativa própria, estratégias para manter a sua decisão e proteger-se, como mudar o número de telemóvel e recolher as suas coisas acompanhada das irmãs. Importa referir que, ao longo de toda a sessão, a senhora mostrou necessidade de falar sobre os seus sentimentos e expressar o que sente. Dada essa necessidade de desabafo e de ser escutada, foi aplicada a técnica de escuta ativa, que se revelou muito útil e adequada para ela, uma vez que não precisa apenas de estratégias práticas, mas também de um espaço onde possa expressar-se livremente e sentir-se compreendida. Para finalizar, recordaram-se as tarefas para a próxima semana, e a senhora deu o seu feedback sobre a sessão, mostrando-se satisfeita, participativa e reflexiva durante todo o processo. De modo geral, observou-se cumprimento dos objetivos da sessão e uma evolução positiva, com bom envolvimento no processo terapêutico. A senhora mostrou-se colaborativa, participativa e com boa disposição para o trabalho terapêutico. Demonstrou recordar e aplicar os conteúdos de sessões anteriores, revelando progressos na compreensão dos pensamentos automáticos e na capacidade de refletir sobre as próprias experiências. Observa-se um aumento da autonomia e da autoeficácia, evidenciado pela realização de atividades diárias e pela identificação de pequenas conquistas pessoais, que agora reconhece como vitórias. Esta abordagem contribuiu para fortalecer o vínculo terapêutico e facilitar a elaboração emocional. A utente demonstrou capacidade de planear estratégias concretas para manter os seus limites e proteger-se de contextos prejudiciais.	

Título da Sessão: Sessão Final		Data: 05/11/25	Tempo de Duração: 45 min	Nº da Sessão: 4ª
Objetivos Específicos da Sessão: - Rever o percurso terapêutico e consolidar os principais aprendizajes adquiridos. - Avaliar a evolução pessoal e emocional da utente. - Reforçar a autoconfiança, a autoeficácia e o compromisso com a manutenção das conquistas. - Promover a integração das técnicas de RC e RP no quotidiano. - Definir estratégias de continuidade e prevenção de recaídas.		Procedimento: Breve revisão das sessões anteriores e reflexão sobre o progresso. Discussão dos principais desafios superados e das estratégias que se mostraram eficazes. Aplicação de um exercício de síntese (Linha do Tempo). Com momentos de desafio, de superação, aprendizagens e momentos que achou importantes. Construção de uma Lista de Estratégias e Recursos Pessoais para a Prevenção de Recaídas. Também criar um quadro para ela com cada situação e do que se deve lembrar para ajuda-la a supera-la. Escrever uma mensagem positiva para si mesma pero do futuro. Reforço positivo e feedback final sobre o processo terapêutico.		
Recursos/Material: - Folha de Linha do Tempo. - Lista de Estratégias e Recursos Pessoais para a Prevenção de Recaídas. - Quadro de ajuda. - Reforço Positivo e Escuta Ativa			Metodologias e Técnicas: - Técnica de Resolução de Problemas. - Reestruturação Cognitiva.	
Avaliação Final: A última sessão iniciou-se com uma revisão do percurso terapêutico, permitindo ao utente refletir sobre o progresso alcançado desde a primeira sessão. Foi aplicado um exercício de síntese na forma de Linha do Tempo, no qual o utente identificou momentos de desafio, de superação, aprendizagens significativas e acontecimentos importantes durante o internamento o que reforçou a percepção de progresso e a compreensão do próprio percurso de mudança. Em seguida, foi construída uma Lista de Estratégias e Recursos Pessoais para Prevenção de Recaídas, incluindo um quadro prático que associa cada situação de risco a lembranças ou técnicas que podem ajudar a superar. Como complemento motivacional, o utente escreveu uma mensagem positiva dirigida a si mesmo no futuro, reforçando o compromisso com a continuidade da mudança e com o autocuidado. A sessão foi encerrada com reforço positivo e feedback final. A sessão decorreu num clima colaborativo, positivo e motivador onde os recursos e estratégias desenvolvidos constituem ferramentas importantes para prevenção de recaídas, manutenção das conquistas alcançadas e fortalecimento da autoeficácia e autonomia do utente. Considero que os objetivos desta sessão foram plenamente atingidos. Foi possível avaliar a evolução pessoal e emocional do utente, consolidar aprendizagens e estratégias de enfrentamento, reforçar o compromisso com a manutenção das conquistas e promover a autonomia na gestão do comportamento de consumo e do bem-estar emocional. O trabalho com a Linha do Tempo e a lista de estratégias contribuiu para integrar de forma prática técnicas de reestruturação cognitiva e resolução de problemas, que podem ser aplicadas no dia a dia do utente.				

Apêndice XIV – Intervenção em Consultas de Enfermagem Individuais

Utente	M	Utente	A
Data	21/01/2026	Data	22/01/2026
Enfermeira responsável	E	Enfermeira responsável	O
Sinais Vitais	Não	Sinais Vitais	TA: 158/88 (Pãe e mãe HTA) FC: 67 Peso: 70 kg Altura: 1.78 cm
Metodologia ADR	VIH – Negativo VDRL – Negativo VHB – Negativo (informe) VHC – Positivo (informe) – Começa tratamento o 04/02	Análises clínicas	Exames feitos em Setembro 2025 VIH – Negativo VHB – Negativo VHC – Negativo VDRL - Negativo
Testes de úrina	Não	Testes	Cocaína – Negativo Buprenorfina – Positivo Cannabis – Positivo Heroína – Negativo Álcool – 0,0 g/L
Revisão do tratamento	Realizado, cumpre os critérios	Revisão do tratamento	Realizado, cumpre os critérios
Revisão da vacinação	Realizado, esquema vacinal atualizado	Revisão da vacinação	Realizado, vacinação atualizada, estando a completar o esquema vacinal de VHB
Trabalho	Não tem	Trabalho	Construção civil, com contrato
Consumos atuais	Fumador + THC	Consumos atuais	Cannabis + álcool (Reduziu ambos)
Tabaco	Fumador	Tabaco	Fumador
Comportamentos de risco	Não tem	Comportamentos de risco	Não tem
Próximas consultas	Marcada CM + CE	Próximas consultas	Marcada CM + CE
Estilo de vida saudável	Sim, confirmado	Estilo de vida saudável	Sim, confirmado
Rede de suporte	Boa	Rede de suporte	Boa
Com quem vive	Boa relação com a mãe e o filho	Com quem vive	Boa relação com a esposa
Observações	Informe médico de “Espirometria com prova de broncodilatação” – Alteração ventilatória mista com componente obstrutivo grave	Observações	A completar esquema vacinal de VHB

Utente	T
Data	10/3/26
Enfermeira responsável	O
Sinais Vitais	TA: 117/62 mmHg FC: 81 bpm Peso: 68 kg
Metodologia ADR	VHC – negativo Sifilis – negativo VIH – Negativo (Hospital) VHB – Negativo (Hospital)
Testes de urina	Heroína – Negativo Cocaína – Negativo BPN – Negativo Metadona – Negativo
Revisão do tratamento	Haldol IM, Quetiapina VO, Largactil VO,
Revisão da vacinação	Pendente DT – 08/2027
Trabalho	Trabalha na multitendas Esteve 16 anos em França a trabalhar nas estradas
Consumos atuais	Sem consumos por estar em internamento. Antes disso THC e cocaína fumada.
Tabaco	1.5 maços por dia
Comportamentos de risco	Não
Próximas consultas	Gastroscoopia maio Pendente confirmação com a Dra..
Estilo de vida saudável	Não, estava a viver na rua Agora internado no hospital Solicita entrada no projecto homem (já esteve 2 vezes) Sem evidências de tuberculose
Rede de suporte Com quem vive	Sem rede de suporte; Sem família, só tem a sua mãe com demencia, internada. Esteve a viver na rua 3 meses
Observações	Sem contacto telefónico Acompanhado pela cruz vermelha Internado em psiquiatria desde 02/26 Já foi utente do CRI – 1999/2000 Recebe pensão, de França e de Portugal (PT invalidez por Cronh e esquizofrenia) Inicio dos consomos em França, com 19 anos, THC + 1 vez heroína. Cocaína desde 1998, só fumada. Sem pensamentos suicidas

Apêndice XV – Intervenção de Criação de Folheto de Prevenção de Recaídas (Junto com a colega de estágio)

Título: Folheto de Prevenção de recaídas	
População-Alvo: Utentes do CRI Risco de recaída associado a fatores emocionais, cognitivos ou contextuais.	Diagnósticos de Enfermagem: Risco de recaída nos comportamentos aditivos
Fundamentação: A recaída nos comportamentos aditivos é atualmente reconhecida como um fenómeno frequente no processo de recuperação, integrando a natureza crónica e recidivante das dependências. Diversos autores referem que o retorno ao consumo não deve ser interpretado como falha pessoal ou terapêutica, mas como parte de um percurso complexo, influenciado por fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e contextuais (McLellan et al., 2000; Marlatt & Donovan, 2005). Mesmo após períodos de abstinência mantida, a pessoa permanece vulnerável à recaída, sobretudo em situações de stresse, impulsividade, dificuldades de autorregulação emocional e exposição a contextos de risco. Neste contexto, a elaboração do folheto de prevenção da recaída surge como uma intervenção psicoeducativa destinada a reforçar a compreensão do utente/família acerca do processo de recaída e a promover maior consciência dos fatores de risco individuais. A disponibilização de material estruturado permite consolidar a informação transmitida em consulta, facilitar a reflexão fora do contexto terapêutico e apoiar a identificação precoce de sinais de alerta. O folheto assume, assim, a finalidade de promover o autocuidado e a autorresponsabilização do utente, reforçando a perceção de controlo sobre o processo de recuperação e facilitando a mobilização de estratégias de coping adaptativas. Paralelamente, constitui um recurso de suporte que favorece a continuidade do processo terapêutico, estimula a utilização da rede de apoio e contribui para a redução da vulnerabilidade à recaída.	
Objetivos: Promover a compreensão do processo de recaída enquanto fenómeno integrado no percurso de recuperação; Aumentar a consciência do utente relativamente a sinais precoces de alerta e situações de risco; Facilitar a identificação de gatilhos emocionais, cognitivos e contextuais associados à recaída; Reforçar a perceção de controlo, autoeficácia e responsabilização no processo de recuperação; Incentivar a mobilização de estratégias de coping adaptativas e da rede de suporte; Disponibilizar um recurso psicoeducativo de consulta que favoreça a continuidade do processo terapêutico.	
Avaliação dos resultados / Resultados esperados: Maior compreensão do utente sobre o processo de recaída e os fatores associados; Aumento da capacidade de reconhecimento de sinais de alerta e situações de risco; Maior reflexão sobre padrões emocionais, cognitivos e comportamentais relacionados com a recaída; Reforço da motivação para a manutenção da abstinência e adesão ao acompanhamento terapêutico; Utilização do folheto como recurso de apoio na gestão de situações de risco; Promoção da autonomia, autocuidado e responsabilização no processo de recuperação.	

LEMBRA-TE

Cuidar da tua saúde é um processo
contínuo e **valioso**.

Procura apoio em qualquer momento,
estamos aqui para **ajudar-te**

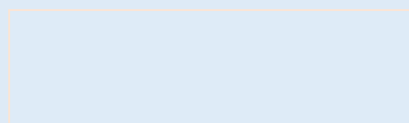


COM CARINHO

OS ENFERMEIROS DO CRI



REDE DE SUPORTE



PREVENÇÃO DE RECAÍDAS



O QUÉ É UMA RECAÍDA?

A recaída pode ser definida como o retorno ao consumo de substâncias ou a comportamentos aditivos após um período de abstinência ou de controlo do comportamento.

Este fenómeno é compreendido como parte integrante do processo de recuperação, e não como uma falha pessoal, moral ou terapêutica.

(Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt & Donovan, 2005).

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

- Reconhecer situações de risco;
- Aprender estratégias para lidar com a ansiedade;
- Reforçar a autoconfiança;
- Mudar pensamentos negativos;
- Agir cedo quando há um deslize;
- Construir um dia a dia mais equilibrado.

SINAIS DE ALERTA

➤ Alterações emocionais

Aumento do stress
Ansiedade
Irritabilidade
Humor deprimido

➤ Padrões cognitivos

Pensamentos permissivos ("só uma vez não faz mal")
Minimização das consequências
Diminuição da percepção do risco.

➤ Alterações comportamentais

Isolamento social
Diminuição da adesão ao tratamento
Abandono de rotinas saudáveis
Aumento de exposição a contextos associados ao consumo.

➤ Alterações físicas

Alterações do sono
Fadiga constante
Tensão corporal



(Marlatt & Donovan, 2005; Witkiewitz & Marlatt, 2004).

SITUAÇÕES DE RISCO

- Estados emocionais intensos;
- Dificuldades na gestão emocional;
- Pensamentos permissivos;
- Exposição a contextos associados ao consumo;
- Contacto frequente com pessoas que consomem;
- Falta de rotina diária;
- Cansaço físico, privação do sono ou sobrecarga;
- Depois de um deslize, acreditar que já falhou.



Apêndice XVI – Intervenção de Criação do Plano de Ação “Consulta de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Prevenção da Recaída em Comportamentos Aditivos” (Projeto criado junto com a colega de estágio)

“Consulta de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Prevenção da Recaída em Comportamentos Aditivos”



Janeiro, 2026

Siglas e Acrônimos

CRI – Centro de Respostas Integradas;
ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências;
EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica;
OE – Ordem dos Enfermeiros;

1. Enquadramento

O presente projeto surge no âmbito da unidade curricular Opção I – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo sido desenvolvido no Centro de Respostas Integradas (CRI) pertencente ao Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD).

Durante o período de estágio neste contexto, foi possível contactar de forma direta com utentes com historial de comportamentos aditivos e dependências, em diferentes fases do processo terapêutico, nomeadamente em situação de abstinência mantida, mas com risco elevado de recaída. A integração na equipa multidisciplinar permitiu observar a complexidade inerente ao acompanhamento destes utentes, bem como a importância de intervenções especializadas, contínuas e centradas na pessoa, que promovam a manutenção da abstinência e a recuperação.

No contexto do CRI a recaída assume-se como um desafio clínico frequente, estando frequentemente associada a fatores emocionais, cognitivos e contextuais, como dificuldades na gestão do stress, impulsividade, baixa autoestima, fragilidades na autorregulação emocional e ausência de estratégias eficazes de coping. Apesar do acompanhamento regular e das respostas existentes, verifica-se a necessidade de intervenções estruturadas que atuem de forma específica na prevenção da recaída, particularmente em utentes abstinentes, fase em que a vulnerabilidade ao consumo se mantém significativa.

Neste sentido, e considerando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), emergiu a pertinência de desenvolver um projeto intitulado “Consulta de Enfermagem de Saúde Mental na Prevenção da Recaída em Comportamentos Aditivos”, a implementar no CRI.

Este projeto visa estruturar uma resposta de enfermagem especializada, integrada no modelo de cuidados existente, direcionada para a avaliação especializada em saúde mental, intervenção psicoterapêutica de enfermagem e planeamento terapêutico partilhado.

A consulta proposta dirige-se a utentes com historial de comportamentos aditivos, em situação de abstinência e em acompanhamento regular no CRI, excluindo utentes que apresentem: Consumo ativo de substâncias; Situação clínica aguda que comprometa a participação na consulta; Défice cognitivo moderado a grave que impeça a compreensão e

participação na intervenção; Descompensação psicopatológica que exija outro tipo de intervenção prioritária; Recusa ou ausência de motivação mínima para participar na consulta.

. Através de uma intervenção individual, estruturada e centrada na pessoa, pretende-se promover o autoconhecimento, o autocontrolo emocional, o desenvolvimento de estratégias adaptativas de coping e a identificação precoce de sinais de alerta para a recaída.

A implementação desta consulta de enfermagem especializada pretende reforçar o papel do EESMP no acompanhamento de pessoas com comportamentos aditivos, contribuindo para a continuidade de cuidados, para a adesão ao tratamento e para a promoção da autonomia e responsabilização do utente no seu processo terapêutico. Espera-se ainda que este projeto, pela sua pertinência clínica e potencial impacto na prevenção da recaída, possa constituir um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no CRI de Braga – Pólo de Braga, podendo, futuramente, ser replicado ou adaptado a outros contextos de intervenção na área dos comportamentos aditivos.

2. Fundamentação

A recaída nos comportamentos aditivos é atualmente reconhecida como um fenómeno frequente ao longo do processo de recuperação, integrando a natureza crónica e recidivante das dependências. Diversos autores referem que o retorno ao consumo não deve ser interpretado como falha pessoal ou terapêutica, mas como parte de um percurso complexo, influenciado por fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e contextuais (McLellan et al., 2000; Marlatt & Donovan, 2005). Mesmo após períodos de abstinência mantida, a pessoa permanece vulnerável à recaída, sobretudo em situações de stresse, impulsividade, dificuldades de autorregulação emocional e exposição a contextos de risco.

Os modelos de prevenção da recaída descrevem este fenómeno como um processo gradual, que pode evoluir através de fases emocionais, cognitivas e comportamentais. Nestas fases, fatores como emoções negativas persistentes, pensamentos permissivos, baixa autoestima e défices de estratégias de coping aumentam a probabilidade de retorno ao consumo (Marlatt & Donovan, 2005). Assim, a identificação precoce de sinais de alerta e a intervenção atempada assumem um papel central na interrupção deste processo.

A evidência existente aponta para a eficácia de intervenções psicoterapêuticas breves e estruturadas na prevenção da recaída, particularmente quando centradas na pessoa e orientadas

para o desenvolvimento de competências de autorregulação, tomada de decisão e coping adaptativo. Intervenções como a entrevista motivacional, a psicoeducação, o treino de estratégias de coping e a resolução de problemas permitem aumentar a motivação para a mudança, reforçar a autoeficácia e promover a adesão ao tratamento, constituindo abordagens ajustadas às diferentes fases do processo de recuperação (Marlatt & Donovan, 2005).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) dispõe de competências específicas que o habilitam a intervir de forma diferenciada junto da pessoa com comportamentos aditivos. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), compete ao EESMP realizar avaliação especializada em saúde mental, desenvolver intervenções psicoterapêuticas de enfermagem e promover a autonomia da pessoa, com vista à gestão do seu processo de saúde-doença. O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019) reforça ainda a responsabilidade do enfermeiro especialista na prestação de cuidados baseados na evidência, centrados na pessoa e orientados para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A consulta de enfermagem de saúde mental constitui, assim, um espaço privilegiado para a implementação de intervenções estruturadas de prevenção da recaída, permitindo uma abordagem sistemática e individualizada. Através da avaliação dos fatores de risco e de proteção, da promoção do autoconhecimento e do desenvolvimento de estratégias adaptativas de coping, o EESMP contribui para a redução da vulnerabilidade à recaída e para a manutenção da abstinência.

Adicionalmente, os documentos estratégicos nacionais e europeus na área dos comportamentos aditivos e dependências reconhecem a importância de intervenções contínuas, integradas e centradas na pessoa, valorizando a prevenção da recaída como um eixo fundamental da resposta em saúde. A promoção da autonomia, da responsabilização e da tomada de decisão partilhada encontra-se alinhada com os princípios de recuperação em saúde mental e com modelos de cuidados menos coercivos e mais humanizados.

Deste modo, a implementação de uma Consulta de Enfermagem de Saúde Mental na Prevenção da Recaída em Comportamentos Aditivos encontra-se sustentada na evidência científica disponível, no enquadramento regulamentar da prática do EESMP, assumindo-se

como uma intervenção especializada, ética e centrada na pessoa, com potencial para promover a manutenção da abstinência, a adesão ao tratamento e a autonomia do utente.

3. Definição da Intervenção:

Trata-se de uma intervenção individual, estruturada e centrada na pessoa, que integra avaliação especializada em saúde mental, intervenção psicoterapêutica de enfermagem, psicoeducação e planeamento terapêutico partilhado, visando a manutenção da abstinência e a promoção da recuperação.

Consiste na implementação de uma Consulta de Enfermagem de Saúde Mental-Prevenção da Recaída, dirigida a utentes com historial de comportamentos aditivos, em fase de abstinência e em acompanhamento regular no CRI

Serão excluídos desta intervenção os utentes que apresentem: Consumo ativo de substâncias; Situação clínica aguda que comprometa a participação na consulta; Défice cognitivo moderado a grave que impeça a compreensão e participação na intervenção; Descompensação psicopatológica que exija outro tipo de intervenção prioritária; Recusa ou ausência de motivação mínima para participar na consulta.

4. Objetivo geral do projeto:

Estruturar e implementar consultas de ESMP dirigidas a utentes abstinentes, acompanhados no CRI, com foco na prevenção da recaída, promoção da adesão ao tratamento e autonomia dos utentes.

5. Objetivos específicos

- Esquematizar as consultas de EESMP para prevenção de recaídas;
- Promover autoconhecimento, autocontrolo e estratégias de coping nos utentes;

6. Indicações Terapêuticas:

- A consulta está indicada para utentes que apresentem:
- Historial de comportamentos aditivos e dependências;
- Situação de abstinência mantida;

- Risco de recaída associado a fatores emocionais, cognitivos ou contextuais;
- Dificuldades na gestão do stress e das emoções;
- Impulsividade ou défices de autocontrolo;
- Necessidade de reforço de estratégias de coping e de adesão ao tratamento.

7. Resultados de Enfermagem:

- Espera-se que a intervenção contribua para os seguintes resultados de enfermagem:
- Melhoria da adesão ao acompanhamento no
- Aumento do autoconhecimento dos fatores de risco e de proteção para recaída;
- Desenvolvimento e utilização de estratégias eficazes de coping;
- Melhoria do autocontrolo emocional e comportamental;
- Aumento do autocontrolo, do planeamento e da tomada de decisão;
- Manutenção da abstinência e redução de comportamentos de risco;
- Promoção da autonomia e responsabilização do utente no seu processo terapêutico.

8. Instrumentos de Avaliação

- Entrevista clínica estruturada;
- Observação clínica sistematizada;
- Avaliação do estado emocional;
- Registos clínicos de enfermagem;
- Avaliação da adesão ao acompanhamento e da participação ativa do utente;
- Feedback verbal do utente relativamente às estratégias aprendidas.

9. Estrutura da Consulta de EESMP: “Consulta de Enfermagem de Saúde Mental- Prevenção da Recaída”

Sessão 0 - Avaliação inicial:

Objetivos:

- Estabelecer relação terapêutica e clima de confiança;
- Realizar avaliação global de enfermagem em saúde mental;
- Identificar necessidades, fatores de risco e fatores protetores;
- Explorar a motivação do utente para a mudança;
- Definir objetivos terapêuticos realistas e partilhados;
- Iniciar o Plano Pessoal de Prevenção da Recaída.

Desenvolvimento:

- A consulta inicia-se com uma avaliação global e especializada, centrada na pessoa, que segue o modelo de “Consulta de Acolhimento de Enfermagem do CRI
- Identificação de necessidades (Dificuldade em lidar com stress; Impulsividade; Baixa autoestima; Falta de estratégias para situações de risco);
- Definição de objetivos realistas e alcançáveis;
- Elaboração de um Plano pessoal de prevenção da recaída.
- Possíveis Intervenções Terapêuticas: Entrevista motivacional; Prevenção de recaída; Treino de coping; Resolução de problemas; Psicoeducação.

Resultados esperados:

- Estabelecimento de relação terapêutica eficaz;
- Utente envolvido e colaborante no processo;
- Necessidades e fatores de risco identificados;
- Objetivos terapêuticos definidos de forma partilhada;
- Plano Pessoal de Prevenção da Recaída iniciado;
- Aumento da consciência do utente sobre o seu processo de recaída.

Sessão 1

Objetivos:

- Consolidar a relação terapêutica iniciada na Sessão 0;
- Promover compreensão aprofundada do processo de recaída;

- Ajudar o utente a reconhecer gatilhos, sinais precoces e padrões pessoais;
- Desenvolver consciência emocional e comportamental;
- Estruturar o Plano Pessoal de Prevenção da Recaída iniciado na Sessão 0.

Desenvolvimento:

- Exploração breve da experiência do utente desde a Sessão 0;
- Revisão dos objetivos definidos e validação da motivação para a mudança;
- Psicoeducação sobre:
 - Recaída como processo (não como falha);
 - Fases da recaída (emocional, cognitiva e comportamental);
 - Relação entre stress, impulsividade, autoestima e recaída;
- Identificação conjunta de:
 - Gatilhos internos (emoções, pensamentos, impulsos);
 - Gatilhos externos (contextos, pessoas, situações);
 - Sinais precoces de alerta (emocionais, cognitivos, físicos e comportamentais);
- Exploração das respostas habituais do utente face às situações de risco;
- Identificação de fatores protetores e recursos pessoais;
- Estruturação do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída, incluindo:
 - Sinais de alerta;
 - Situações de risco;
 - Estratégias já utilizadas;
 - Rede de apoio;
- Definição de pequenas tarefas terapêuticas para o intervalo entre sessões (ex.: registo de situações de risco).

Resultados esperados:

- Maior compreensão do conceito e do processo de recaída;
- Aumento da consciência dos gatilhos pessoais e sinais precoces;
- Maior capacidade de auto observação emocional e comportamental;
- Reforço do envolvimento ativo no plano terapêutico;
- Plano Pessoal de Prevenção da Recaída estruturado e funcional.

Sessão 2

Objetivos:

- Explorar a aplicação das estratégias definidas na sessão anterior;
- Identificar situações de risco recentes ou antecipadas;
- Desenvolver e treinar estratégias de coping adaptativas;
- Promover competências de regulação emocional;
- Identificar e modificar pensamentos disfuncionais associados à recaída;
- Reforçar a autoeficácia e o sentido de controlo;
- Ajustar o Plano Pessoal de Prevenção da Recaída, se necessário.

Desenvolvimento:

- Exploração da sessão anterior e das estratégias aplicadas pelo utente;
- Treino de estratégias de coping adaptativas (emocionais, cognitivas e comportamentais);
- Treino de regulação emocional (ex.: respiração, grounding, imaginação guiada);
- Reestruturação cognitiva de pensamentos associados à recaída;
- Reforço da autoeficácia e do sentido de controlo;
- Ajuste do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída, se necessário.

Resultados esperados:

- Maior consciência dos gatilhos pessoais;
- Aumento da capacidade de resposta adaptativa;
- Reforço do compromisso com o processo terapêutico.

Sessão 3 - Avaliação Final**Objetivos:**

- Avaliar a evolução clínica global do utente ao longo do programa;
- Reavaliar fatores de risco e fatores de proteção para a recaída;
- Avaliar a capacidade do utente para reconhecer sinais precoces de alerta;
- Avaliar a utilização e eficácia das estratégias de coping aprendidas;
- Reavaliar a motivação para a mudança e manutenção dos ganhos;
- Consolidar o Plano Pessoal de Prevenção da Recaída;
- Reforçar a autonomia, a responsabilização e o autocuidado.

Desenvolvimento:

- Avaliação global da evolução clínica do utente;
- Reavaliação dos fatores de risco e fatores de proteção;
- Avaliação da capacidade de reconhecimento precoce de sinais de alerta;
- Avaliação da utilização das estratégias aprendidas;
- Reavaliação da motivação para a mudança;
- Reforço das estratégias eficazes identificadas pelo utente;
- Consolidação do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída;
- Clarificação de recursos de apoio e rede de suporte;
- Reforço da autonomia e responsabilização do utente.

Resultados esperados:

- Diminuição da vulnerabilidade à recaída;
- Maior capacidade de autorregulação emocional;
- Aumento da percepção de controlo e autoeficácia;
- Plano de prevenção da recaída estruturado e funcional.

Sessão Follow up:**Objetivos:**

- Avaliar a evolução do utente desde a última sessão;
- Analisar a aplicação prática das estratégias de prevenção da recaída;
- Reforçar competências adquiridas e corrigir dificuldades;
- Consolidar o Plano Pessoal de Prevenção da Recaída;
- Promover autonomia e continuidade do autocuidado.

Desenvolvimento:

- Monitorização da evolução do utente após 2 meses;
- Avaliação do estado emocional atual e da percepção de controlo;
- Adesão ao acompanhamento no CRI de Braga - Pólo de Braga;
- Capacidade de reconhecer sinais de alerta para recaída;
- Utilização das estratégias aprendidas e eficácia;
- Reforço das estratégias eficazes;

- Ajuste ou reformulação das estratégias menos adaptativas;
- Manutenção da abstinência;
- Reforço da autoeficácia, autonomia e responsabilidade no autocuidado;
- Discussão do Plano de Continuidade (Seguimento, consultas, recursos...)

Resultados esperados:

- Consolidação das competências de prevenção da recaída;
- Maior confiança na gestão autónoma de situações de risco;
- Manutenção do compromisso com o autocuidado;
- Plano Pessoal de Prevenção da Recaída ajustado e sustentável;
- Redução do risco de recaída a médio prazo.

Referências Bibliográficas

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2023). *V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022: Relatório final*. SICAD – ~~Direção-Geral~~ da Saúde. <https://hdl.handle.net/10400.26/51029>

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2025). *European drug report 2025: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

Ordem dos Enfermeiros. (2018, 7 de agosto). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (Diário da República, 2.ª série n.º 151). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento-515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf

Apêndice XVII – Intervenção em Consultas Individuais de ESMP – Prevenção de Recaídas em Comportamentos Aditivos

Título da Sessão: Sessão 0 – Avaliação Inicial	Nº da Sessão: 1	Data: 12/02/26	Tempo de Duração: 30 min
População-Alvo: - Utente do CRI com historial de comportamentos aditivos e dependências com substâncias; - Situação de abstinência mantida; - Risco de recaída; - Necessidade de reforço de estratégias de coping.		Diagnósticos de Enfermagem: - Risco de recaída nos comportamentos aditivos; - Coping ineficaz; - Autocontrolo comprometido; - Ansiedade.	
Fundamentação: A recaída nos comportamentos aditivos é atualmente reconhecida como um fenómeno frequente durante o processo de recuperação, integrando a natureza crónica e recidivante das dependências. Diversos autores referem que o retorno ao consumo não deve ser interpretado como falha pessoal ou terapêutica, mas como parte de um percurso complexo, influenciado por fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e contextuais (McLellan et al., 2000; Marlatt & Donovan, 2005). Mesmo após períodos de abstinência mantida, a pessoa permanece vulnerável à recaída, sobretudo em situações de stresse, impulsividade, dificuldades de autorregulação emocional e exposição a contextos de risco. A consulta de enfermagem de saúde mental constitui, assim, um espaço privilegiado para a o desenvolvimento de intervenções estruturadas de prevenção da recaída, permitindo uma abordagem sistemática e individualizada. Através da avaliação dos fatores de risco e de proteção, da promoção do autoconhecimento e do desenvolvimento de estratégias adaptativas de coping, o EESMP contribui para a redução da vulnerabilidade à recaída e para a manutenção da abstinência.			
Objetivos: - Estabelecer relação terapêutica e clima de confiança; - Realizar avaliação global de enfermagem em saúde mental; - Identificar necessidades, fatores de risco e fatores protetores; - Explorar a motivação do utente para a mudança; - Definir objetivos terapêuticos realistas e partilhados; - Iniciar o Plano Pessoal de Prevenção da Recaída.		Procedimento: - A consulta inicia-se com uma avaliação global e especializada, centrada na pessoa, seguindo o modelo de “Consulta de Acolhimento de Enfermagem do CRI”, bem como com a apresentação do projeto e das sessões, garantindo a compreensão e o consentimento informado do utente; - Identificação de necessidades, nomeadamente dificuldade na gestão do stress, défice de estratégias de coping e necessidade de cessação tabágica; - Definição de objetivos realistas e alcançáveis, incluindo a implementação da regra dos 10 minutos, o envolvimento ativo no processo terapêutico, o reconhecimento de situações de risco e a identificação e regulação das emoções; - Seleção de intervenções terapêuticas, designadamente entrevista motivacional e treino de estratégias de coping; - Elaboração de um plano pessoal de prevenção da recaída.	
Recursos/Material: - Modelo de Consulta Inicial Enfermagem de Saúde Mental; - Sala de consulta individual; - Instrumentos de registo; - Plano de Ação na Prevenção de Recaídas; - Material de escrita.		Metodologias e Técnicas: - Abordagem centrada na pessoa; - Entrevista clínica e motivacional semiestruturada; - Escuta ativa e Comunicação terapêutica; - Questionamento aberto e reflexivo; - Validação emocional.	
Avaliação dos resultados / Resultados esperados: - Estabelecimento de relação terapêutica eficaz; - Utente envolvido e colaborante no processo;			

- Necessidades e fatores de risco identificados; - Objetivos terapêuticos definidos de forma partilhada; - Plano Pessoal de Prevenção da Recaída iniciado; - Aumento da consciência do utente sobre o seu processo de recaída.
Avaliação Final: A sessão decorreu de forma positiva, tendo sido possível estabelecer um ambiente terapêutico seguro e facilitador da comunicação. O utente demonstrou-se atento, colaborante e disponível para participar ao longo da consulta, apresentando uma postura recetiva à exploração dos temas abordados e verbalizando de forma espontânea a sua experiência, dificuldades e expectativas face ao processo terapêutico. Os objetivos definidos para a sessão foram globalmente alcançados, nomeadamente ao nível da avaliação das necessidades, da identificação de fatores de risco e da definição inicial de estratégias de intervenção. A participação ativa do utente permitiu uma exploração significativa das suas dificuldades na gestão do stress, da ausência de estratégias de coping eficazes e da motivação para a cessação tabágica, contribuindo para uma maior consciência do seu processo e para o envolvimento no plano terapêutico. Do ponto de vista reflexivo, a sessão evidenciou a importância da escuta ativa, da validação emocional e da criação de um espaço de confiança como elementos facilitadores da expressão e do envolvimento do utente. A disponibilidade comunicacional e a colaboração demonstradas favoreceram a construção da relação terapêutica e constituíram fatores facilitadores para o desenvolvimento das intervenções subsequentes, reforçando a pertinência da abordagem centrada na pessoa e da utilização de estratégias motivacionais no contexto da prevenção da recaída.

Título da Sessão: Sessão 1	Nº da Sessão: 2	Data: 05/03	Tempo de Duração: 45 min
Objetivos: - Consolidar a relação terapêutica iniciada na Sessão 0; - Promover compreensão aprofundada do processo de recaída; - Ajudar o utente a reconhecer gatilhos, sinais precoces e padrões pessoais; - Desenvolver consciência emocional e comportamental; - Estruturar o Plano Pessoal de Prevenção da Recaída iniciado na Sessão 0.		Procedimento: - Exploração breve da experiência do utente desde a Sessão 0; - Revisão dos objetivos definidos e validação da motivação para a mudança; - Psicoeducação sobre: Recaída como processo; Fases da recaída; Relação entre stress, impulsividade, autoestima e recaída; - Identificação conjunta de: Gatilhos internos e externos; Sinais precoces de alerta; - Exploração das respostas habituais do utente face às situações de risco; - Identificação de fatores protetores e recursos pessoais; - Definição de pequenas tarefas terapêuticas para o intervalo entre sessões.	
Recursos/Material: - Sala de consulta individual; - Guião do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída; - Material de escrita; - Material psicoeducativo de apoio.		Metodologias e Técnicas: - Abordagem centrada na pessoa; - Entrevista clínica e motivacional semiestruturada; - Comunicação terapêutica e escuta ativa;	
Resultados esperados: - Maior compreensão do conceito e do processo de recaída; - Aumento da consciência dos gatilhos pessoais e sinais precoces; - Maior capacidade de auto observação emocional e comportamental; - Reforço do envolvimento ativo no plano terapêutico; - Plano Pessoal de Prevenção da Recaída estruturado e funcional.			

Avaliação Final:

A sessão decorreu de forma positiva, verificando-se a continuidade e o reforço da relação terapêutica previamente estabelecida. O utente manteve uma postura colaborante, demonstrando interesse e envolvimento durante a consulta a pesar de que no início fica um bocado distante a dizer que se vou fazer questões muito pessoais que não quer continuar, mais com respeito conseguimos fazer a sessão sem maior problema, com participação ativa na exploração dos conteúdos abordados e disponibilidade para refletir sobre a sua experiência pessoal.

Os objetivos definidos foram globalmente atingidos, tendo sido possível promover uma compreensão mais aprofundada do processo de recaída e apoiar o utente no reconhecimento de gatilhos internos e externos, bem como na identificação de sinais precoces de alerta e padrões comportamentais associados a situações de risco. A exploração das respostas habituais do utente permitiu favorecer a consciência emocional e comportamental, contribuindo para uma maior capacidade de autoobservação e para o fortalecimento do insight sobre o seu processo de recuperação e tentar que possa ser utilizado quando deixar de fumar.

Foi particularmente difícil conseguir fazer a parte psicoeducativa, posto que é um utente que fala muito e que não está muito disposto a receber informação sobre recaídas porque leva “20 anos” sem consumir, é por isso que teve de procurar alternativas na conversa para conseguir chegar ao ponto que precisava, mais com esforço foi atingido o objetivo.

A definição de pequenas tarefas terapêuticas para o período entre sessões revelou-se adequada, promovendo a continuidade do trabalho terapêutico e a responsabilização do utente.

Do ponto de vista reflexivo, a sessão evidenciou a importância da psicoeducação aliada à comunicação terapêutica e a informação na promoção da consciência e do envolvimento do utente. A disponibilidade para a reflexão e a participação ativa constituíram fatores facilitadores da intervenção, reforçando a pertinência de uma abordagem centrada na pessoa e orientada para a prevenção da recaída.

Título da Sessão: Sessão 2	Nº da Sessão: 3	Data: 19/03	Tempo de Duração: 45 min
Objetivos: - Explorar a sessão anterior; - Identificar situações de risco recentes ou antecipadas; - Desenvolver e treinar estratégias de coping adaptativas; - Promover competências de regulação emocional; - Identificar e modificar pensamentos disfuncionais associados à recaída; - Reforçar a autoeficácia e o sentido de controlo; - Terminar o projeto.		Procedimento: - Exploração da sessão anterior e das estratégias aplicadas pelo utente; - Treino de estratégias de coping adaptativas; - Treino de regulação emocional; - Reestruturação cognitiva de pensamentos associados à recaída; - Reforço da autoeficácia e do sentido de controlo; - Terminado o projeto, e por tanto as sessões.	
Recursos/Material: - Sala de consulta individual; - Guião do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída; - Material de escrita; - Material psicoeducativo de apoio.		Metodologias e Técnicas: - Abordagem centrada na pessoa; - Entrevista clínica e motivacional semiestruturada; - Comunicação terapêutica e escuta ativa.	
Resultados esperados: - Maior consciência dos gatilhos pessoais; - Aumento da capacidade de resposta adaptativa; - Reforço do compromisso com o processo terapêutico.			

Avaliação Final:

A sessão decorreu de forma positiva, mantendo-se o envolvimento e a colaboração demonstrados pelo utente nas sessões anteriores. O utente apresentou-se disponível para refletir sobre a aplicação das estratégias previamente definidas, evidenciando capacidade de autoobservação e partilhando exemplos concretos de situações em que procurou mobilizar estratégias de coping e regulação emocional, ademais de procurar tempo para implementar novas rotinas mais saudáveis física e psicologicamente.

Os objetivos estabelecidos foram globalmente alcançados, tendo sido possível treinar estratégias de coping adaptativas, identificar situações de risco recentes e treinar também as estratégias de regulação emocional. Paralelamente, verificou-se um reforço da autoeficácia e do sentido de controlo, com maior confiança na gestão de situações de risco.

Importa referir que, devido ao término do período de estágio e à impossibilidade do utente em manter a continuidade das sessões previstas, o projeto teve de ser concluído nesta sessão. Esta decisão foi previamente discutida e acordada com o utente, tendo sido realizada uma explicação clara acerca do encerramento do acompanhamento no âmbito do projeto, bem como o reforço das estratégias trabalhadas e dos recursos de suporte disponíveis, assegurando uma finalização terapêutica estruturada e compreendida.

Apêndice XVIII – Formação em Serviço– “Burnout e Inteligência Emocional no Contexto de Trabalho em Saúde”

Título da Sessão: Sessão de Psicoeducação: Burnout e Inteligência Emocional no Contexto de Trabalho em Saúde		Nº da Sessão: 1
Data: 09/03/26	População-Alvo: 17 profissionais, dos quais 4 enfermeiros	Duração: 30 min.
Fundamentação: Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os profissionais de saúde são uma das classes profissionais mais afectadas pelo ‘burnout’. Mais de 70% dos profissionais de saúde assumem estar exaustos, sendo que destes, 58% aproximam-se de "uma situação de esgotamento". Um estudo que foi divulgado em Portugal pela Universidade do Minho em parceria com a OE revelou que 1 / 5 Enfermeiros trabalhava já em situação de exaustão e 2 / 3 trabalhavam com um nível de stress muito elevado. Assim, torna-se essencial uma intervenção psicoeducativa sobre o Burnout, a Inteligência Emocional e Estratégias.		
Diagnósticos de Enfermagem: Risco de Exaustão Emocional		
Objetivo Geral: Promover a consciência e estratégias sobre o burnout e desenvolver competências de inteligência emocional, que favoreçam o bem-estar, a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados prestados.	Objetivos Específicos: Introduzir o conceito do Burnout. Identificar sinais e sintomas do burnout. Refletir sobre fatores de risco que contribuem para o esgotamento. Introduzir o conceito de inteligência emocional e suas dimensões. Explorar estratégias práticas de gestão emocional e autocuidado no ambiente de trabalho. Favorecer um espaço de partilha e apoio entre os profissionais.	
Procedimento: Realização da Escala CBI + Resultados. Acolhimento e Apresentação: Acolhimento e agradecimentos; Apresentação breve sobre a sessão. Exposição Teórico – Interativa: Conceito e características do Burnout; Fatores de risco, sinais e sintomas; Dinâmica sobre mitos e verdades; Dinâmica do “Termómetro das Emoções”; Definição de Estratégias de Prevenção; Introdução ao conceito de Inteligência Emocional e as suas 5 componentes; E diferentes momentos participativos durante a sessão. Síntese e Feche: Breve momento para partilha de opiniões; Aplicação do Questionario de Avaliação.		
Recursos/Material: Escala CBI. Sala tranquila. PowerPoint. Computador e projetor. Questionario de satisfação.	Metodologias e Técnicas: Exposição dialogada e psicoeducativa. Dinâmica de grupo. Partilha de experiências.	
Tipo de Avaliação: Avaliação qualitativa e participativa. Observação da participação, interesse e envolvimento dos profissionais. Aplicação de uma breve ficha de avaliação da sessão no final sobre a eficácia da intervenção psicoeducativa e o feedback dos participantes.		
Avaliação Final: A sessão decorreu de forma muito positiva, verificando-se uma participação ativa e interesse por parte dos profissionais presentes. No total estiveram presentes 17 participantes, incluindo médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros. No entanto, para a análise dos resultados relativos à identificação de sinais de burnout e ao questionário de avaliação da sessão, foram considerados os dados recolhidos junto dos quatro enfermeiros presentes, uma vez que a intervenção foi inicialmente direcionada a este grupo profissional.		

Nesta sessão observou-se um elevado nível de envolvimento e colaboração por parte dos participantes, que contribuíram com partilha de experiências e reflexões relacionadas com o tema abordado. As dinâmicas realizadas, nomeadamente o “Termómetro das Emoções” “Atividade dos sinais e sintomas” e os momentos de discussão sobre mitos e verdades associados ao burnout, facilitaram a participação e promoveram um espaço de reflexão sobre o impacto do stress profissional no contexto de trabalho em saúde. De forma global, considera-se que os objetivos definidos para a sessão foram atingidos, tendo sido possível promover a sensibilização para o fenómeno do burnout, identificar alguns sinais e fatores de risco associados e refletir sobre estratégias de prevenção e gestão emocional. A sessão permitiu ainda reforçar a importância da inteligência emocional e do autocuidado como elementos fundamentais para a promoção do bem-estar dos profissionais e para a qualidade dos cuidados prestados.

Respostas da Atividade

Sinais	Marquem ✓ nos sinais que sentem com mais frequência
Físicos	2 respostas
Emocionais	3 respostas
Comportamentais	2 respostas

Subescala

Burnout pessoal
Burnout relacionado ao trabalho
Burnout relacionado ao utente

Média (%)

56%
54%
48%

Nível de Burnout

Moderado
Moderado
Baixo

Nível de agotamiento

Baixo

Moderado

Alto

Puntaje aproximado

0 – 49

50 – 74

75 – 100

Burnout e Inteligência Emocional no Contexto de Trabalho em Saúde

Data: _____ 09/03/26 _____

Local: _____ Sala de Reuniões _____

Profissão/Função: _____ Enfermeiros/as _____

1. Avaliação Geral da Sessão:

Assinale com um “x” o número que melhor representa a sua opinião:
(1 = Discordo totalmente / 5 = Concordo totalmente)

Item	1	2	3	4	5
A sessão foi clara e de fácil compreensão.	☐	☐	☐	☐	☒ 4
Os conteúdos abordados foram relevantes para o meu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☒ 4
A sessão contribuiu para aumentar o meu conhecimento sobre o burnout.	☐	☐	☐	☐	☒ 4
A sessão ajudou-me a refletir sobre a minha forma de lidar com o stress.	☐	☐	☐	☐	☒ 4
As estratégias de autocuidado apresentadas são úteis e aplicáveis.	☐	☐	☐	☐	☒ 4
O ambiente da sessão favoreceu a partilha e o diálogo.	☐	☐	☐	☒ 2	☒ 2
De forma geral, fiquei satisfeito(a) com a sessão.	☐	☐	☐	☐	☒ 4

2. Questões Opcionais:

1. O que mais gostou na sessão?

X1 – Gostei da forma clara que o tema foi apresentado e a pertinência do mesmo

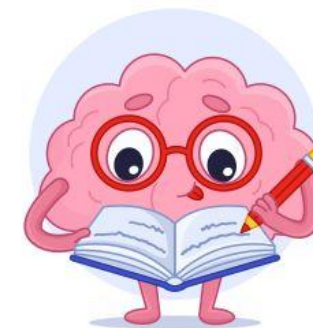
X1 – A forma de apresentação

2. O que poderia ser melhorado?

3. X1 – Mais aprofundado

4. Gostaria de participar em futuras sessões sobre temas semelhantes?

☐ Sim (x4) ☐ Não (x0) ☐ Talvez (x0)



Burnout & Inteligência Emocional

"Cuidar sem se queimar"

Sandra Gonçalves

O que é o Burnout?



Exaustão, despersonalização, perda de sentido

A OMS em 2019, definiu o Burnout como: Síndrome conceptualizada como resultante do stress crónico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso. É caracterizada por três dimensões:

1. Sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia.
2. Aumento da distância mental do trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho.
3. Eficácia profissional reduzida.

Sinais e Sintomas



Físicos:

- Fadiga constante
- Dores de cabeça e musculares
- Distúrbios do sono
- Problemas gastrointestinais



Emocionais:

- Sensação de esgotamento e exaustão
- Irritabilidade e impaciência
- Impotência e desesperança
- Dificuldade de concentração



Comportamentais:

- Isolamento social
- Absentismo no trabalho
- Menor produtividade
- Atitudes negativas

(Fernandes, Oliveira, Costa, Mendes, & Marques, 2019)

Mito ou verdade?

- Burnout é apenas stress temporário
- Os profissionais de saúde tem alta possibilidade de o sofrer
- Burnout afeta apenas o desempenho no trabalho
- Burnout é uma forma de depressão
- Pode acontecer a qualquer pessoa
- O burnout é coisa de quem não aguenta o ritmo
- É só cansaço
- Burnout é apenas um problema individual, não organizacional
- Uma semana de férias pode curar o burnout

O Burnout nos Profissionais de Saúde

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os profissionais de saúde são uma das classes profissionais mais afetadas pelo "burnout".

Mais de 70% dos profissionais de saúde assumem estar exaustos, sendo que destes, 58% aproximam-se de "uma situação de esgotamento".

Um estudo que foi divulgado em Portugal pela Universidade do Minho, em parceria com a OEF revelou que 1 / 3 dos Enfermeiros trabalhava já em situação de exaustão e 2 / 3 trabalhavam com um nível de stress muito elevado.

Fatores de risco

Fatores ambientais do contexto hospitalar:

- Exposição a riscos químicos e físicos.
- Problemas administrativos.
- Sobrecarga quantitativa de trabalho.
- Sobrecarga qualitativa de trabalho.

Fatores individuais:

- Personalidade e recursos de enfrentamento.
- Características demográficas.
- Autoestima.

Fatores sociais do contexto hospitalar:

- Conflitos interpessoais e interprofissionais.
- Estrutura hierárquica rígida, limitação da autonomia e atitudes por status e controle.

Termómetro das Emoções

NO LIMITE
EXAUSTA
TEUSA
AFERTA
CALMA

Estratégias de Prevenção

- Melhorar a comunicação e as relações na equipa multiprofissional.
- Treinamento dos funcionários, reestruturação de tarefas e condições de trabalho.
- Flexibilidade de horário, autonomia laboral e participação em decisões.
- Plano de carreira e melhoria das condições físico-ambientais.
- Estratégias combinadas, assolar intervenções individuais e organizacionais para modificar simultaneamente condições de trabalho, percepção do profissional e modos de enfrentamento.

Estratégias Individuais

- Treinamento em habilidades comportamentais e cognitivas de coping.
- Meditação;
- Prática regular de atividade física;
- Autocuidado: descanso adequado, equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, hobbies;
- Participação em grupos de suporte e terapias cognitivas.

Inteligência Emocional (IE)

Capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções em si mesmo e nos outros, na distinção entre ambos e na utilização desta informação para guiar o pensamento e as ações.

Ajuda como fator protetor contra o Burnout, pois ajuda o profissional a compreender, controlar e expressar adequadamente suas emoções diante de situações estressantes.

Profissionais com maior IE tendem a:

- Lidar melhor com o stress do ambiente laboral.
- Manter relações interpessoais mais saudáveis.
- Reconhecer sinais de esgotamento emocional precocemente.
- Recuperar-se emocionalmente com mais facilidade após eventos difíceis.

Luiza, B. C. (2019)

Componentes da IE

3. Empatia

Capacidade que se desenvolve na autoconsciência emocional e permite compreender as expressões não verbais dos outros, reconhecendo suas necessidades e desejos.

Exemplos:

Perceber medo no paciente antes de um procedimento;

Ajustar comunicação ao estado emocional do familiar;

Validar sentimentos sem julgamento.



Componentes da IE

4. Sociabilidade

É a capacidade de interagir com outros indivíduos, utilizando as competências sociais para aprofundar as relações sociais.

Exemplos:

Resolver conflitos na equipa.

Comunicar com clareza em situações críticas.

Criar ambiente de apoio entre colegas.



Componentes da IE

1. Autoconsciência

Significa ter um profundo conhecimento das suas próprias emoções, pontos fortes, fraquezas, necessidades e motivações.

Exemplos:

Um enfermeiro que percebe que está irritado após um turno longo e evita descontentar no doente.

Reconhecer sinais de exaustão antes de atingir o limite.

Admitir quando precisa de apoio.



Luiza, B. C. (2019)

Componentes da IE

2. Automotivação

Capacidade de conseguir dirigir as emoções a serviço de um objetivo ou realização pessoal, tornando-se altamente produtivo e eficaz em tudo o que faz.

Exemplos:

Continuar empenhado apesar de sobrecarga.

Manter propósito no cuidado ao paciente.

Transformar desafios em crescimento profissional.



Componentes da IE

5. Autocontrole

É a habilidade de lidar com os próprios sentimentos, adequando-os a cada situação vivida com o intuito de alcançar as metas anteriormente estipuladas.

Exemplos:

Manter calma em emergência.

Controlar frustração perante erro.

Responder de forma profissional a críticas.



Muito Obrigada