



Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Intervenção em Crise: Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Discente:

Núria Filipa da Silva Coelho



Universidade Politécnica
de Viana do Castelo

Núria Filipa da Silva Coelho
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

Intervenção em Crise: Desenvolvimento de Competências do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Lia Sousa

Junho de 2026

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Núria Filipa da Silva Coelho, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração do presente Relatório de Mestrado de Natureza Profissional.

Declaro que, em todo o trabalho conducente à sua elaboração, não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados, fabricação de dados ou prática de plágio, entendendo-se este como a apropriação indevida, total ou parcial, de ideias, textos, resultados ou qualquer outro trabalho intelectual pertencente a terceiros, assumindo-os como próprios.

Mais declaro que todas as ideias, conceitos, dados, imagens, tabelas e citações provenientes de trabalhos de outros autores foram devidamente identificados e referenciados de acordo com as normas científicas aplicáveis. Sempre que foi utilizada informação baseada em trabalhos previamente publicados, procedeu-se à respetiva referência bibliográfica ou à sua reformulação por palavras próprias, mantendo a identificação da fonte original.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste percurso académico representa muito mais do que a obtenção de um grau académico. Representa um caminho de crescimento pessoal, profissional e humano, construído através de desafios, aprendizagens, momentos de superação e, sobretudo, do apoio de pessoas que fizeram a diferença ao longo desta caminhada.

À Professora Doutora Lia Sousa, orientadora deste relatório, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação, disponibilidade e exigência demonstradas ao longo de todo o percurso. A sua capacidade de organização, objetividade e pragmatismo foram fundamentais para a concretização deste trabalho. A segurança e confiança que transmite permitiram-me enfrentar cada etapa com maior tranquilidade e determinação, contribuindo significativamente para o meu crescimento académico e profissional.

Aos enfermeiros especialistas que me acompanharam nos diferentes contextos de estágio, o meu sincero agradecimento pela partilha de conhecimentos, pela orientação prestada e pela forma como contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

À Vincência, colega de mestrado que se tornou amiga, agradeço a partilha constante, o apoio nos momentos mais exigentes, as dúvidas esclarecidas, as gargalhadas e a companhia ao longo desta jornada. Este percurso tornou-se mais leve por ter sido partilhado contigo.

Ao Enfermeiro Chefe Rui, pela forma como me recebeu num momento particularmente difícil da minha vida profissional. Pela serenidade com que sempre me transmitiu que não existem problemas sem solução e pela disponibilidade constante para ajudar. Em tão pouco tempo, tornou-se uma referência de apoio, confiança e segurança, demonstrando uma capacidade rara de fazer a diferença na vida das pessoas que lidera.

À Enfermeira Especialista Cecília, pela ajuda preciosa num momento em que me sentia perdida e em crise. Pela capacidade de me ajudar a encontrar estratégias, reorganizar pensamentos e continuar o caminho quando este parecia mais difícil. A sua ajuda teve um significado que jamais esquecerei.

À Eduarda e à Ana Sofia, amigas de coração, agradeço os momentos de alegria, descontração e amizade genuína. No meio das exigências da vida, conseguiram sempre proporcionar momentos inesquecíveis, capazes de devolver energia, ânimo e sorrisos quando mais eram necessários.

À Carla, agradeço a amizade genuína e a presença diária que fizeram deste percurso um caminho mais leve. Por estar sempre disponível, não apenas para celebrar os momentos felizes, mas também para enfrentar comigo as dificuldades, as dúvidas e os dias menos bons. A sua amizade, apoio constante e capacidade de estar presente em qualquer circunstância foram um verdadeiro suporte ao longo desta caminhada.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional de sempre. Pela ajuda constante, pela disponibilidade para cuidar dos meus filhos sempre que necessário e por serem um porto seguro em todas as etapas da minha vida. Sem o vosso apoio, muitas das decisões e desafios que abracei não teriam sido possíveis.

Ao meu irmão, à minha cunhada e aos meus sobrinhos, pelo carinho e incentivo constantes. Ao meu irmão, em particular, por ter sido um dos grandes impulsionadores do meu percurso académico, incentivando-me a acreditar nas minhas capacidades e a ter coragem para iniciar o curso base. O seu apoio e confiança foram fundamentais em momentos decisivos da minha vida.

Aos meus filhos, Afonso e Lucas, o meu maior agradecimento. Por serem a minha maior força, a minha inspiração diária e a razão pela qual procuro ser melhor todos os dias. Obrigada pelos abraços, pelos beijinhos, pelos sorrisos e pela forma tão bonita como sempre me recebem, mesmo quando o tempo disponível para estar convosco não foi aquele que eu desejava. Cada conquista minha tem sempre um pouco de vocês.

Por último, ao meu marido, a quem dificilmente conseguirei agradecer o suficiente. Sem ti, este percurso simplesmente não teria sido possível. Obrigada por seres apoio, segurança, equilíbrio, carinho e força nos momentos mais difíceis. Obrigada por acreditares em mim mesmo quando eu duvidei, por estares presente em cada desafio e por me mostrares, dia após dia, que quando caminhamos juntos somos capazes de ultrapassar qualquer obstáculo. Esta conquista é também tua.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para este percurso e para a concretização deste trabalho, deixo o meu mais sincero agradecimento.

Muito obrigada.

PENSAMENTO

" A nossa maior tragédia é não saber o que fazer com a vida."

José Saramago In Caim

(Saramago, 2009)

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tendo como finalidade analisar criticamente o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ao longo dos diferentes contextos de estágio, Unidade de Cuidados na Comunidade, Internamento de Psiquiatria de Agudos e Respostas Diferenciadas na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências, bem como aprofundar o conhecimento científico acerca dos efeitos da intervenção em crise na pessoa adulta com doença mental. A diversidade destes contextos possibilitou o contacto com diferentes realidades assistenciais e com necessidades em saúde mental ao longo do ciclo vital.

Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura com o objetivo de avaliar os efeitos da intervenção em crise realizada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na pessoa adulta com doença mental. A escolha desta temática decorreu do interesse académico, profissional e pessoal pela área da saúde mental, particularmente pela intervenção em crise, considerando a sua relevância na abordagem de situações de instabilidade emocional e comportamental que exigem intervenções especializadas, oportunas e sustentadas na evidência científica. A revisão integrativa evidenciou que intervenções precoces, relacionais e não coercivas contribuem para a redução da agressividade, diminuição do recurso a medidas restritivas e melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental.

O percurso formativo permitiu o desenvolvimento progressivo de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica através da implementação de intervenções de promoção da saúde mental, prevenção da crise, intervenção psicoterapêutica, psicoeducação, apoio a cuidadores informais e prevenção da recaída em comportamentos aditivos.

Palavras-chave: ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA; ENFERMEIRO ESPECIALISTA; INTERVENÇÃO EM CRISE; PESSOA ADULTA.

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the Professional Internship with Final Report Course Unit, integrated in the First Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the School of Health of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo. Its purpose was to critically analyse the process of developing common and specific competencies of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist across different clinical placement settings, namely Community Care Units, Acute Psychiatric Inpatient Care and Specialized Responses in Addictive Behaviours and Dependencies, as well as to deepen scientific knowledge regarding the effects of crisis intervention in adults with mental illness. The diversity of these settings enabled contact with different care realities and mental health needs throughout the life cycle.

An Integrative Literature Review was conducted with the aim of evaluating the effects of crisis intervention carried out by the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist in adults with mental illness. The choice of this topic stemmed from academic, professional and personal interest in the field of mental health, particularly crisis intervention, given its relevance in addressing situations of emotional and behavioural instability that require specialized, timely and evidence-based interventions. The integrative review demonstrated that early, relational and non-coercive interventions contribute to reducing aggressiveness, decreasing the use of restrictive measures and improving the quality of mental health care. The training pathway enabled the progressive development of common and specific competencies of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist through the implementation of mental health promotion interventions, crisis prevention, psychotherapeutic interventions, psychoeducation, support for informal caregivers and relapse prevention in addictive behaviours.

Keywords: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; NURSE SPECIALIST; CRISIS INTERVENTION; ADULT.

LISTA DE SIGLAS

CRI – Centro de Respostas Integradas

EE – Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale

JI – Jardim de Infância

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências

MIPE - Modelo de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem

NGASR - Escala Global de Avaliação do Risco de Suicídio

OE – Ordem dos Enfermeiros

PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale

PBE - Prática Baseada na Evidência

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

SUMÁRIO

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE	II
AGRADECIMENTOS	III
PENSAMENTO	V
RESUMO	VI
ABSTRACT	VII
LISTA DE SIGLAS	VIII
SUMÁRIO	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	0
ÍNDICE DE QUADROS	0
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.....	4
1. AS TEORIAS QUE SUSTENTARAM O PROCESSO FORMATIVO.....	6
1.1. TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU	7
1.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS.....	11
2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO.....	17
2.1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM INTERNAMENTO DE AGUDOS	18
2.2. ESTÁGIO DE NATUZA PROFISSIONAL NA COMUNIDADE	21
2.3. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM UNIDADES ESPECIALIZADAS.....	22
3. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	25
3.1. OS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	27
3.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional e ética legal	27
3.1.2. Melhoria contínua da qualidade	32
3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados.....	34
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	36
4. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	40
4.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE AGUDOS	42
4.2. NO CONTEXTO DE COMUNIDADE	46
4.3. NO CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	50
4.4. A CONTRIBUIÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA PARA A CONSTRUÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	53
PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA	56

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: “O EFEITO DA INTERVENÇÃO EM CRISE REALIZADO PELO EEESMP NA PESSOA ADULTA COM DOENÇA MENTAL”	58
1.1. MÉTODO	61
1.2. RESULTADOS	63
1.3. DISCUSSÃO	67
1.4. CONCLUSÕES	70
2. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	71
2.1. DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS	72
2.2. MÉTODOS	75
2.3. RESULTADOS	77
2.4. DISCUSSÃO	78
2.5. CONCLUSÕES	79
3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	81
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	94
ANEXO I- ESCALA DE ROSENBERG.....	95
ANEXO II - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)	98
ANEXO III – ESCALA DAS SÍNDROMES POSITIVA E NEGATIVA - PANSS	102
ANEXO IV – ESCALA DE <i>INSIGHT</i> COGNITIVO DE BECK	104
ANEXO V – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR - ZARIT	106
ANEXO VI – ESCALA GLOBAL DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO.	108
APÊNDICES	110
APÊNDICE I – SESSÕES DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS JI E 1º CICLO	111
APÊNDICE II – SESSÕES DE HIGIENE DO SONO 6º ANO	118
.....	119
APÊNDICE III – PROJETO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS	121
APÊNDICE IV – PLANEAMENTO DE SESSÕES DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS E HIGIENE DO SONO.....	126
APÊNDICE V – PLANEAMENTO DE SESSÃO CUIDADOR INFORMAL	130
APÊNDICE VI – PANFLETO PARA CUIDADORES	132
.....	133
APÊNDICE VII – FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS UCC	134
APÊNDICE VIII – AVALIAÇÃO INICIAL - AGUDOS.....	138
.....	139

APÊNDICE IX – PLANEAMENTO DE SESSÕES PSICOTERAPÊUTICAS – RELAÇÃO AJUDA E RESTRUTURAÇÃO COGNITIVA.....	141
APÊNDICE X – PLANEAMENTO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA - RELAXAMENTO.....	143
.....	144
APÊNDICE XI – PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA- INTERVENÇÃO EM CRISE	145
.....	146
APÊNDICE XII – PLANEAMENTO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA – PSICOEDUCAÇÃO E SESSÃO REALIZADA	147
APÊNDICE XIII – FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS – INTERNAMENTO DE AGUDOS	149
APÊNDICE XIV – PROJETO PREVENÇÃO DE RECAÍDA - ICAD.....	154
APÊNDICE XV – PLANEAMENTO DA CONSULTA DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA	156
APÊNDICE XVI – PANFLETO PREVENÇÃO DE RECAÍDA.....	158
APÊNDICE XVII – CARTÃO DE BOLSO PARA INCENTIVO AO TRATAMENTO	160
APÊNDICE XVIII – FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS - ICAD	162

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquematisação da Teoria das Transições de Meleis Meleis (adaptado de Silva et al., 2019, p. 39).	13
Figura 2 – Etapas metodológicas da revisão integrativa da literatura, adaptado de Mendes et al. (2008).	63
Figura 3 - Fluxograma da seleção dos estudos consultados	64

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Desenvolvimento das competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.	31
Quadro 2– Desenvolvimento das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.	33
Quadro 3 - Atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio no âmbito do domínio da gestão dos cuidados	36
Quadro 4 - Atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	39
Quadro 5 - Atividades desenvolvidas no contexto de internamento de agudos e competências desenvolvidas/atingidas	46
Quadro 6 - Atividades desenvolvidas no contexto de comunidade e competências desenvolvidas/atingidas.....	49
Quadro 7 - Atividades desenvolvidas no contexto de respostas diferenciadas e competências desenvolvidas/atingidas	52
Quadro 8 - Estudos incluídos na revisão integrativa	66
Quadro 9 – Paralelismo entre as intervenções identificadas na literatura sobre intervenção em crise e a linguagem classificada utilizada em Portugal.....	69
Quadro 10 – Aplicação da evidência científica identificada na RIL nas intervenções desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio	75
Quadro 11 – Síntese dos resultados obtidos nos diferentes contextos de estágio	77

INTRODUÇÃO

A crise em saúde mental constitui um período de desequilíbrio psicológico desencadeado por acontecimentos ou circunstâncias que excedem os mecanismos habituais de adaptação da pessoa, comprometendo temporariamente a sua capacidade de resolução de problemas e de resposta eficaz às exigências da situação (Caplan, 1964). Pode manifestar-se através de sofrimento emocional intenso, alterações comportamentais, ideação suicida, heteroagressividade, agitação psicomotora ou outras manifestações que comprometem o funcionamento global da pessoa (Veloso et al., 2018). Atualmente, a crise é entendida como um fenómeno complexo e multifatorial, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e relacionais, não se restringindo apenas à exacerbação da sintomatologia psiquiátrica, mas constituindo igualmente um momento de vulnerabilidade e potencial transformação (Ferigato et al., 2007; Almeida et al., 2021).

A intervenção em crise assume particular relevância na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma vez que a atuação precoce e especializada pode contribuir para a redução do sofrimento psíquico, prevenção de comportamentos de risco, diminuição do recurso a medidas coercivas e promoção da recuperação da pessoa em situação de crise (Almeida et al., 2021). Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) desempenha um papel fundamental na avaliação, planeamento e implementação de intervenções terapêuticas, mobilizando competências relacionais, psicoterapêuticas, psicoeducativas e de gestão da crise, sustentadas na melhor evidência científica disponível (OE, 2018).

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, constituindo um requisito para a obtenção do grau de Mestre e do título profissional de EEESMP. A sua elaboração decorreu sob orientação da Professora Doutora Lia Sousa.

O relatório encontra-se organizado em duas partes complementares. A primeira parte é dedicada ao percurso de desenvolvimento profissional e à análise reflexiva das competências adquiridas ao longo dos estágios realizados. Inicialmente são apresentados os referenciais teóricos que sustentaram a prática desenvolvida, nomeadamente a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e a Teoria das Transições de Afaf Meleis, evidenciando-se o contributo destes modelos para a compreensão da pessoa e para a fundamentação das intervenções especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Seguidamente, são apresentados os diferentes contextos clínicos onde decorreram os estágios, procedendo-se posteriormente à análise reflexiva do desenvolvimento das

competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE) e das competências específicas do EEESMP, através da descrição e reflexão crítica das intervenções desenvolvidas e das aprendizagens adquiridas ao longo do percurso formativo.

A segunda parte é dedicada à Prática Baseada na Evidência (PBE), integrando uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) subordinada à temática dos efeitos da intervenção em crise realizada pelo EEESMP na pessoa adulta com doença mental. A realização desta revisão permitiu aprofundar conhecimentos numa área central da especialidade e identificar evidência científica relevante para sustentar a prática clínica.

Com base nos princípios da PBE, são posteriormente apresentadas e analisadas as intervenções implementadas ao longo dos diferentes contextos de estágio, nomeadamente em contexto comunitário, de internamento de psiquiatria de agudos e de respostas diferenciadas na área dos comportamentos aditivos e dependências. Esta análise permitiu evidenciar a articulação entre a melhor evidência científica disponível, a tomada de decisão clínica e as necessidades específicas das populações acompanhadas, contribuindo para a fundamentação e qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiátrica.

Por último, é apresentada uma reflexão sobre a aquisição das competências inerentes ao grau de Mestre, evidenciando o contributo da formação académica, da prática clínica e da investigação para o desenvolvimento de uma prática profissional especializada, autónoma e cientificamente fundamentada.

A elaboração do presente relatório seguiu as orientações das *Normas para a Elaboração e Apresentação de Trabalhos Científicos* do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), respeitando igualmente as normas da 7.^a edição da *American Psychological Association* (APA, 2020). A construção do enquadramento teórico assentou numa pesquisa bibliográfica sistemática e criteriosa, recorrendo à consulta de literatura científica relevante, nomeadamente artigos publicados em revistas científicas nacionais e internacionais, obras de referência, documentos institucionais, dissertações de mestrado, teses de doutoramento e bases de dados especializadas na área da saúde. Este processo permitiu assegurar a utilização de evidência científica atual, rigorosa e credível, sustentando a análise crítica e a reflexão desenvolvidas ao longo do trabalho.

**PARTE I – O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

A formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica constitui um percurso exigente de desenvolvimento científico, técnico, relacional e pessoal, orientado para a aquisição de competências que permitam responder de forma diferenciada às necessidades da pessoa, família, grupos e comunidade, nos diversos contextos de cuidados. Este processo formativo implica a articulação entre conhecimento teórico, evidência científica e experiência clínica, promovendo uma prática reflexiva, crítica e centrada na pessoa.

No âmbito da saúde mental, a complexidade dos fenómenos humanos, das experiências de sofrimento psíquico e dos processos de transição e crise exige do EE capacidades acrescidas de avaliação, tomada de decisão clínica, intervenção terapêutica e trabalho interdisciplinar. Neste sentido, o desenvolvimento de competências especializadas traduz-se na capacidade de mobilizar saberes científicos e relacionais para promover a saúde mental, prevenir a doença, intervir em situações de crise, potenciar processos de recuperação e contribuir para a reinserção social da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Paralelamente, a construção destas competências não se limita à aquisição de conhecimentos técnicos, envolvendo igualmente processos de autoconhecimento, maturação profissional e consolidação da identidade enquanto EE. A prática clínica em diferentes contextos assistenciais assume particular relevância, ao proporcionar experiências diversificadas que favorecem a integração entre teoria e prática e o desenvolvimento progressivo de competências comuns e específicas.

A presente parte do relatório incide sobre o percurso de desenvolvimento de competências realizado ao longo da componente clínica do curso, contemplando os referenciais teóricos que sustentaram a prática, a caracterização dos diferentes contextos de estágio e a análise crítica das competências adquiridas enquanto futura EEESMP. Serão igualmente refletidos os contributos da experiência clínica para a construção pessoal e profissional, numa perspetiva de aprendizagem contínua e melhoria da qualidade dos cuidados.

1. AS TEORIAS QUE SUSTENTARAM O PROCESSO FORMATIVO

A construção das teorias de enfermagem está intimamente associada ao desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica e à consolidação da sua identidade profissional. Estes referenciais teóricos permitem organizar o conhecimento próprio da enfermagem, orientar a prática clínica e sustentar intervenções que reconhecem a pessoa como um ser complexo, inserido em contextos relacionais, sociais e culturais (Alligood & Tomey, 2011).

Apesar do seu contributo para a afirmação da enfermagem, alguns autores alertam para uma tendência contemporânea de afastamento das teorias de enfermagem dos contextos de investigação, formação e prática clínica, o que poderá conduzir a uma visão tecnicista do cuidar e à perda do foco na pessoa e na família enquanto centro da intervenção de enfermagem (Bittencourt et al., 2018). Esta realidade reforça a necessidade de valorizar os modelos teóricos como instrumentos essenciais para uma prática reflexiva, crítica e cientificamente fundamentada.

No âmbito da saúde mental, o cuidar em enfermagem assume particular complexidade, exigindo abordagens que integrem a dimensão relacional, emocional e experiencial da pessoa. As teorias de enfermagem oferecem, neste contexto, um suporte conceptual que permite compreender os processos vivenciados ao longo do ciclo de vida e orientar intervenções clínicas ajustadas às necessidades específicas de cada pessoa (Meleis, 2010). Deste modo, o recurso às teorias de enfermagem revela-se fundamental no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados, contribuindo para uma prática centrada na pessoa, promotora de autonomia, adaptação e bem-estar. Para o EEESMP, estes referenciais assumem um papel estruturante, ao sustentarem o estabelecimento de relações terapêuticas significativas e a compreensão dos processos de transição inerentes às experiências de saúde e doença.

Neste enquadramento, serão desenvolvidas ao longo deste capítulo duas teorias de enfermagem particularmente relevantes para a prática clínica em saúde mental: a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau e a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

1.1. TEORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS DE HILDEGARD PEPLAU

A Teoria das Relações Interpessoais, desenvolvida por Hildegard Elizabeth Peplau em 1952, constitui um marco fundamental na enfermagem, particularmente no domínio da saúde mental, ao centrar o cuidado na relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada.

Peplau concebe a enfermagem como um processo interpessoal significativo, no qual a relação estabelecida entre enfermeiro e pessoa assume, por si só, um caráter terapêutico. Esta perspectiva afasta-se de uma visão exclusivamente técnica do cuidar, valorizando a interação humana como meio privilegiado para promover o crescimento pessoal, a aprendizagem e a adaptação às experiências de saúde e de vida. A comunicação terapêutica, a empatia, o respeito mútuo e a compreensão das necessidades expressas pela pessoa constituem pilares centrais desta relação, permitindo transformar a experiência de cuidado num processo de desenvolvimento para ambas as partes envolvidas (Bittencourt et al., 2018).

A teoria estrutura-se em quatro fases sequenciais e interdependentes da relação terapêutica: orientação, identificação, exploração e resolução. A fase de orientação corresponde ao momento inicial da relação, em que a pessoa reconhece a necessidade de ajuda e procura o enfermeiro. Nesta fase, o papel do enfermeiro centra-se na clarificação do problema, na escuta ativa e na redução da ansiedade, criando um contacto de confiança e segurança. Segue-se a fase de identificação, caracterizada pelo fortalecimento da relação terapêutica, em que a pessoa começa a identificar-se com o enfermeiro enquanto figura de apoio, permitindo a definição conjunta de objetivos e o início de uma participação mais ativa no processo de cuidado.

Na fase de exploração, a pessoa utiliza de forma mais autónoma os recursos disponibilizados pelo enfermeiro, desenvolvendo competências pessoais e estratégias que favorecem a sua adaptação à situação vivenciada. O enfermeiro mantém-se disponível para apoiar, esclarecer e orientar, promovendo a progressiva independência da pessoa. Por fim, a fase de resolução corresponde ao término da relação terapêutica, quando as necessidades iniciais são satisfeitas e a pessoa se encontra capacitada para gerir de forma autónoma a sua situação, ocorrendo uma desvinculação saudável da relação estabelecida (Peplau, 1990; Almeida et al., 2005).

Ao longo destas fases, o enfermeiro assume diferentes papéis terapêuticos, nomeadamente o de pessoa de recurso, orientador, professor, conselheiro e líder. Estes papéis não são rígidos, mas ajustam-se às necessidades da pessoa e ao momento específico da relação, permitindo ao enfermeiro facilitar a expressão emocional, promover a compreensão da experiência vivida e apoiar o desenvolvimento de competências adaptativas. Esta flexibilidade reforça a natureza dinâmica da relação terapêutica e evidencia a importância do enfermeiro enquanto agente ativo no processo de cuidar (Bittencourt et al., 2018).

No contexto da prática do EEESMP a Teoria das Relações Interpessoais oferece um referencial estruturante para a intervenção clínica, ao reforçar a centralidade da relação terapêutica como instrumento fundamental do cuidado. A capacidade de

estabelecer uma relação de confiança, sustentada na comunicação terapêutica e na presença intencional, constitui um elemento essencial da prática especializada, permitindo cuidados centrados na pessoa, respeitadores da sua singularidade e promotores da autonomia e do autoconhecimento.

A aplicação da teoria de Peplau na prática clínica em saúde mental permite ao EE compreender o cuidar como um processo relacional contínuo, no qual o enfermeiro não se limita a intervir sobre sintomas ou comportamentos, mas acompanha a pessoa na construção de significados e no fortalecimento dos seus recursos internos (Peplau, 1992). Deste modo, a teoria sustenta uma prática clínica reflexiva e humanizada, em que a relação terapêutica se assume como meio privilegiado para promover mudanças positivas e favorecer o bem-estar psicológico e social da pessoa.

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau apresenta contributos particularmente relevantes para a prática do EEESMP, ao conceber a relação terapêutica como elemento central do processo de cuidar. Esta perspetiva exige do enfermeiro um elevado nível de consciência de si, bem como competências relacionais e comunicacionais que permitam estabelecer uma relação profissional intencional, ética e terapêutica, orientada para as necessidades da pessoa.

O exercício da enfermagem especializada em saúde mental pressupõe que o enfermeiro mobilize a sua própria pessoa como instrumento terapêutico, reconhecendo a influência das suas atitudes, emoções, valores e experiências pessoais na relação estabelecida com a pessoa cuidada. Este princípio encontra consonância com o domínio do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), enquanto competência central do EE, sendo determinante para a construção de relações terapêuticas eficazes e seguras (Regulamento nº515/2018, 2018).

Neste enquadramento, a teoria de Peplau sustenta uma prática clínica baseada na comunicação terapêutica, na empatia e no respeito pela individualidade da pessoa, promovendo cuidados centrados na pessoa e não apenas na sintomatologia apresentada. O EEESMP, ao longo do processo de cuidar, estabelece uma relação que permite à pessoa expressar emoções, clarificar significados e desenvolver maior compreensão sobre a sua experiência, potenciando ganhos em saúde mental.

A dinâmica relacional proposta por Peplau encontra ainda correspondência nas competências específicas do EE, nomeadamente no apoio à pessoa, família, grupos e comunidade ao longo do ciclo de vida, na promoção e recuperação da saúde mental e na prestação de cuidados psicoterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. A relação terapêutica constitui, assim, o alicerce que permite ao EE avaliar necessidades, planear intervenções e acompanhar a pessoa de forma contínua e ajustada ao seu contexto (OE, 2011).

Adicionalmente, a Teoria das Relações Interpessoais valoriza o caráter dinâmico do processo de cuidar, reconhecendo que a relação entre enfermeiro e pessoa evolui ao longo do tempo e constrói-se em interação com fatores familiares, culturais e sociais. Esta visão é reforçada por Bittencourt et al. (2018), ao salientarem que a teoria de Peplau possibilita o crescimento conjunto de enfermeiro e pessoa cuidada, integrando outros agentes significativos no processo de cuidado, como a família e o contexto sociocultural.

A aplicação da teoria de Peplau na prática do EEESMP contribui para uma abordagem humanizada e ética do cuidado, promotora da autonomia, do autoconhecimento e da participação ativa da pessoa no seu processo de saúde. Ao privilegiar a relação terapêutica como meio de intervenção, esta teoria reforça a identidade da enfermagem de saúde mental enquanto prática especializada, relacional e cientificamente fundamentada.

Na prática clínica desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de estágio, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau constituiu um referencial orientador da intervenção do EEESMP, ao sustentar a centralidade da relação terapêutica enquanto instrumento fundamental do cuidar.

No contexto comunitário, a aplicação desta teoria foi particularmente evidente no trabalho desenvolvido com cuidadores informais. Desde o primeiro contacto, foi possível identificar a fase de orientação, na qual os cuidadores expressaram necessidades associadas à sobrecarga emocional e às dificuldades inerentes ao papel de cuidar, sendo privilegiada a escuta ativa, a validação emocional e a criação de uma relação de confiança. À medida que a relação terapêutica se foi consolidando, emergiu a fase de identificação, permitindo aos cuidadores reconhecer o enfermeiro como figura de apoio e participar de forma mais ativa no processo de cuidado. A fase de exploração concretizou-se através da partilha e treino de estratégias de autocuidado, gestão emocional e mobilização de recursos de apoio, promovendo o desenvolvimento de competências adaptativas. Por fim, a fase de resolução traduziu-se no reforço da autonomia dos cuidadores e na sua capacitação para gerir de forma mais eficaz o seu papel, ocorrendo uma desvinculação progressiva e saudável da relação terapêutica.

Adicionalmente, no estágio realizado no Centro de Respostas Integradas (CRI), a Teoria das Relações Interpessoais sustentou a realização de consultas estruturadas no âmbito do projeto de prevenção da recaída. A fase de orientação esteve presente no início das consultas, através da clarificação, dos objetivos, da intervenção e da identificação das necessidades e expectativas da pessoa. Na fase de identificação, foi construída uma relação terapêutica baseada na confiança e na comunicação terapêutica, favorecendo a adesão ao processo de cuidado e a definição conjunta de

objetivos. A fase de exploração foi operacionalizada através da utilização de estratégias psicoeducativas e de materiais de apoio, nomeadamente o folheto informativo, enquanto recursos facilitadores da reflexão, do treino de competências e da autorregulação. A fase de resolução correspondeu ao reforço das competências adquiridas, promovendo a autonomia da pessoa na gestão de situações de risco e na prevenção da recaída.

Nestes contextos, o enfermeiro assumiu diferentes papéis terapêuticos descritos por Peplau, ajustando a intervenção às necessidades da pessoa e ao momento da relação terapêutica. Deste modo, a aplicação da Teoria das Relações Interpessoais permitiu uma prática clínica intencional, reflexiva e centrada na pessoa, evidenciando a relação terapêutica como eixo estruturante da intervenção em saúde mental e psiquiátrica.

1.2. TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAT MELEIS

A Teoria das Transições, desenvolvida por Afat Ibrahim Meleis, constitui um referencial teórico de médio alcance que coloca a experiência humana de mudança no centro do cuidado de enfermagem. Esta teoria parte do pressuposto de que as pessoas, ao longo do ciclo de vida, enfrentam múltiplas transições que influenciam profundamente o seu estado de saúde, a identidade, os papéis sociais e as relações interpessoais. Para Meleis, a transição não deve ser entendida como um evento isolado, mas como um processo dinâmico e complexo, que se desenrola ao longo do tempo e que pode expor a pessoa a períodos de maior vulnerabilidade, exigindo acompanhamento e intervenção especializada por parte da enfermagem (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

No âmbito desta teoria, a transição é definida como um processo que ocorre quando a pessoa vivencia mudanças significativas na sua vida, sejam estas de natureza desenvolvimental, situacional, organizacional ou relacionadas com a saúde e a doença. Estas mudanças implicam uma reorganização dos padrões de comportamento, das relações, dos papéis e do modo como a pessoa se percebe a si própria e ao mundo que a rodeia. Meleis salienta que as transições são simultaneamente resultado de mudança e geradoras de mudança, sendo que nem toda a mudança constitui uma transição, mas toda a transição envolve necessariamente mudança, com impacto na continuidade e coerência da experiência de vida (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A teoria reconhece que as transições podem assumir diferentes tipos e padrões, podendo ocorrer de forma isolada ou múltipla, sequencial ou simultânea, relacionada ou não relacionada. Esta multiplicidade contribui para a complexidade das experiências de transição, uma vez que a vivência simultânea de várias mudanças pode aumentar a exigência adaptativa e a vulnerabilidade da pessoa. A compreensão dos tipos e padrões

de transição permite uma leitura mais abrangente da experiência humana, evitando abordagens simplistas ou fragmentadas da mudança (Meleis et al., 2000).

Meleis descreve ainda um conjunto de propriedades que caracterizam a experiência de transição e que ajudam a compreender a forma como esta é vivenciada. Entre estas propriedades destacam-se a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o espaço temporal e os acontecimentos ou pontos críticos. A consciencialização refere-se ao grau de perceção e reconhecimento da transição por parte da pessoa, sendo considerada essencial para o envolvimento ativo no processo. O envolvimento traduz-se na participação da pessoa na gestão da transição, influenciando a forma como mobiliza recursos e responde às exigências da mudança. As propriedades de mudança e diferença dizem respeito às transformações que ocorrem ao nível pessoal, relacional e social, enquanto o espaço temporal evidencia que a transição decorre ao longo de um período variável, desde os primeiros sinais de antecipação até à estabilização numa nova condição. Os acontecimentos ou pontos críticos correspondem a momentos significativos dentro do processo, que podem intensificar a vulnerabilidade e exigir maior capacidade de adaptação (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

O processo de transição é ainda influenciado por um conjunto de condições que podem atuar como facilitadoras ou inibidoras. Estas condições distribuem-se em três grandes domínios: pessoal, comunitário e social. As condições pessoais incluem os significados atribuídos à experiência, as crenças, atitudes, o nível de conhecimento e a preparação para a transição. As condições da comunidade relacionam-se com a existência de redes de apoio, recursos formais e informais e acessibilidade aos cuidados de saúde. Já as condições da sociedade dizem respeito a normas culturais, valores sociais, políticas e contextos institucionais, que podem favorecer ou dificultar a adaptação à mudança. A consideração destas condições reforça a natureza contextual da transição, reconhecendo que a capacidade de adaptação não depende apenas da pessoa, mas também do ambiente em que esta se insere (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

A Teoria das Transições integra ainda indicadores de processo e indicadores de resultado que permitem avaliar o percurso e a qualidade da transição vivenciada. Os indicadores de processo fornecem informação sobre a forma como a transição está a decorrer, incluindo sinais de envolvimento, ligação a pessoas significativas e profissionais de saúde, desenvolvimento de confiança e utilização de estratégias de *coping*. Por sua vez, os indicadores de resultado refletem o grau de conclusão saudável da transição, destacando-se a mestria, entendida como a capacidade de demonstrar competências e comportamentos adequados à nova condição, e a integração fluida da

identidade, que traduz a capacidade de incorporar a mudança na identidade pessoal de forma dinâmica e coerente (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Deste modo, a Teoria das Transições oferece um quadro conceptual abrangente que permite compreender as experiências humanas de mudança como fenómenos centrais do cuidado em enfermagem. Ao integrar tipos e padrões de transição, propriedades da experiência, condições influenciadoras e indicadores de processo e resultado, esta teoria contribui para uma visão holística da pessoa e reforça a enfermagem enquanto disciplina científica orientada para o acompanhamento dos processos de adaptação, reorganização e continuidade da vida.

De forma a sintetizar os principais componentes da Teoria das Transições, apresenta-se a seguinte esquematização conceptual.

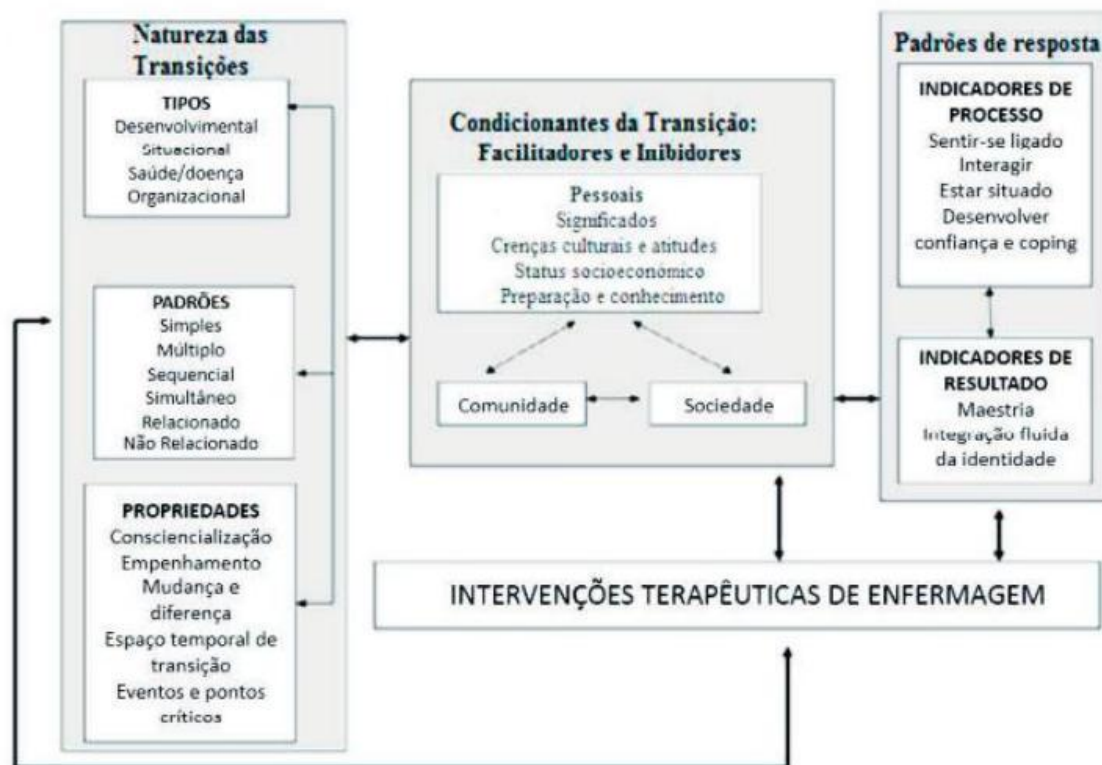


Figura 1 – Esquematização da Teoria das Transições de Meleis Meleis (adaptado de Silva et al., 2019, p. 39).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis apresenta-se como um referencial particularmente consistente para sustentar a prática do EEESMP, ao permitir compreender o sofrimento psíquico e as vivências da pessoa em contexto de doença mental como experiências de mudança que afetam a identidade, os papéis, as relações e o projeto de vida. Ao conceptualizar a transição como um processo dinâmico, multidimensional e contextual, esta teoria fornece ao enfermeiro um enquadramento que

ultrapassa a leitura sintomatológica da doença mental, valorizando a experiência subjetiva da pessoa e o modo como esta vivencia as transformações associadas à sua condição de saúde (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

Neste enquadramento, a prática do EE orienta-se para a identificação das transições vividas pela pessoa, reconhecendo que os processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental se inscrevem frequentemente em contextos de múltiplas transições simultâneas, relacionadas com a saúde e a doença, mas também com alterações familiares, sociais, ocupacionais e identitárias. Esta compreensão permite uma abordagem mais abrangente e individualizada, centrada não apenas no episódio clínico, mas no percurso de vida e nos significados atribuídos pela pessoa à experiência que atravessa (Bittencourt et al., 2018).

Esta teoria reforça ainda a importância da consciencialização como condição fundamental para o envolvimento ativo da pessoa no processo terapêutico. Neste sentido, a intervenção do EE assume um papel facilitador, promovendo a compreensão da mudança vivenciada, a clarificação de expectativas e a identificação de recursos internos e externos que favoreçam a adaptação. O acompanhamento próximo ao longo do tempo, característico da prática em saúde mental, permite ao enfermeiro apoiar a pessoa nas diferentes fases da transição, desde os momentos iniciais de instabilidade até à integração progressiva de uma nova condição de vida (Meleis, 2010).

Outro contributo relevante da teoria prende-se com a valorização das condições pessoais, comunitárias e sociais que influenciam o processo de transição. Ao reconhecer que fatores como crenças, atitudes, nível de conhecimento, suporte social, recursos disponíveis e contextos socioculturais podem atuar como facilitadores ou inibidores, esta teoria sustenta uma prática sensível ao contexto e às vulnerabilidades específicas de cada pessoa. Neste sentido está alinhada com a abordagem holística preconizada pela enfermagem de saúde mental, que considera a pessoa integrada na família, nos grupos e na comunidade, e não dissociada do seu meio (Meleis et al., 2000; Silva et al., 2019).

A avaliação contínua da experiência de transição, orientada pelos indicadores de processo e de resultado propostos por Meleis, constitui igualmente um elemento estruturante da prática do EE. Indicadores como o envolvimento, a conexão, o desenvolvimento de confiança e de estratégias de *coping* permitem monitorizar a evolução da pessoa ao longo do processo terapêutico, enquanto a mestria e a integração fluida da identidade refletem a capacidade de reorganização e adaptação a uma nova condição de vida. Estes indicadores sustentam uma prática clínica reflexiva, baseada na observação sistemática e na tomada de decisão fundamentada, orientada

para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

No contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, a Teoria das Transições contribui ainda para reforçar o papel do enfermeiro como facilitador de processos de adaptação e continuidade, promovendo a autonomia, o empoderamento e a reconstrução do sentido de si. Esta abordagem encontra consonância com o enquadramento normativo da OE, que reconhece o EE como um profissional dotado de competências diferenciadas para compreender os processos de sofrimento mental, apoiar a pessoa e a família e promover respostas adaptativas ao longo do ciclo de vida (Regulamento nº515/2018, 2018; Regulamento nº140/2019, 2019).

Na prática clínica do EEESMP, a Teoria das Transições de Afaf Ibrahim Meleis constitui um referencial relevante para a compreensão do sofrimento psíquico, ao conceptualizar as experiências de saúde, doença e recuperação como processos de transição, entendidos como fenómenos dinâmicos de mudança que decorrem ao longo do tempo e que podem expor a pessoa a períodos de maior vulnerabilidade (Meleis, 2010). Esta perspetiva permite ao EESMP enquadrar a intervenção não apenas na gestão da sintomatologia, mas no acompanhamento dos processos de adaptação, reorganização e continuidade da experiência de vida da pessoa (Meleis, 2010).

No contexto de internamento de agudos, as pessoas acompanhadas encontravam-se frequentemente a vivenciar transições relacionadas com a saúde e a doença, caracterizadas por mudanças significativas ao nível da identidade, dos papéis sociais, das relações e do projeto de vida, aspetos que Meleis descreve como centrais na experiência de transição (Meleis, 2010). O internamento constituiu, em muitos casos, um acontecimento crítico no percurso de transição, intensificando a vulnerabilidade emocional. A intervenção do EESMP orientou-se para a identificação das transições vividas, promovendo a consciencialização da mudança e apoiando a pessoa na compreensão da sua experiência de sofrimento, bem como no desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas.

Ao longo do acompanhamento, foi possível observar indicadores do processo de transição, como o envolvimento progressivo da pessoa no processo terapêutico, o fortalecimento da ligação aos profissionais de saúde e a mobilização gradual de recursos pessoais e contextuais, indicadores que, segundo Meleis, permitem monitorizar a evolução da transição e ajustar a intervenção de enfermagem (Meleis, 2010).

No estágio realizado no CRI, a Teoria das Transições sustentou igualmente a prática clínica, particularmente no âmbito do projeto de prevenção da recaída e da realização de consultas estruturadas. As pessoas acompanhadas encontravam-se

frequentemente em transições prolongadas, associadas à recuperação de comportamentos aditivos, envolvendo a reconstrução da identidade, a redefinição de papéis sociais e a integração de novos estilos de vida, processos que exigem acompanhamento continuado e sensível às condições pessoais, comunitárias e sociais que influenciam a adaptação (Meleis, 2010). A intervenção do EESMP centrou-se na promoção da consciencialização do processo de mudança, na identificação de fatores de risco e de proteção e no reforço de competências que favorecessem a autonomia e a gestão de situações de vulnerabilidade.

Deste modo, a Teoria das Transições sustenta a prática clínica do EEESMP ao oferecer um enquadramento que reconhece os processos de mudança como fenómenos centrais do cuidado, orientando a intervenção para a facilitação de transições saudáveis, para o fortalecimento da adaptação e para a promoção da autonomia e do bem-estar psicológico e social da pessoa (Meleis, 2010).

Assim, ao integrar a Teoria das Transições na sua prática clínica, o EEESMP dispõe de um referencial teórico que sustenta uma intervenção centrada na pessoa, orientada para a compreensão dos processos de mudança, para a facilitação de transições saudáveis e para a promoção do bem-estar psicológico e social. Esta teoria reforça a enfermagem enquanto disciplina científica autónoma, capaz de articular conhecimento teórico, prática clínica e tomada de decisão ética, sustentando cuidados especializados que reconhecem a complexidade da experiência humana e a singularidade de cada percurso de vida.

2. DESCRIÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

Neste capítulo será realizada a contextualização dos três contextos de estágio que integraram a componente clínica do presente percurso formativo. Os ensinamentos clínicos de natureza profissional decorreram em diferentes contextos de cuidados, permitindo o contacto com distintas realidades assistenciais e a mobilização de competências específicas do EEESMP. Cada estágio contemplou a realização de duzentas horas presenciais.

O primeiro estágio decorreu em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) localizada no norte do país, entre os meses de maio e julho de 2025. Este contexto permitiu o desenvolvimento de intervenções dirigidas à promoção da saúde mental, prevenção da doença e capacitação de indivíduos, grupos e comunidade.

Posteriormente, o segundo estágio realizou-se em contexto hospitalar, num serviço de internamento de psiquiatria de agudos de uma unidade hospitalar do norte do país, entre outubro e dezembro de 2025. Este contexto caracterizou-se pela prestação de cuidados especializados a pessoas em situação de crise aguda, exigindo intervenções terapêuticas diferenciadas e orientadas para a estabilização clínica.

Por último, o terceiro estágio decorreu em contexto de unidade especializada, no Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD), igualmente situado no norte do país, entre janeiro e março de 2026. Este contexto possibilitou o contacto com a área das dependências e comportamentos aditivos, privilegiando intervenções centradas na reabilitação, prevenção da recaída e promoção da recuperação.

A diversidade dos contextos de estágio constituiu uma mais-valia no percurso formativo, ao proporcionar experiências complementares em diferentes níveis de cuidados e junto de populações com necessidades distintas em saúde mental.

2.1. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM INTERNAMENTO DE AGUDOS

O Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Opção I, orientado para a prestação de cuidados de saúde mental em contexto de internamento de agudos, decorreu entre 29 de setembro e 23 de dezembro de 2025, num serviço de psiquiatria de uma unidade hospitalar da região norte do país, com uma carga horária total de 200 horas. Este contexto caracteriza-se por uma dinâmica multidisciplinar e humanizada, centrada na pessoa em sofrimento psíquico agudo e orientada para a promoção da sua recuperação e reintegração psicossocial.

O estágio teve como principais objetivos o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação de agudização da doença mental, numa perspetiva holística e centrada na pessoa, bem como o desenvolvimento de competências específicas no âmbito da intervenção psicoterapêutica, nomeadamente ao nível da relação de ajuda, do aconselhamento, da utilização de técnicas de relaxamento e da intervenção em crise. Pretendeu-se ainda promover a colaboração e a partilha de conhecimento com a equipa de enfermagem, através da dinamização de uma sessão de formação, contribuindo para a reflexão crítica e a atualização das práticas em saúde mental. Paralelamente, o estágio visou a promoção da dignidade, autonomia e bem-estar da pessoa em situação de vulnerabilidade, assegurando cuidados seguros, humanizados e eticamente fundamentados, bem como o desenvolvimento de uma reflexão crítica sobre a prática clínica desenvolvida, sustentada nos fundamentos teóricos da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, enquanto processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

O serviço dispõe de 40 camas de internamento, distribuídas por alas masculinas e femininas, incluindo dois quartos de isolamento. As instalações foram concebidas de modo a garantir segurança, conforto e privacidade, integrando gabinetes de enfermagem (um por ala), uma sala de psicoterapia, uma sala de atividades e espaços comuns que promovem o convívio e a partilha entre utentes. Existe ainda um espaço exterior ajardinado e uma sala equipada para atividades físicas, o que contribui para um ambiente terapêutico mais humanizado e promotor de bem-estar.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, técnicos ocupacionais, assistentes sociais, assistentes operacionais, seguranças, funcionários de limpeza e uma secretária de unidade. Entre os enfermeiros, 13 são generalistas e 10 são especialistas em saúde mental e psiquiátrica, assegurando uma intervenção técnica e relacional abrangente. A diversidade profissional e a colaboração interdisciplinar constituem um dos pilares fundamentais deste serviço, permitindo uma resposta integrada às diferentes dimensões da doença mental.

Os internamentos resultam, maioritariamente, de encaminhamentos a partir do serviço de urgência psiquiátrica ou das consultas externas de psiquiatria, e destinam-se a pessoas em situação de crise ou descompensação aguda, quer por exacerbação de patologia pré-existente, quer por primeiro episódio psicótico ou de etiologia desconhecida. A duração do internamento é limitada, uma vez que se trata de uma unidade de curta permanência, sendo o principal objetivo estabilizar o quadro clínico e preparar a pessoa para o regresso ao domicílio ou para encaminhamento adequado.

A população internada apresenta uma tipologia heterogénea, abrangendo faixas etárias desde o início da idade adulta até à pessoa idosa. Observou-se que nos homens

predominam os transtornos psicóticos e as alterações de comportamento associadas, enquanto nas mulheres são mais frequentes os transtornos do humor. Após a estabilização clínica, os utentes podem ter diferentes destinos: alta para o domicílio, transferência interna por intercorrências orgânicas ou transferência interinstitucional para outras unidades especializadas.

No contexto da enfermagem especializada, o EEESMP assume um papel essencial, desenvolvendo intervenções psicoterapêuticas individuais e de grupo orientadas para a promoção da autorregulação emocional, do *insight* e da reintegração social. Entre as intervenções grupais mais frequentes destacam-se as sessões de relaxamento e psicoeducação, geralmente realizadas na sala de atividades ou na sala de psicoterapia, conforme a disponibilidade dos espaços. Quando se exige maior controlo do ambiente (como nas sessões de relaxamento), a intervenção pode ocorrer em salas das consultas externas, garantindo as condições adequadas para um ambiente tranquilo e sem estímulos externos.

As atividades psicoterapêuticas são planeadas e registadas internamente, em suporte de papel, onde consta a identificação do dinamizador, os participantes e a intervenção realizada. O registo pode também ser efetuado em suporte informático sob a forma de notas de enfermagem, embora estas intervenções ainda não gerem indicadores de atividade ou de resultado.

O Serviço de Psiquiatria integra, para além do Serviço de Internamento, a Consulta Externa e o Serviço de Internamento Parcial, este último com capacidade para 12 utentes. O acesso ao Internamento Parcial pode ser proposto pelo Serviço de Internamento, pela Consulta Externa ou pelo Serviço de Urgência, sendo a admissão dos utentes discutida numa reunião de grupo realizada semanalmente, destinada à avaliação de novas inclusões.

Os cuidados de saúde no Serviço de Internamento Parcial são assegurados pela mesma equipa multidisciplinar anteriormente referida, no horário compreendido entre as 9h e as 17h, de segunda a sexta-feira.

Os EEESMP desenvolvem, ao longo da semana, intervenções terapêuticas de natureza individual e em grupo, integradas na dinâmica assistencial do serviço e em articulação com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar.

Inserida numa equipa experiente e comprometida, que conjuga conhecimento técnico, sensibilidade clínica e trabalho colaborativo, a experiência de estágio revelou-se particularmente enriquecedora, possibilitando a integração na dinâmica da equipa, a participação ativa nas atividades assistenciais e o desenvolvimento de competências especializadas no acompanhamento da pessoa em sofrimento psíquico agudo, com destaque para a intervenção em crise, a comunicação terapêutica e a relação de ajuda.

Deste modo, o contexto em que o estágio decorreu assumiu-se como um espaço privilegiado de aprendizagem e crescimento profissional, favorecendo o desenvolvimento das competências comuns do EE, bem como das competências específicas do EEESMP. A presença de um número significativo de enfermeiros especialistas no serviço permitiu um acompanhamento próximo e consistente das atividades realizadas, promovendo momentos regulares de reflexão crítica sobre a prática, fundamentais para a consolidação de uma intervenção especializada, consciente e fundamentada.

2.2. ESTÁGIO DE NATUZA PROFISSIONAL NA COMUNIDADE

O Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Opção I, orientado para a prática de cuidados de saúde mental em contexto comunitário, foi realizado numa UCC da Unidade Local de Saúde (ULS) situada na região Norte. Decorreu entre 5 de maio e 11 de julho de 2025, com uma carga horária de 200h sob a tutoria de um enfermeiro EEESMP. Os objetivos a atingir neste estágio foram: -Desenvolver competências técnicas, relacionais e éticas no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto comunitário e escolar; - Promover a saúde mental das crianças e adolescentes através do desenvolvimento de competências socioemocionais, como estratégia de prevenção primária de situações de crise; - Contribuir para a literacia emocional e para a redução do risco de desenvolvimento de perturbações emocionais e comportamentais; - Refletir criticamente sobre a prática e integrar estratégias baseadas na evidência, articuladas com o tema geral da intervenção em crise, ainda que neste contexto o enfoque recaia essencialmente sobre a prevenção da crise em idade escolar.

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, promovendo ganhos em saúde e colaborando diretamente para o cumprimento da missão do Agrupamento de Centros de Saúde em que se insere.

Esta unidade funcional presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, dirigidos sobretudo a pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade, risco ou dependência física e funcional, bem como a indivíduos com doença que requeira acompanhamento de proximidade. Desenvolve ainda ações de educação para a saúde, integra redes de apoio à família e participa na implementação de projetos e unidades móveis de intervenção na comunidade.

Instalada no rés-do-chão de um edifício que congrega outras unidades funcionais de uma ULS da zona norte, partilha o espaço com duas Unidades de Saúde Familiar (USF), localizadas em pisos distintos. A equipa multidisciplinar integra enfermeiros, psicólogo,

assistente social, fisioterapeuta e outros profissionais de saúde, que atuam de forma articulada, interdisciplinar e centrada nas necessidades da população local.

Nesta unidade, exerce funções apenas um EEESMP, cuja intervenção se estende para além das atividades inerentes ao programa de Saúde Escolar (SE). Este profissional tem vindo a desenvolver um projeto dirigido aos cuidadores informais, com o objetivo de promover o bem-estar psicológico, prevenir o desgaste emocional e reforçar as competências de *coping* e de autocuidado. No âmbito deste projeto, são realizadas consultas individuais e sessões de grupo, que proporcionam um espaço de partilha, apoio e capacitação, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos cuidadores e das pessoas de quem cuidam.

Foi neste contexto que decorreu o estágio de natureza profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Opção I, o qual permitiu vivenciar a prática de cuidados em contexto comunitário e aprofundar a compreensão do papel do EE na promoção da saúde mental.

2.3. ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM UNIDADES ESPECIALIZADAS

O estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Opção I, orientado para a prestação de cuidados em contexto de unidades especializadas, decorreu entre 5 de janeiro e 31 de março de 2026, no Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD), integrado num Centro de Respostas Integradas (CRI) localizado num polo da região norte do país, com uma carga horária total de 200 horas. Este contexto caracteriza-se por uma intervenção multidisciplinar dirigida à prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, privilegiando uma abordagem integrada, centrada na pessoa e promotora da recuperação.

O estágio teve como principal finalidade o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP, particularmente no âmbito da intervenção junto da pessoa com dependência, da promoção da saúde mental, da prevenção da recaída e da capacitação para a mudança comportamental. Pretendeu-se igualmente aprofundar conhecimentos relativos aos circuitos assistenciais na área dos comportamentos aditivos, bem como desenvolver capacidades de intervenção terapêutica, psicoeducativa e relacional ajustadas às necessidades desta população.

O serviço apresenta como uma das principais áreas de intervenção os programas de substituição opiácea, nomeadamente através da administração de metadona em regime de alto limiar, com diferentes periodicidades de dispensa, consoante o plano terapêutico

definido para cada utente, podendo assumir caráter diário, bissemanal ou semanal. Paralelamente, desenvolve intervenção comunitária através da equipa de rua, na qual a equipa de enfermagem assume um papel ativo, assegurando a administração de metadona de baixo limiar, cuidados de proximidade e estratégias de redução de riscos e minimização de danos.

No âmbito da equipa de rua, realizam-se ainda, duas vezes por mês, consultas médicas e de enfermagem em unidade móvel, dirigidas aos utentes que pretendam aderir ou manter acompanhamento clínico. A ronda da tarde assume uma vertente predominantemente social e humanitária, centrada na distribuição de lanches, roupa e material de consumo seguro, como kits de agulhas e seringas, constituindo uma importante estratégia de contacto, vinculação terapêutica e promoção da saúde.

Existe igualmente articulação com unidades de internamento especializadas, possibilitando o encaminhamento de utentes que reúnam critérios clínicos e manifestem motivação para realizar programas de desabitação em regime de internamento, favorecendo a continuidade de cuidados e a integração em respostas terapêuticas diferenciadas.

A equipa multidisciplinar é constituída por seis enfermeiros, dos quais três são EEESMP, uma enfermeira com formação especializada em Enfermagem Médico-Cirúrgica e dois enfermeiros generalistas. Integram ainda a equipa três psicólogos, dois médicos psiquiatras, duas assistentes sociais, duas assistentes operacionais e três assistentes técnicas afetas ao secretariado e atendimento da unidade. A diversidade profissional e a articulação entre saberes constituem elementos fundamentais para uma resposta integrada e centrada na pessoa.

A população acompanhada é heterogénea, integrando pessoas com dependência de álcool, substâncias psicoativas ilícitas, jogo patológico e situações de policonsumo, frequentemente associadas a vulnerabilidade psicossocial, exclusão social e comorbilidade psiquiátrica. Tal realidade exige intervenções individualizadas, sustentadas na relação terapêutica, no respeito pela autonomia e na promoção de mudanças graduais e realistas.

No decorrer do estágio, foram desenvolvidas diversas atividades relevantes para o percurso formativo, destacando-se a elaboração de um projeto de consulta estruturada de enfermagem centrada na prevenção da recaída, reconhecendo a recaída como um momento crítico que exige intervenção especializada e estratégias de suporte contínuo. Este projeto permitiu identificar necessidades concretas do contexto assistencial e propor uma resposta ajustada à realidade do serviço.

Foram ainda elaborados materiais psicoeducativos, nomeadamente um folheto informativo e um cartão de incentivo à adesão ao tratamento, dirigidos à população acompanhada, bem como dinamizada uma ação de formação para os profissionais,

promovendo reflexão e partilha de conhecimento no âmbito da intervenção em crise e da prevenção da recaída.

A experiência de estágio revelou-se particularmente enriquecedora, não só pela oportunidade de contacto com uma área até então menos conhecida, mas também pela compreensão do percurso terapêutico realizado pela pessoa com dependência antes da eventual referenciação para internamento. Esta perceção revelou-se especialmente significativa ao constatar, em contexto real, o encaminhamento de um utente acompanhado pela equipa de rua para internamento de desabilitação e posterior integração em comunidade terapêutica, evidenciando a importância da articulação entre respostas e da continuidade dos cuidados.

Deste modo, o contexto em que o estágio decorreu assumiu-se como um espaço privilegiado de aprendizagem, permitindo consolidar competências especializadas na área das dependências, aprofundar conhecimentos sobre modelos de intervenção comunitária e especializada, e reforçar a importância do papel do EEESMP na promoção da recuperação, prevenção da recaída e reinserção social da pessoa com comportamentos aditivos.

3. AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do EE constituem um referencial estruturante da prática de enfermagem especializada, sustentando uma atuação profissional qualificada, autônoma, ética e responsável nos diversos contextos de prestação de cuidados. Estas competências resultam do aprofundamento dos domínios de atuação do enfermeiro de cuidados gerais e traduzem-se na capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes de forma integrada, reflexiva e contextualizada, face à complexidade das situações clínicas e às necessidades singulares da pessoa, família e comunidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

O conceito de competência em enfermagem é entendido como um processo dinâmico e em permanente construção, que ultrapassa a mera execução técnica e implica tomada de decisão fundamentada, pensamento crítico, responsabilidade profissional e capacidade de adaptação a contextos clínicos diferenciados. Neste sentido, a competência constrói-se a partir da integração do conhecimento científico, da prática clínica e da postura profissional, desenvolvendo-se de forma progressiva através da experiência em contexto real, da reflexão crítica sobre a prática e da incorporação dos princípios éticos e deontológicos no exercício profissional (Sapeta, 2013). O Regulamento nº 140/2019 (2019), define estas competências como transversais a todas as áreas de especialidade, aplicáveis em todos os contextos de cuidados, visando garantir elevados padrões de qualidade, segurança, ética e humanização dos cuidados de enfermagem (OE, 2019). Este enquadramento normativo reforça a importância de uma prática especializada sustentada na evidência científica, na comunicação terapêutica e na relação de ajuda, elementos centrais da intervenção do EE e fundamentais para o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes (Sequeira, 2015).

Paralelamente, o exercício da prática especializada exige uma atuação eticamente fundamentada, orientada pelos princípios da dignidade da pessoa humana, da responsabilidade profissional e da tomada de decisão ética em contextos de incerteza e complexidade. A integração dos referenciais éticos, deontológicos e legais constitui, assim, um pilar essencial do desenvolvimento das competências comuns, sustentando uma prática segura, responsável e socialmente comprometida (Nunes & Amaral, 2022).

Deste modo, o desenvolvimento das competências comuns do EE assume um papel central na consolidação da identidade profissional, promovendo uma prática clínica autônoma, reflexiva e ética, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a resposta adequada às exigências crescentes dos serviços de saúde.

Assim, ao longo deste capítulo será realizada uma reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns do EE nos diferentes contextos de estágio, evidenciando de que forma as experiências e intervenções desenvolvidas contribuíram para a aquisição e consolidação dessas competências na prática clínica.

3.1. OS DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019), consideram-se competências comuns aquelas que são partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, e que se manifestam através da elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como do suporte ao exercício profissional especializado nos domínios da formação, investigação e assessoria.

As Competências Comuns do EE encontram-se organizadas em quatro domínios, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019:

- A) Responsabilidade profissional, ética e legal (A1, A2);
- B) Melhoria contínua da qualidade (B1, B2 e B3);
- C) Gestão dos cuidados (C1 e C2);
- D) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1 e D2).

Estes domínios constituem um quadro orientador para o exercício da prática especializada, devendo ser desenvolvidos ao longo do percurso formativo e consolidados nos diferentes contextos de estágio, contribuindo para uma prática de enfermagem diferenciada, segura e centrada na pessoa.

3.1.1. Domínio da Responsabilidade profissional e ética legal

A prática de enfermagem em Portugal encontra-se enquadrada por princípios éticos, deontológicos e legais que orientam o exercício profissional e garantem a proteção da dignidade, dos direitos e da autonomia da pessoa. De acordo com o Código Deontológico da OE, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, constituindo estes valores um eixo central da atuação profissional (OE, 2015).

No âmbito da prática especializada, o Regulamento das Competências Comuns do EE, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (Regulamento nº 140/2019, p. 4745), define que as competências que abrangem o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

“a) Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1)”;

“b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)”.

Ao longo dos contextos de estágio foi possível evidenciar o desenvolvimento progressivo destas competências, nomeadamente através da tomada de decisão clínica fundamentada, sustentada no conhecimento científico, na experiência adquirida e na avaliação global e estruturada da pessoa em contexto de saúde mental e psiquiátrica. Em contexto de internamento de agudos, estas competências foram particularmente mobilizadas na intervenção junto de pessoas em situação de crise psiquiátrica, exigindo uma avaliação contínua do estado mental, adequação das intervenções às necessidades identificadas e respeito pela dignidade e segurança da pessoa. No estágio em contexto de unidades especializadas na área dos comportamentos aditivos e dependências, destacou-se a necessidade de adequar os cuidados às características individuais da pessoa com comportamento aditivo, promovendo uma abordagem terapêutica baseada na relação de ajuda, na escuta ativa e no respeito pela autonomia e motivação da pessoa para a mudança. Já no contexto comunitário, tornou-se fundamental adaptar a comunicação e as intervenções às características das crianças, adolescentes e famílias, assegurando a confidencialidade da informação e o respeito pelos direitos da pessoa. A elaboração de planos de cuidados individualizados, ajustados às necessidades identificadas e às respostas humanas observadas, bem como a avaliação e partilha dos resultados das intervenções, permitiram demonstrar a mobilização da competência A1.1, associada à tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, e da competência A1.3, relacionada com a avaliação do processo e dos resultados da decisão clínica (Regulamento nº140/2019, 2019).

A prestação de cuidados centrados na pessoa, o respeito pela sua singularidade, a salvaguarda da confidencialidade da informação e a promoção da autonomia constituíram princípios transversais à prática desenvolvida, refletindo uma intervenção humanizada e eticamente sustentada. No contexto de unidades especializadas na área dos comportamentos aditivos e dependências, procurou-se envolver a pessoa na definição de objetivos terapêuticos e estratégias de prevenção da recaída, respeitando o seu ritmo e motivação para a mudança. Em contexto de internamento de agudos, foi igualmente fundamental garantir o respeito pela dignidade e direitos da pessoa em situações de maior desorganização psíquica e vulnerabilidade emocional. Estas dimensões permitiram evidenciar a competência A2.1, relativa à promoção e proteção dos direitos humanos,

particularmente relevante em contextos de saúde mental, marcados por situações de vulnerabilidade, sofrimento psíquico e, em alguns casos, limitação temporária da autodeterminação.

A intervenção em crise constituiu um contexto particularmente relevante para o desenvolvimento das competências éticas e legais do EEESMP. De acordo com Simões e Loureiro (2026), a intervenção em crise ocorre frequentemente em situações de elevada vulnerabilidade e sofrimento emocional, exigindo dos profissionais uma tomada de decisão célere, mas simultaneamente sustentada nos princípios éticos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Neste âmbito, tornou-se fundamental reconhecer a pessoa como participante ativa no processo terapêutico, promovendo a sua participação nas decisões sempre que o seu estado clínico o permitiu e garantindo o acesso à informação necessária para um consentimento informado.

Durante a intervenção junto de pessoas em situação de crise psiquiátrica foi igualmente necessário ponderar a articulação entre o respeito pela autodeterminação e a responsabilidade profissional de garantir a segurança da pessoa. Em algumas situações, particularmente quando existia risco de comportamento autodestrutivo ou diminuição da capacidade de julgamento decorrente da situação de crise, a tomada de decisão exigiu uma análise ética cuidada, procurando assegurar simultaneamente a proteção da pessoa e o respeito pela sua dignidade e direitos fundamentais.

A confidencialidade da informação assumiu igualmente particular relevância, sendo assegurada em todos os contextos de estágio. Contudo, tal como referido pelas autoras, em situações de risco significativo para a própria pessoa ou para terceiros, a proteção da vida e da segurança pode justificar a partilha de informação estritamente necessária com os elementos envolvidos no processo de cuidados, respeitando sempre os limites éticos, legais e deontológicos da profissão. Paralelamente, procurou-se garantir uma intervenção livre de julgamentos, centrada na singularidade da pessoa e culturalmente sensível, promovendo o acesso equitativo aos cuidados e o respeito pela dignidade humana, princípios fundamentais da prática especializada em saúde mental e psiquiátrica (Simões & Loureiro, 2026).

Estas situações refletem os dilemas éticos descritos por Simões e Loureiro (2026), particularmente na gestão do equilíbrio entre a autonomia da pessoa e o dever profissional de proteção, frequentemente presente nos contextos de intervenção em crise.

A mobilização destes princípios éticos revelou-se particularmente relevante ao longo dos diferentes contextos de estágio, especialmente em situações que exigiram uma avaliação cuidada dos direitos, necessidades e vulnerabilidades da pessoa.

Neste sentido, foi necessário, em diversos momentos, proceder à ponderação ética perante situações complexas, exigindo juízo crítico e tomada de decisão responsável, frequentemente em articulação com a equipa multidisciplinar.

Estas situações foram particularmente evidentes em contexto de internamento de agudos, onde foi necessário refletir sobre a adequação das intervenções em situações de agitação psicomotora, risco para a própria pessoa ou terceiros e dificuldade temporária de *insight*, garantindo simultaneamente a segurança e o respeito pelos direitos da pessoa. A intervenção junto de pessoas com ideação suicida exigiu uma ponderação ética particularmente complexa, atendendo à necessidade de equilibrar o respeito pela autonomia da pessoa com o dever profissional de proteção da vida e da segurança. Neste contexto, tornou-se fundamental recorrer a uma avaliação clínica rigorosa, à escuta ativa, à exploração da ambivalência e à identificação dos fatores de risco e de proteção, procurando promover uma tomada de decisão centrada na pessoa e ajustada à sua situação clínica (Santos & Correia, 2026). Neste sentido, a ética, a deontologia e o direito assumem-se como dimensões indissociáveis da prática profissional, sustentando uma atuação responsável e consciente. Tal como referem Nunes e Amaral (2022), a enfermagem integra uma dimensão ética, centrada na dignidade da pessoa humana, uma dimensão moral, associada à expectativa social de um desempenho competente e de qualidade, e uma dimensão deontológica e jurídica, que enquadra deveres, normas e responsabilidades profissionais.

Ao longo do percurso formativo, procurou-se assegurar que a tomada de decisão fosse personalizada, respeitadora da dignidade da pessoa e orientada por uma relação terapêutica baseada na parceria, na escuta ativa e no respeito pelos valores e crenças individuais. Esta dimensão foi particularmente desenvolvida durante a realização de intervenções psicoeducativas, sessões de promoção de competências socioemocionais, consultas de enfermagem e sessões de prevenção da recaída, nas quais foi fundamental promover um ambiente terapêutico seguro, facilitador da expressão emocional e da participação ativa da pessoa no processo terapêutico. Foi igualmente garantido o acesso da pessoa à informação relevante sobre os cuidados prestados, assegurando o respeito pela privacidade e confidencialidade, bem como a clarificação do papel profissional enquanto mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Importa salientar que o desenvolvimento destas competências ocorreu de forma progressiva, tendo sido reconhecida, em algumas situações, a necessidade de orientação e supervisão por parte dos enfermeiros tutores. Esta realidade constituiu uma oportunidade relevante de aprendizagem, desenvolvimento profissional permitindo aprofundar a reflexão ética, consolidar o raciocínio clínico e reforçar a responsabilidade profissional no exercício da prática especializada. Assim, evidencia-se não apenas a mobilização das competências

éticas e legais, mas também a consciência dos próprios limites, elemento fundamental para uma prática segura e responsável.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi desenvolvido através da integração de princípios éticos, deontológicos e legais na prática clínica, da tomada de decisão fundamentada e da prestação de cuidados centrados na pessoa, contribuindo para a consolidação de uma prática especializada responsável, humanizada e alinhada com os referenciais normativos da profissão.

De forma a sintetizar as competências desenvolvidas no âmbito do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, apresenta-se no quadro seguinte um conjunto de evidências da sua mobilização ao longo dos diferentes contextos de estágio.

Quadro 1 – Desenvolvimento das competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Competência	Atividades desenvolvidas nos contextos de estágio
A1.1 – Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas	Realização de avaliações de enfermagem e elaboração de planos de cuidados individualizados em contexto de internamento de agudos, unidades especializadas e contexto comunitário, adequando as intervenções às necessidades da pessoa e respeitando os princípios éticos e deontológicos.
A1.1.2 – Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência	Mobilização de conhecimento científico e reflexão clínica na intervenção junto de pessoas em situação de crise psiquiátrica e em processos de prevenção da recaída em comportamentos aditivos.
A1.1.3 – Participa na construção da tomada de decisão em equipa	Articulação com a equipa multidisciplinar na discussão de estratégias de intervenção e adequação dos cuidados às necessidades identificadas.
A1.3.1 – Afere os resultados das tomadas de decisão	Avaliação contínua da evolução da pessoa, reformulação de intervenções e reflexão sobre os resultados obtidos nas diferentes sessões e intervenções realizadas.
A2.1.2 – Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação	Esclarecimento da pessoa sobre os cuidados prestados, objetivos das intervenções e promoção da participação ativa no processo terapêutico.
A2.1.3 – Assegura a confidencialidade e segurança da informação	Cumprimento dos princípios de confidencialidade e privacidade em todos os contextos de estágio, assegurando proteção da informação clínica e pessoal.
A2.1.5 – Assegura o respeito pela autodeterminação	Promoção da autonomia da pessoa na definição de objetivos terapêuticos e estratégias de prevenção da recaída em contexto de unidades especializadas.
A2.2.3 – Adota conduta antecipatória garantindo segurança e dignidade	Intervenção em situações de crise psiquiátrica, promovendo um ambiente terapêutico seguro e respeitador da dignidade da pessoa.

3.1.2. Melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade constitui um eixo central da prática do EE, orientando a prestação de cuidados seguros, eficazes e baseados na evidência científica, com vista à melhoria dos resultados em saúde e à satisfação das pessoas, famílias e comunidades.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745), as competências que abrangem o domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1)”;
- “b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2)”;
- “c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)”.

Ao longo dos contextos de estágio realizados, foi possível contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados através da identificação de necessidades, do planeamento de intervenções estruturadas e da implementação de estratégias promotoras da literacia em saúde e da capacitação das pessoas e cuidadores. Em contexto comunitário, no estágio desenvolvido na UCC, a realização de sessões de psicoeducação dirigidas a alunos desde o Jardim de Infância (JI) até ao 3.º ciclo (Apêndice I) permitiu responder a necessidades previamente identificadas, promovendo a compreensão da problemática em saúde mental, o desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas e a prevenção de situações de crise, evidenciando a mobilização da competência B2.

Neste mesmo contexto, a elaboração de um panfleto informativo dirigido a cuidadores informais constituiu uma estratégia de reforço da intervenção, visando a padronização da informação, o apoio à continuidade dos cuidados e a sustentabilidade da prática (Apêndice VI). Este material permitiu consolidar a intervenção desenvolvida, funcionando como recurso facilitador para a capacitação dos cuidadores e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, traduzindo igualmente o desenvolvimento da competência B2, associada à implementação de práticas de qualidade.

Em contexto de internamento de agudos, a implementação da sessão de psicoeducação individual (Apêndice XII), ajustadas à característica clínica da pessoa internada, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados ao favorecer a compreensão da doença, dos sintomas e das estratégias de autocontrolo, bem como ao

promover a adesão ao tratamento e a prevenção de recaídas. Estas intervenções revelaram-se fundamentais para a criação de um ambiente terapêutico e seguro, evidenciando a competência B3, particularmente relevante em contextos marcados por instabilidade emocional e vulnerabilidade acrescida.

Paralelamente, a participação em iniciativas formativas dirigidas aos profissionais, nomeadamente através da realização de formação em serviço, constituiu uma oportunidade de contribuir para a atualização de conhecimentos, a reflexão crítica sobre a prática e a melhoria contínua dos cuidados prestados pela equipa (Apêndice VII), (Apêndice XIII), (Apêndice XVIII). Esta intervenção permitiu assumir um papel dinamizador no contexto institucional, em articulação com a equipa multidisciplinar, evidenciando a competência B1, associada ao envolvimento em processos estruturantes da prática clínica.

Em síntese, o domínio da melhoria contínua da qualidade foi desenvolvido através da implementação de intervenções psicoeducativas, da criação de materiais de apoio, da participação em projetos e da dinamização de momentos formativos, contribuindo para cuidados mais seguros, estruturados e centrados na pessoa. Estas experiências permitiram consolidar uma prática reflexiva e orientada para a melhoria contínua, reconhecendo-se que este é um processo dinâmico e em permanente desenvolvimento ao longo do percurso formativo e profissional. No quadro seguinte apresentam-se, de forma sintetizada, algumas evidências do desenvolvimento das competências associadas ao domínio da melhoria contínua da qualidade nos diferentes contextos de estágio.

Quadro 2– Desenvolvimento das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

Competência	Atividades desenvolvidas nos contextos de estágio
B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica	Participação na dinamização de formação em serviço dirigida aos profissionais nos 3 campos de estágio, promovendo a atualização de conhecimentos, a reflexão crítica sobre a prática e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.
B1.1.2 – Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso	Partilha de intervenções e estratégias desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, nomeadamente na área da psicoeducação e prevenção da crise em saúde mental.
B1.2.4 – Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais	Apresentação e discussão das intervenções realizadas com os profissionais e equipa multidisciplinar, promovendo a reflexão sobre a prática clínica.
B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua	Planeamento e implementação de intervenções psicoeducativas dirigidas a crianças, adolescentes. Pessoas internadas e cuidadores informais, ajustadas às necessidades identificadas nos diferentes contextos clínicos.
B2.2.1 – Identifica oportunidades de melhoria	Identificação de necessidades de literacia em saúde mental e desenvolvimento de estratégias psicoeducativas adequadas às populações-alvo.
B2.2.3 – Seleciona estratégias de melhoria	Elaboração de sessões de psicoeducação, materiais informativos e estratégias de promoção de competências socioemocionais e prevenção da recaída.

B2.2.4 – Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática	Construção de panfleto informativo dirigido a cuidadores informais, promovendo continuidade dos cuidados e uniformização da informação prestada.
B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro	Implementação de intervenções individualizadas em contexto de internamento de agudos, promovendo segurança emocional, relação terapêutica e adesão ao tratamento.
B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção	Criação de ambientes terapêuticos facilitadores da expressão emocional, da escuta ativa e da participação da pessoa no processo terapêutico.
B3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais	Desenvolvimento de intervenções promotoras da prevenção da crise, da prevenção da recaída e da identificação precoce de fatores de risco em saúde mental.

3.1.3. Domínio da Gestão de Cuidados

O domínio da gestão dos cuidados constitui um eixo fundamental da prática do EE, na medida em que integra a capacidade de organizar, coordenar e otimizar os cuidados de enfermagem, assegurando uma resposta eficaz, articulada e contínua às necessidades da pessoa, família e comunidade. Este domínio pressupõe uma atuação integrada na equipa multidisciplinar, uma gestão adequada dos recursos disponíveis e a adaptação da liderança aos diferentes contextos clínicos, com vista à garantia da qualidade, segurança e continuidade dos cuidados.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745), as competências que abrangem a gestão dos cuidados são as seguintes:

“a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação da equipa de saúde (C1)”;

“b) Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2).”

Ao longo dos contextos de estágio realizados até ao momento, a integração progressiva nas equipas e a participação ativa nas dinâmicas institucionais permitiram o desenvolvimento da competência C1, nomeadamente através da articulação contínua com a equipa multidisciplinar na definição, implementação e avaliação de planos de cuidados individualizados. A participação nas passagens de turno, reuniões clínicas e discussão de casos favoreceu uma visão global da pessoa em cuidados, permitindo adequar as intervenções às necessidades identificadas e assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Em contexto comunitário, a gestão dos cuidados traduziu-se no planeamento e coordenação de intervenções psicoeducativas dirigidas a grupos (Apêndice 1), famílias e

cuidadores informais (Apêndice 5), articulando recursos institucionais e comunitários e promovendo respostas ajustadas às necessidades do território. Destacam-se, neste contexto, as sessões de promoção de competências socioemocionais e as intervenções na área da higiene do sono (Apêndice 1) e o apoio prestado a cuidadores informais (Apêndice 4), permitindo adequar os cuidados às necessidades identificadas e promover ganhos em saúde mental. Esta organização da prática permitiu otimizar os cuidados prestados, reforçar a articulação com outros profissionais e potenciar a eficácia das intervenções desenvolvidas.

Em contexto de internamento de agudos, a gestão dos cuidados exigiu uma adaptação constante às dinâmicas do serviço, à instabilidade clínica das pessoas internadas e às exigências inerentes a um ambiente de elevada complexidade. A priorização das intervenções, a gestão do tempo e a utilização adequada dos recursos disponíveis possibilitaram a mobilização da competência C2, evidenciando flexibilidade, capacidade de adaptação e sentido de responsabilidade na organização da prática clínica.

A participação na implementação de intervenções psicoterapêuticas, na dinamização de sessões de grupo e na formação dirigida aos profissionais constituiu igualmente uma oportunidade para desenvolver competências de liderança ajustada ao contexto, contribuindo para a organização dos cuidados e para a melhoria da resposta da equipa às necessidades identificadas. Foram igualmente desenvolvidas consultas de enfermagem, intervenções psicoeducativas e sessões de prevenção da recaída, exigindo capacidade de organização, gestão do tempo e adaptação das intervenções às necessidades específicas da pessoa e do contexto clínico. No contexto de unidades especializadas na área dos comportamentos aditivos e dependências, destacou-se ainda a importância da articulação com diferentes profissionais e recursos comunitários, promovendo a continuidade dos cuidados, a adesão ao tratamento e a adequação das intervenções ao nível de motivação e disponibilidade da pessoa para a mudança.

Em síntese, o domínio da gestão dos cuidados foi desenvolvido através da integração ativa nos contextos de estágio, da articulação com as equipas multidisciplinares, da organização e priorização das intervenções e da adaptação da liderança aos diferentes contextos clínicos, reconhecendo-se que estas competências se encontram em permanente desenvolvimento ao longo do percurso formativo e profissional.

No Quadro seguinte apresentam-se, de forma sintetizada, algumas atividades desenvolvidas no âmbito do domínio da gestão dos cuidados nos diferentes contextos de estágio.

Quadro 3 - Atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio no âmbito do domínio da gestão dos cuidados

Competência	Atividades desenvolvidas nos contextos de estágio
C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação da equipa de saúde	Participação na elaboração, implementação e avaliação de planos de cuidados individualizados em articulação com a equipa multidisciplinar.
C1.1.2 – Colabora nas decisões da equipa de saúde	Participação em passagens de turno, reuniões clínicas e discussão de casos clínicos nos diferentes contextos de estágio.
C1.1.4 – Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados	Articulação com diferentes profissionais, recursos institucionais e comunitários, promovendo continuidade dos cuidados, adesão ao tratamento e adequação das respostas às necessidades da pessoa.
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto	Organização e priorização das intervenções em contexto de internamento de agudos, ajustando a prática à instabilidade clínica e às necessidades da pessoa internada.
C2.1.2 – Implementa métodos de organização do trabalho adequados	Planeamento e coordenação de sessões psicoeducativas, consultas de enfermagem, intervenções grupais e sessões de prevenção da recaída nos diferentes contextos clínicos.
C2.1.5 – Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade	Gestão e adaptação das intervenções às necessidades identificadas, promovendo cuidados organizados, estruturados e centrados na pessoa.
C2.2.2 – Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática	Participação em atividades formativas e dinamização de sessões promotoras da reflexão e partilha entre profissionais.
C2.2.5 – Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada	Desenvolvimento e implementação de intervenções psicoeducativas e estratégias de prevenção da recaída ajustadas às necessidades das populações-alvo.

3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais assume particular relevância na prática do EE, na medida em que integra a capacidade de refletir criticamente sobre a prática, promover o autoconhecimento e fundamentar a intervenção clínica especializada na evidência científica. Este domínio traduz-se num processo contínuo de construção e consolidação de competências, sustentado na articulação entre o conhecimento teórico, a experiência em contexto real e a reflexão sistemática sobre a ação.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019 (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4745), as competências que integram este domínio são as seguintes:

“a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1)”;

“b) Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica (D2)”.

Ao longo dos contextos de estágio realizados até ao momento, evidenciou-se um desenvolvimento gradual destas competências, sustentado na integração de referenciais teóricos e nas orientações da prática clínica baseada na evidência científica. A experiência em contexto real proporcionou um percurso de aprendizagem progressivo, marcado pela reflexão crítica e pela adaptação contínua às exigências dos diferentes contextos assistenciais, frequentemente caracterizados por elevada complexidade clínica e relacional.

O investimento no autoconhecimento revelou-se um elemento central para o desenvolvimento da competência D1, assumindo-se como uma ferramenta fundamental para a construção e manutenção da relação terapêutica. O autoconhecimento permite ao profissional reconhecer as suas próprias emoções, limites, valores e vulnerabilidades, favorecendo uma atuação mais consciente, segura e ajustada à pessoa cuidada. Neste sentido, a reflexão sistemática sobre a prática desenvolvida ao longo dos estágios contribuiu para a identificação de áreas de fortalecimento e de aspetos a desenvolver, promovendo uma maior assertividade e maturidade profissional na interação com as pessoas, famílias e equipas. Esta dimensão foi particularmente mobilizada em contextos de maior exigência emocional, nomeadamente na intervenção junto de pessoas em situação de crise psiquiátrica e de pessoas com comportamentos aditivos e dependências, exigindo capacidade de autorregulação emocional, gestão terapêutica da relação e adaptação contínua às necessidades da pessoa cuidada.

Tal como referido por Carapeto (2021), o autoconhecimento constitui um processo dinâmico e adaptativo, influenciado pelas experiências vividas e pelas exigências contextuais, assumindo um papel relevante na capacidade de adaptação do indivíduo a situações complexas. No contexto da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, esta dimensão assume particular importância, uma vez que a relação terapêutica se constitui como um instrumento central de intervenção, exigindo consciência de si e capacidade de autorregulação emocional.

Paralelamente, todas as intervenções desenvolvidas ao longo dos estágios foram fundamentadas em modelos teóricos de enfermagem e na evidência científica disponível, através da pesquisa bibliográfica sistemática e da integração do conhecimento na prática clínica, traduzindo o desenvolvimento da competência D2. A utilização da evidência científica permitiu sustentar as decisões clínicas, orientar as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, bem como fundamentar a elaboração de projetos, materiais de apoio e ações formativas, promovendo uma prática informada, crítica e alinhada com as boas práticas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. A fundamentação científica das intervenções revelou-se particularmente importante na construção e implementação de consultas de enfermagem, nomeadamente, sessões de

prevenção da recaída (Apêndice 8), intervenções psicoeducativas e ações de formação dirigidas a profissionais (Apêndice 4), exigindo pesquisa bibliográfica, análise crítica da evidência e integração do conhecimento científico na prática clínica.

A reflexão crítica contínua, aliada à procura ativa de conhecimento científico, possibilitou a articulação entre teoria e prática, favorecendo a adequação das intervenções às necessidades específicas das pessoas em cuidados e aos diferentes contextos institucionais. A elaboração da RIL e a reflexão sistemática sobre as experiências vividas em estágio constituíram igualmente estratégias importantes para o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de fundamentação da prática especializada. Este processo contribuiu para a consolidação de uma prática especializada consciente, reflexiva e em permanente desenvolvimento, reconhecendo-se que o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais se constrói ao longo do tempo e se prolonga para além do percurso formativo.

Em síntese, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi desenvolvido através da promoção do autoconhecimento, da reflexão crítica sobre a prática e da fundamentação das intervenções na evidência científica, contribuindo para a consolidação de uma prática especializada segura, consciente e orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

No quadro seguinte encontram-se sintetizadas algumas das atividades desenvolvidas no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao longo dos diferentes contextos de estágio.

Quadro 4 - Atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio no âmbito do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Competência	Atividades desenvolvidas nos contextos de estágio
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Reflexão crítica contínua sobre as experiências vividas em estágio, promovendo consciência dos próprios limites, emoções e áreas de desenvolvimento profissional.
D1.1.1 – Otimiza o autoconhecimento	Desenvolvimento da relação terapêutica em contextos de elevada exigência emocional, nomeadamente junto de pessoas em situação de crise psiquiátrica e pessoas com comportamentos aditivos e dependências.
D1.1.3 – Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais	Reconhecimento da necessidade de supervisão clínica e orientação por parte dos enfermeiros tutores em situações de maior complexidade clínica e relacional.
D1.2.2 – Gere sentimentos e emoções	Desenvolvimento de estratégias de autorregulação emocional e adaptação aos diferentes contextos clínicos e institucionais.
D1.2.3 – Atua eficazmente sob pressão	Participação em contextos de internamento de agudos e intervenção em situações de crise psiquiátrica, exigindo adaptação e capacidade de resposta em situações complexas.
D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica	Fundamentação das intervenções clínicas, psicoterapêuticas e psicoeducativas através da pesquisa bibliográfica e integração da evidência científica na prática clínica.
D2.1.1 – Atua como formador oportuno em contexto de trabalho	Dinamização de ações de formação dirigidas a profissionais nos diferentes contextos de estágio.
D2.2.1 – Atua como dinamizador da incorporação do novo conhecimento	Implementação de intervenções e estratégias fundamentadas em modelos teóricos e evidência científica atual na área da saúde mental e psiquiátrica.
D2.2.3 – Investiga e colabora em estudos de investigação	Desenvolvimento da RIL no âmbito da intervenção em crise em saúde mental.
D2.2.4 – Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência	Elaboração de materiais psicoeducativos, projetos de intervenção e apresentações formativas sustentadas na evidência científica.
D2.3.4 – Usa tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados	Realização de pesquisa bibliográfica sistemática e utilização de bases de dados científicas para fundamentação da prática clínica.

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

A saúde mental constitui uma dimensão essencial da saúde, influenciando o bem-estar, a capacidade funcional e a qualidade de vida das pessoas. Atualmente, é entendida como um fenómeno complexo, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, exigindo uma abordagem integrada e centrada na pessoa (Alves & Rodrigues, 2010).

Neste contexto, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume um papel fundamental na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental, bem como na avaliação e intervenção perante situações de sofrimento, alteração ou perturbação mental (Regulamento nº 515/2018, 2018).

A prática do EEESMP caracteriza-se pela mobilização de competências psicoterapêuticas, psicossociais, sócioterapêuticas e psicoeducativas, bem como pelo uso de si próprio como instrumento terapêutico, permitindo uma intervenção ajustada às necessidades singulares de cada pessoa. Esta atuação visa não só a redução do sofrimento psíquico e da incapacidade associada às perturbações mentais, mas também a promoção da autonomia, da funcionalidade e da integração social, sustentada numa relação terapêutica empática, segura e de confiança (Regulamento nº 515/2018, 2018). As competências específicas do EESMP encontram-se definidas no Regulamento n.º 515/2018 da OE, constituindo, em articulação com as competências comuns do EE, um referencial orientador da prática clínica especializada. Este enquadramento normativo visa assegurar padrões de qualidade e segurança nos cuidados prestados, bem como clarificar o perfil de intervenção do EESMP junto dos cidadãos (Regulamento nº 515/2018, 2018).

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 (2018), o perfil de competências específicas do EEESMP integra, entre outras, as seguintes dimensões fundamentais (OE, 2018):

- a) detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enquanto enfermeiro, sustentado em processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) assiste a pessoa, ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade, na otimização da saúde mental;
- c) ajuda a pessoa, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) presta cuidados psicoterapêuticos, sócioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Ao longo dos contextos de estágio realizados, foi possível desenvolver e integrar progressivamente estas competências específicas, através da prestação de cuidados especializados a pessoas com diferentes percursos de vida e necessidades em saúde mental, da realização de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas e da adaptação da prática aos diversos contextos clínicos. Este processo formativo permitiu consolidar uma prática reflexiva, fundamentada no pensamento crítico e orientada para a resposta às necessidades complexas das pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Nos pontos que se seguem, será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo de aquisição e desenvolvimento das competências específicas do EEESMP, evidenciando as intervenções realizadas, as aprendizagens adquiridas e o contributo dos diferentes contextos de estágio para a construção de uma prática especializada, ética e centrada na pessoa.

4.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE AGUDOS

O contexto de internamento de agudos caracteriza-se por elevada complexidade clínica, instabilidade emocional e presença frequente de situações de crise, exigindo do EEESMP uma intervenção especializada, flexível e centrada na pessoa, em conformidade com o perfil de competências definido no Regulamento nº 515/2018(2018). Neste contexto, o desenvolvimento das competências específicas ocorreu de forma progressiva, sustentado na prática clínica, na reflexão crítica e na supervisão especializada.

A realização sistemática de entrevistas clínicas de enfermagem constituiu uma das principais atividades desenvolvidas, permitindo uma avaliação global e aprofundada da história de saúde, com particular enfoque na história de saúde mental da pessoa e da família. A entrevista clínica assumiu-se como um instrumento central da prática em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, favorecendo a recolha estruturada de dados, a compreensão da vivência subjetiva da pessoa e o estabelecimento da relação terapêutica (Phaneuf, 2005) (Apêndice VIII). Esta prática permitiu dar resposta à competência específica F2.2 – “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”, através da integração sistemática de informação clínica, familiar e psicossocial no processo de cuidados (Regulamento nº 515/2018, 2018).

Paralelamente, a consciência de si enquanto instrumento terapêutico foi continuamente mobilizada durante a relação com os utentes, nomeadamente na gestão das próprias emoções, no reconhecimento de limites pessoais e na adaptação da postura profissional às necessidades da pessoa em sofrimento psíquico. O uso de si enquanto

ferramenta terapêutica constitui um elemento central da prática em enfermagem de saúde mental, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica empática, autêntica e promotora de mudança (Phaneuf, 2005). Este processo possibilitou o desenvolvimento da competência F1.1 – “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”, evidenciada pela autorregulação emocional e pela adequação da intervenção às respostas da pessoa (Regulamento nº 515/2018, 2018).

Com base na avaliação realizada, procedeu-se à formulação de diagnósticos de enfermagem em saúde mental e à definição de resultados esperados, sustentados em indicadores sensíveis à intervenção de enfermagem. O recurso ao processo de enfermagem permitiu assegurar coerência entre avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação, promovendo uma prática sistemática, estruturada e centrada na pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020). Estas atividades permitiram dar resposta às competências F3.1 – “Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade” e F3.2 – “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental” (Regulamento nº 515/2018, 2018). A utilização de instrumentos de avaliação, nomeadamente a Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo I) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Anexo II), permitiu monitorizar a evolução clínica das pessoas acompanhadas e avaliar os ganhos sensíveis às intervenções implementadas.

A elaboração, implementação e monitorização de planos de cuidados individualizados possibilitou o desenvolvimento da competência F3.4 – “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (Regulamento nº 515/2018, 2018). Estes planos integraram objetivos terapêuticos claros, intervenções adequadas às necessidades identificadas e avaliação contínua dos resultados, assegurando uma prática clínica coerente e orientada para a recuperação.

No domínio das intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, foi possível desenvolver competências especializadas através da implementação de diferentes intervenções estruturadas, selecionadas em função das necessidades identificadas durante o processo de avaliação. Estas intervenções incluíram a intervenção em crise (Apêndice XI) a relação de ajuda e reestruturação cognitiva (Apêndice IX), a psicoeducação (Apêndice XII) e o relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Apêndice X), contribuindo para o desenvolvimento da competência F4.2 – “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir

a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

A intervenção em crise foi desenvolvida junto de uma pessoa que apresentava ideação suicida estruturada (Apêndice XI), tendo sido identificado como foco de atenção de enfermagem o suicídio e formulado o diagnóstico de enfermagem comportamento autodestrutivo. Recorrendo ao Modelo de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (MIPE), foram realizadas sessões estruturadas que incluíram avaliação biopsicossocial, avaliação da letalidade e avaliação do risco suicidário através da Escala Global de Avaliação do Risco de Suicídio (NGASR) (Anexo VI), identificação de fatores precipitantes e fatores protetores, exploração dos significados atribuídos à situação de crise e construção conjunta de estratégias de *coping* e de um plano de segurança. Ao longo do processo terapêutico verificou-se uma melhoria da estabilidade emocional da pessoa, uma maior capacidade de identificar recursos pessoais e de mobilizar estratégias adaptativas para lidar com situações de sofrimento, bem como uma redução do risco associado ao comportamento autodestrutivo.

Paralelamente, foi implementada uma intervenção de relação de ajuda (Apêndice IX) junto de uma pessoa com baixa autoestima, centrada na exploração dos sentimentos associados à autoimagem, valorização das capacidades pessoais e identificação de recursos internos. A avaliação efetuada através da Escala de Autoestima de Rosenberg (Anexo I) evidenciou uma melhoria dos níveis de autoestima ao longo da intervenção, demonstrando ganhos sensíveis aos cuidados especializados de enfermagem em saúde mental.

Foram igualmente realizadas intervenções de reestruturação cognitiva (Apêndice IX) junto de uma pessoa com sintomatologia ansiosa e humor depressivo, através da identificação de pensamentos automáticos negativos, análise da sua influência nas emoções e comportamentos e construção de interpretações alternativas mais adaptativas. A monitorização dos resultados através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Anexo II) permitiu verificar uma melhoria dos scores de ansiedade e depressão entre a avaliação inicial e final, embora permanecessem valores compatíveis com ansiedade provável, evidenciando a necessidade de continuidade do acompanhamento terapêutico.

No acompanhamento de uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia foram ainda desenvolvidas intervenções psicoeducativas (Apêndice XII) dirigidas à compreensão da doença, reconhecimento da sintomatologia, importância da adesão ao regime terapêutico e prevenção de recaídas. Para sustentar a avaliação e monitorização da evolução clínica foram utilizadas a Escala das Síndromes Positiva e Negativa (PANSS) (Anexo III) e a

Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (Anexo IV), permitindo uma avaliação mais aprofundada da sintomatologia psicótica e da capacidade de reflexão da pessoa acerca das suas crenças e experiências. Esta intervenção permitiu promover uma maior consciencialização acerca da doença e dos benefícios do tratamento, contribuindo para o desenvolvimento gradual do *insight* relativamente ao seu estado de saúde.

Complementarmente, foi possível participar em sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Apêndice X) integradas nas atividades terapêuticas da unidade, direcionadas sobretudo para a promoção do sono e gestão da insónia. Sob supervisão da enfermeira orientadora, foi possível conduzir uma das sessões, proporcionando uma experiência prática na aplicação desta técnica. Para além dos benefícios associados à melhoria do padrão de sono, foi possível observar efeitos positivos ao nível do relaxamento, diminuição da tensão emocional e promoção da autorregulação, contribuindo para o desenvolvimento de competências na implementação de intervenções psicoterapêuticas em contexto de internamento.

Para além da intervenção direta junto das pessoas internadas, foi também desenvolvida uma ação de formação dirigida aos profissionais de enfermagem subordinada ao tema “Intervenção em Crise – O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” (Apêndice XIII). Esta atividade permitiu aprofundar conhecimentos relacionados com a identificação precoce de situações de crise, avaliação da letalidade, primeiros socorros psicológicos e estratégias de intervenção especializadas, contribuindo para a disseminação de boas práticas e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Em síntese, o contexto de internamento de agudos possibilitou o desenvolvimento integrado de competências específicas do EEESMP, nomeadamente ao nível do autoconhecimento e uso de si, da avaliação especializada, do diagnóstico e planeamento de cuidados e da intervenção psicoterapêutica. Estas competências foram desenvolvidas através da articulação entre prática clínica, supervisão e reflexão crítica, sustentando uma atuação especializada, ética e baseada na evidência científica.

Quadro 5 - Atividades desenvolvidas no contexto de internamento de agudos e competências desenvolvidas/atingidas

Competência	Atividades desenvolvidas nos contextos de estágio
F1.1 – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	Utilização de si como instrumento terapêutico; gestão emocional perante situações de crise, sofrimento psíquico e comportamento suicidário; adaptação da postura terapêutica às necessidades da pessoa; reflexão crítica sobre a prática e supervisão clínica.
F2.2 – Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.	Realização de entrevistas clínicas de enfermagem; recolha de dados clínicos, familiares e psicossociais; avaliação do risco suicidário e da letalidade; Aplicação de instrumentos de avaliação adequados às necessidades identificadas.
F2.3 – Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	Planeamento e dinamização de formação dirigida aos profissionais.
F3.1 – Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.	Formulação de diagnósticos de enfermagem em saúde mental, nomeadamente comportamento autodestrutivo, baixa autoestima e ansiedade, com base na avaliação realizada.
F3.2 – Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.	Definição e monitorização de resultados esperados através da utilização de instrumentos de avaliação, permitindo avaliar a evolução da autoestima, sintomatologia ansiosa e depressiva, sintomatologia psicótica e insight cognitivo das pessoas acompanhadas.
F3.4 – Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.	Elaboração, implementação e avaliação de planos de cuidados individualizados; adaptação dos cuidados à evolução clínica da pessoa e às necessidades identificadas durante o internamento.
F4.2 – Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.	Implementação de intervenções psicoterapêuticas, e psicoeducativas, incluindo intervenção em crise, relação de ajuda, reestruturação cognitiva e técnicas de relaxamento.

4.2. NO CONTEXTO DE COMUNIDADE

A intervenção em contexto comunitário, desenvolvida numa UCC, incidiu na promoção da saúde mental, prevenção da doença e apoio psicossocial à pessoa, família e comunidade, assumindo o EEESMP um papel de referência na avaliação, planeamento e implementação de cuidados integrados.

Ao longo do estágio, foi continuamente mobilizada a consciência de si enquanto instrumento terapêutico, particularmente na relação estabelecida com crianças, cuidadores

informais, profissionais de saúde e outros elementos da comunidade. A autorregulação emocional, a gestão das próprias atitudes e a adaptação da postura profissional às características dos diferentes contextos e destinatários das intervenções foram essenciais para a criação de relações terapêuticas empáticas, seguras e promotoras de envolvimento.

Neste âmbito, foi desenvolvida a competência F1.1 – “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas”, evidenciada pela utilização consciente do self terapêutico em contextos individuais e grupais (Regulamento nº 515/2018, 2018).

A avaliação das necessidades em saúde mental constituiu uma etapa central da intervenção comunitária, nomeadamente através da observação sistemática do contexto escolar, da articulação com profissionais da UCC e da análise das características da população-alvo. Esta avaliação permitiu identificar fatores de risco e de proteção associados ao desenvolvimento emocional, bem como necessidades específicas ao nível das competências socioemocionais e da literacia em saúde mental.

Estas práticas traduziram o desenvolvimento da competência F2.1 – “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

Com base na avaliação realizada, foi planeado, implementado e desenvolvido um projeto de promoção da saúde mental em meio escolar, centrado no desenvolvimento de competências socioemocionais (Apêndice III) e alicerçado nos princípios do Programa Nacional de Saúde Escolar. O projeto foi adaptado às diferentes faixas etárias e implementado junto de crianças do JI e do 1.º Ciclo do Ensino Básico (1.º, 2.º, 3.º e 4.º anos de escolaridade). Para o efeito, foram construídas sessões específicas de acordo com os objetivos definidos para cada grupo etário, recorrendo a metodologias participativas, lúdicas e psicoeducativas que promoveram o envolvimento ativo das crianças e a aquisição de competências relacionadas com a identificação e expressão emocional, empatia, comunicação e resolução de problemas (Apêndice I).

Neste sentido, foi desenvolvida a competência F2.3 – “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

De modo articulado, o planeamento das sessões, a definição de objetivos, a seleção de estratégias de intervenção e a avaliação dos resultados permitiram estruturar cuidados de enfermagem ajustados às necessidades identificadas nos grupos e na

comunidade. Esta prática sistematizada refletiu-se na coerência entre avaliação, planeamento, implementação e avaliação das intervenções realizadas (Apêndice IV).

Estas atividades permitiram o desenvolvimento da competência F3.3 – “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

No âmbito das intervenções desenvolvidas, foram planeadas e dinamizadas sessões de psicoeducação dirigidos a diferentes grupos da comunidade. Para além das sessões de competências socioemocionais desenvolvidas em meio escolar, foram realizadas sessões psicoeducação sobre higiene do sono dirigidas a turmas do 6.º ano de escolaridade, com o objetivo de sensibilizar os adolescentes para a importância do sono na saúde física e mental e promover hábitos de sono saudáveis (Apêndice II). Foram ainda desenvolvidas intervenções dirigidas a cuidadores informais (Apêndice V) e formação aos profissionais de saúde da UCC (Apêndice VII), abordando temáticas relacionadas com a sobrecarga do cuidador e a prevenção da crise em saúde mental. Estas intervenções visaram aumentar a literacia em saúde mental, promover estratégias adaptativas e capacitar os participantes para a gestão das suas necessidades emocionais e relacionais.

Deste modo, foi desenvolvida a competência F4.1 – “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

O acompanhamento de cuidadores informais constituiu uma oportunidade para compreender as múltiplas exigências associadas ao seu papel, bem como as necessidades de suporte ao nível emocional, informativo e de acesso aos recursos comunitários disponíveis. Neste âmbito, foi possível assistir a uma sessão de grupo dirigida a cuidadores informais e realizar duas sessões individuais junto de uma cuidadora que apresentava sinais de sobrecarga associados ao exercício do papel de cuidadora (Apêndice V). A avaliação incluiu a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Anexo V), permitindo identificar as necessidades existentes e orientar a intervenção desenvolvida. Embora não tenha sido possível assegurar a continuidade do acompanhamento devido ao término do estágio, esta experiência revelou-se particularmente enriquecedora para a compreensão das necessidades dos cuidadores informais e da importância do suporte especializado nesta população. Complementarmente, foi elaborado um panfleto informativo sobre a sobrecarga do cuidador (Apêndice VI), com o objetivo de disponibilizar informação útil e estratégias de apoio aos cuidadores acompanhados pela UCC.

Estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento da competência F3.5 – “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a aceder aos recursos apropriados e a

escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

Para além das intervenções dirigidas à comunidade, foi ainda desenvolvida uma ação de formação dirigida aos profissionais da UCC subordinada ao tema “Prevenção da Crise em Saúde Mental” (Apêndice VII). Esta atividade permitiu sensibilizar os profissionais para a identificação precoce de sinais de alerta, fatores de risco e fatores protetores, bem como para a importância da intervenção precoce e do encaminhamento adequado das situações de maior vulnerabilidade em saúde mental.

Quadro 6 - Atividades desenvolvidas no contexto de comunidade e competências desenvolvidas/atingidas

Competência	Atividades desenvolvidas nos contextos de estágio
F1.1 – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	Utilização consciente do self terapêutico na relação com crianças, cuidadores informais, profissionais de saúde e outros elementos da comunidade; adaptação da postura profissional aos diferentes contextos e grupos-alvo.
F2.1 – Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	Avaliação das necessidades em saúde mental da população escolar; observação do contexto comunitário; articulação com profissionais da UCC; identificação de fatores de risco e proteção associados ao desenvolvimento emocional e à literacia em saúde mental.
F2.3 – Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	Planeamento, implementação e avaliação de um projeto de promoção da saúde mental centrado no desenvolvimento de competências socioemocionais; Planeamento e dinamização de formação dirigida aos profissionais.
F3.3 – Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.	Planeamento das sessões, definição de objetivos, seleção de estratégias de intervenção e avaliação dos resultados das atividades desenvolvidas em contexto comunitário.
F3.5 – Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a aceder aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.	Participação em sessão de grupo para cuidadores informais; realização de duas sessões individuais a cuidadora informal com aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit; orientação e apoio na identificação de recursos disponíveis; elaboração de panfleto informativo sobre sobrecarga do cuidador.
F4.1 – Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.	Desenvolvimento e dinamização de sessões de competências socioemocionais em contexto escolar; realização de sessões de educação para a saúde sobre higiene do sono dirigidas a alunos do 6.º ano;

4.3. NO CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

A intervenção desenvolvida no contexto de respostas diferenciadas para os comportamentos aditivos centrou-se na promoção da saúde mental, prevenção da recaída, redução de danos e minimização das consequências associadas aos comportamentos aditivos, assumindo o EEESMP um papel relevante na intervenção terapêutica, psicoeducativa e comunitária junto da pessoa em situação de vulnerabilidade.

Ao longo do estágio, foi continuamente mobilizada a consciência de si enquanto instrumento terapêutico, particularmente na relação estabelecida com pessoas com comportamentos aditivos, frequentemente marcadas por trajetórias de exclusão social, sofrimento psicológico e baixa adesão aos cuidados de saúde. A adaptação da postura terapêutica, a escuta ativa, a ausência de julgamento e a capacidade de estabelecer relações de confiança revelaram-se fundamentais para a promoção do envolvimento terapêutico e para a criação de um espaço seguro de intervenção.

Neste âmbito, foi desenvolvida a competência F1.1 – “Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

A integração nas diferentes respostas do serviço permitiu compreender a complexidade das necessidades da pessoa com comportamentos aditivos. A participação na administração de terapêutica de substituição opiácea em programas de alto e baixo limiar, bem como nas rondas da equipa de rua, possibilitou o contacto com pessoas em diferentes fases do processo terapêutico e com distintos níveis de vulnerabilidade social e clínica. As rondas da manhã centravam-se essencialmente na promoção da adesão ao tratamento, incentivo à consulta médica e encaminhamento para respostas adequadas, enquanto as rondas da tarde privilegiavam a redução de danos, a distribuição de material de consumo, lanches e vestuário, bem como o estabelecimento de uma relação terapêutica de proximidade.

Estas experiências permitiram desenvolver a competência F2.1 – “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente”, bem como a competência F3.5 – “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a aceder aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

De forma articulada, foi desenvolvido, em conjunto com uma colega, um projeto de Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica direcionado para a prevenção da recaída em comportamentos aditivos (Apêndice XIV). Após a sua elaboração, o projeto foi implementado junto de uma utente em situação de abstinência e acompanhamento regular no CRI, cumprindo os critérios de inclusão previamente definidos. A consulta foi estruturada em diferentes momentos terapêuticos, integrando uma avaliação inicial (Sessão 0), duas sessões de intervenção (Sessões 1 e 2) e uma sessão final de avaliação dos resultados obtidos. Foi ainda planeada uma sessão de *follow-up*, que não foi concretizada devido ao término do estágio (Apêndice XV)

Ao longo do processo foram avaliados fatores de risco e fatores de proteção para a recaída, identificados gatilhos internos e externos associados ao consumo, exploradas estratégias de *coping* previamente utilizadas pela utente e trabalhadas novas estratégias adaptativas de enfrentamento. Foram igualmente abordadas temáticas relacionadas com a motivação para a manutenção da abstinência, resolução de problemas, promoção da autonomia e reforço da adesão ao projeto terapêutico. Como produto final da intervenção foi elaborado um plano pessoal para prevenção de recaída, construído em conjunto com a utente, integrando sinais de alerta, estratégias de atuação, recursos de apoio e medidas de proteção a mobilizar perante situações de maior vulnerabilidade.

Estas atividades permitiram desenvolver a competência F3.4 – “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados” (Regulamento nº 515/2018, 2018), bem como a competência F4.2 – “Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade”, (Regulamento nº 515/2018, 2018), através da implementação de intervenções especializadas dirigidas à prevenção da recaída e promoção da recuperação.

No âmbito da promoção da adesão terapêutica e da literacia em saúde mental, foi elaborado um panfleto informativo (Apêndice XVI) sobre prevenção da recaída, destinado aos utentes acompanhados pelo serviço, bem como um cartão de bolso (Apêndice XVII) de incentivo ao tratamento direcionado aos utentes acompanhados pela equipa de rua. Estes materiais tiveram como objetivo reforçar a motivação para a continuidade do tratamento, facilitar o acesso aos recursos disponíveis e promover estratégias de autocuidado, redução de danos e prevenção da recaída.

Neste sentido, foi desenvolvida a competência F4.1 – “Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental” (Regulamento nº 515/2018, 2018).

Paralelamente, foi realizada uma ação de formação dirigida aos profissionais do serviço subordinada à temática da intervenção em crise, promovendo a reflexão acerca da abordagem terapêutica à pessoa em situação de crise emocional e comportamental (Apêndice XVIII). Esta experiência permitiu reforçar competências ao nível da capacitação de equipas, partilha de conhecimento científico e promoção de práticas especializadas em saúde mental.

Globalmente, o estágio realizado no ICAD permitiu consolidar competências específicas do EEESMP no âmbito da intervenção comunitária, prevenção da recaída, redução de danos, intervenção psicoterapêutica e promoção da autonomia, reforçando a importância de cuidados especializados, humanizados e centrados na pessoa.

Quadro 7 - Atividades desenvolvidas no contexto de respostas diferenciadas e competências desenvolvidas/atingidas

Competência	Atividades desenvolvidas nos contextos de estágio
F1.1 – Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	Utilização da relação terapêutica com pessoas com comportamentos aditivos; adaptação da postura profissional; escuta ativa; promoção de uma abordagem não julgadora; estabelecimento de relações de confiança e promoção da adesão aos cuidados.
F2.1 – Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.	Participação nos programas de substituição opiácea de alto e baixo limiar; integração nas rondas da equipa de rua; avaliação das necessidades de pessoas em situação de vulnerabilidade social e clínica; identificação de fatores de risco e proteção associados aos comportamentos aditivos.
F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	Desenvolvimento de projeto de prevenção da recaída em comportamentos aditivos; Planeamento e dinamização de formação dirigida aos profissionais.
F3.4 – Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.	Desenvolvimento e implementação da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Prevenção da Recaída; realização da avaliação inicial, Sessão 0, Sessão 1, Sessão 2 e sessão final; identificação de fatores de risco e proteção; definição de focos e diagnósticos de enfermagem.
F3.5 – Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a aceder aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.	Incentivo à adesão ao tratamento; encaminhamento para consulta médica e outros recursos terapêuticos; acompanhamento de pessoas em diferentes fases do processo de recuperação.
F4.1 – Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.	Elaboração de um panfleto informativo sobre prevenção da recaída; desenvolvimento de um cartão de bolso de incentivo ao tratamento destinado aos utentes acompanhados pela equipa de rua; promoção da literacia em saúde mental e da adesão terapêutica.

F4.2 – Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.	Implementação da Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Prevenção da Recaída; avaliação de fatores de risco e proteção; identificação de gatilhos internos e externos; treino de estratégias de coping; resolução de problemas; promoção da autonomia; reforço motivacional e prevenção da recaída.
---	---

4.4. A CONTRIBUIÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA PARA A CONSTRUÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A prática clínica desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de estágio constituiu um elemento fundamental no processo de construção pessoal e profissional enquanto futura EEESMP. Mais do que a aquisição de conhecimentos técnicos e científicos, este percurso permitiu um desenvolvimento progressivo ao nível relacional, reflexivo, emocional e terapêutico, contribuindo para a consolidação de uma identidade profissional mais consciente, crítica e humanizada.

Ao longo deste percurso, a mobilização do self terapêutico assumiu particular relevância, tornando evidente que, em enfermagem de saúde mental, o enfermeiro utiliza-se a si próprio como instrumento de cuidado. Neste sentido, o autoconhecimento revelou-se essencial para a construção da relação terapêutica, permitindo maior consciência das emoções, atitudes, limites pessoais e impacto da própria presença no processo de cuidar. Tal como referido por Pereira e Botelho (2014), o uso das qualidades pessoais com intencionalidade terapêutica exige não apenas conhecimento técnico-científico, mas também perícia, experiência e elevado grau de autoconhecimento.

Em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a relação terapêutica constitui um elemento central do processo de cuidar, implicando não apenas conhecimentos técnico-científicos, mas também a mobilização das qualidades pessoais do enfermeiro e a utilização consciente de si próprio como instrumento terapêutico (Pereira & Botelho, 2014).

Neste contexto, os diferentes estágios contribuíram de forma distinta, mas complementar, para este processo de crescimento. No contexto comunitário, desenvolvido na UCC, destacou-se a importância da promoção da saúde mental, da prevenção da doença e da intervenção precoce junto da comunidade, particularmente em meio escolar e no apoio a cuidadores informais. Este contexto permitiu desenvolver competências de comunicação, adaptação da linguagem, criatividade e proximidade terapêutica, reforçando a importância da literacia em saúde mental e da capacitação das pessoas e grupos.

Por sua vez, o estágio em internamento de agudos proporcionou o contacto com situações de crise emocional, desorganização psíquica e sofrimento mental intenso, exigindo maior capacidade de contenção emocional, autorregulação e tomada de decisão clínica em contextos de maior complexidade. A necessidade de manter uma postura terapêutica segura, empática e simultaneamente estruturada permitiu desenvolver competências relacionais e psicoterapêuticas fundamentais para o exercício especializado em saúde mental.

No contexto dos comportamentos aditivos, desenvolvido no ICAD, destacou-se a intervenção junto de pessoas em situação de vulnerabilidade social, exclusão e recaída, permitindo compreender de forma mais aprofundada o impacto dos determinantes sociais e emocionais na saúde mental. A participação nas rondas da equipa de rua, nos programas de substituição opiácea e na implementação da consulta de enfermagem de prevenção da recaída contribuiu significativamente para o desenvolvimento de uma prática mais humanizada, centrada na pessoa, livre de julgamento e promotora da autonomia.

Ao longo deste percurso, tornou-se evidente que o desenvolvimento profissional do EEESMP ocorre em simultâneo com um profundo desenvolvimento pessoal. O contacto com diferentes realidades, experiências de sofrimento e processos de vida exigiu uma reflexão contínua sobre valores, emoções, crenças e atitudes, favorecendo um maior conhecimento de si enquanto pessoa e profissional. O autoconhecimento permitiu reconhecer fragilidades, gerir emoções e desenvolver maior consciência sobre a forma como a própria pessoa interfere na relação terapêutica e no processo de cuidar. Segundo Carapeto (2021), o autoconhecimento constitui um processo dinâmico, multidimensional e diretamente relacionado com a adaptação e desenvolvimento individual.

A construção da identidade profissional revelou-se um processo dinâmico, influenciado pelas experiências vivenciadas, pelos diferentes contextos clínicos e pelas relações estabelecidas ao longo do percurso formativo, contribuindo progressivamente para uma maior consolidação do papel enquanto futura EEESMP (Oliveira et al., 2023).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis revelou-se particularmente significativa ao longo do percurso formativo, uma vez que todo o processo de desenvolvimento enquanto futura especialista foi marcado por múltiplas transições, quer ao nível pessoal, quer profissional. A passagem pelos diferentes contextos clínicos implicou processos constantes de adaptação, integração e transformação, exigindo mobilização de novos conhecimentos, competências e formas de estar na relação terapêutica. Simultaneamente, também as pessoas cuidadas vivenciavam processos de transição associados à doença mental, à crise, à vulnerabilidade, à recaída ou à reintegração social, reforçando a importância do papel do EESMP no acompanhamento terapêutico destes processos. A

teoria de Meleis permite compreender as transições enquanto processos complexos de mudança e adaptação, relevantes para a prática, investigação e desenvolvimento da enfermagem.

Assim sendo, a prática clínica constituiu um espaço privilegiado de aprendizagem e transformação, contribuindo não apenas para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, mas também para a construção de uma identidade profissional mais reflexiva, consciente e humanizada, capaz de integrar conhecimento científico, pensamento crítico e sensibilidade terapêutica na prestação de cuidados.

PARTE II - A PRÁTICA DE CUIDADOS BASEADA NA EVIDÊNCIA

A PBE constitui um pilar fundamental na prestação de cuidados de enfermagem, assentando na integração da melhor evidência científica disponível, da experiência clínica do profissional e das preferências e necessidades da pessoa. Esta abordagem revela-se particularmente relevante na área da saúde mental e psiquiátrica, caracterizada pela complexidade dos fenómenos humanos e pela necessidade de intervenções individualizadas, centradas na pessoa e no seu contexto.

Os dois capítulos que se seguem evidenciam a importância da PBE no âmbito da EEESMP. No primeiro capítulo é apresentada uma RIL que procura sintetizar o conhecimento científico disponível acerca dos efeitos da intervenção em crise realizada pelo EEESMP na pessoa adulta com doença mental. Posteriormente, no segundo capítulo, são descritas a operacionalização e a implementação de intervenções desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, centradas na promoção da saúde mental, prevenção da crise e resposta às necessidades identificadas, sustentadas pela melhor evidência científica disponível.

Num capítulo final serão abordadas as competências associadas ao grau de Mestre, através de uma reflexão crítica sobre o percurso académico, clínico e investigativo desenvolvido ao longo do curso. Será ainda analisado o contributo do trabalho de investigação para o aprofundamento de conhecimentos científicos, desenvolvimento da capacidade de análise crítica e tomada de decisão fundamentada, bem como para a consolidação das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

**1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA: “O EFEITO DA INTERVENÇÃO EM
CRISE REALIZADO PELO EEESMP NA PESSOA ADULTA COM DOENÇA MENTAL”**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), as perturbações mentais constituem um importante problema de saúde pública, estimando-se que, em 2019, cerca de 970 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 1 em cada 8 indivíduos, apresentassem uma perturbação mental. Em Portugal, a realidade revela-se igualmente preocupante, uma vez que o país apresenta uma das prevalências mais elevadas de perturbações mentais da União Europeia, afetando aproximadamente 22% da população em 2019 (Jurado, 2023).

As perturbações mentais caracterizam-se por alterações significativas nos processos cognitivos, na regulação emocional e no comportamento, podendo comprometer o funcionamento global da pessoa e provocar sofrimento considerável. A saúde mental resulta da interação de múltiplos fatores, incluindo fatores individuais, familiares, comunitários e sociais, que podem atuar como elementos de proteção ou de vulnerabilidade. Quando confrontado com acontecimentos ou circunstâncias percecionadas como adversas, o indivíduo pode tornar-se mais suscetível ao desenvolvimento de problemas de saúde mental.

Entre os fatores que influenciam este processo destacam-se aspetos psicológicos e biológicos, como as competências emocionais, os mecanismos de adaptação e a predisposição genética, que podem funcionar como fatores protetores ou fatores de risco. Importa ainda salientar que muitos destes fatores estão relacionados com alterações estruturais e funcionais do cérebro, desempenhando um papel determinante no desenvolvimento e evolução das perturbações mentais (OMS, 2022).

A Saúde Mental é um conceito amplo que ultrapassa a simples ausência de doença mental, perturbações psiquiátricas ou alterações comportamentais. Para além da capacidade de adaptação às exigências e desafios do quotidiano, envolve também a aptidão da pessoa para estabelecer relações interpessoais saudáveis, participar ativamente na comunidade, lidar de forma eficaz com os conflitos internos e contribuir de forma positiva para o meio em que se insere. Assim, a Saúde Mental reflete um estado de equilíbrio dinâmico que favorece o bem-estar, o desenvolvimento pessoal e a integração social (Sequeira & Sampaio, 2020).

A crise em saúde mental pode ser compreendida como um estado de desequilíbrio psicológico temporário, resultante da incapacidade da pessoa para lidar com uma situação stressante através dos seus mecanismos habituais de *coping*, conduzindo a uma desorganização emocional e comportamental (Roberts & Ottens, 2005). Este processo desenvolve-se frequentemente de forma progressiva, podendo culminar em rutura do funcionamento psicológico quando os recursos da pessoa se revelam insuficientes (Townsend, 2018).

De acordo com Sequeira e Sampaio (2020), as crises podem ser classificadas em diferentes tipologias, destacando-se as crises acidentais, situacionais e desenvolvimentais.

A crise acidental resulta de acontecimentos inesperados e externos à pessoa, que não fazem parte do seu percurso normal de vida e que surgem de forma imprevisível. Estas situações tendem a desafiar os mecanismos habituais de adaptação, podendo provocar elevados níveis de *stress* e sofrimento psicológico. Exemplos incluem acidentes, catástrofes naturais ou outras ocorrências súbitas com impacto significativo na vida da pessoa.

A crise situacional decorre de acontecimentos específicos que são percecionados como ameaçadores ou difíceis de gerir, excedendo os recursos habitualmente utilizados pela pessoa ou família para lidar com a situação. Entre os exemplos mais frequentes encontram-se o divórcio, a perda de emprego, dificuldades financeiras, o diagnóstico de uma doença grave ou a morte de um familiar significativo.

Por sua vez, a crise desenvolvimental está relacionada com as diferentes etapas do ciclo vital e com as transições inerentes ao desenvolvimento humano. Apesar de serem acontecimentos expectáveis, podem exigir processos de adaptação complexos e desencadear períodos de instabilidade emocional. Inserem-se nesta categoria situações como o nascimento de um filho, a adolescência, a entrada na vida adulta, a reforma ou o envelhecimento.

A intervenção em crise constitui uma das primeiras respostas terapêuticas em saúde mental, tendo como finalidade prestar apoio imediato à pessoa que se encontra perante uma situação de crise, prevenindo o agravamento do seu estado emocional e psicológico (Sequeira & Sampaio, 2020).

Os mesmos autores referem que a intervenção em crise corresponde a um processo de suporte dirigido à pessoa ou família, com o objetivo de facilitar a adaptação a acontecimentos potencialmente traumáticos, reduzindo o impacto negativo da situação vivenciada e promovendo o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de enfrentamento. Trata-se de uma intervenção orientada para a resolução de problemas no imediato, mobilizando recursos pessoais, familiares, sociais e comunitários que contribuam para a recuperação do equilíbrio e do funcionamento da pessoa.

Os objetivos da intervenção em crise centram-se na diminuição do impacto da crise e na promoção do restabelecimento do equilíbrio da pessoa. Neste sentido, pretende-se prevenir uma maior deterioração do funcionamento psicológico, emocional e social, favorecendo o retorno ao nível de funcionamento pré-crise. Paralelamente, procura-se fortalecer a capacidade de resolução de problemas, estimular recursos adaptativos e identificar fatores de risco suscetíveis de comprometer o processo de recuperação,

minimizando potenciais consequências negativas para a pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020).

Em suma, a intervenção em crise assume-se como uma abordagem estruturada, breve e orientada para a resolução de problemas, centrada na avaliação da situação, mobilização de recursos e restabelecimento do equilíbrio emocional. A evidência científica demonstra que estas intervenções devem privilegiar estratégias precoces e não coercivas, promovendo a segurança e reduzindo o risco de escalada da agressividade.

Assim o objetivo desta revisão é avaliar o efeito da intervenção em crise realizada pelo EEESMP na pessoal adulta com doença mental.

1.1. MÉTODO

O método utilizado foi a RIL, entendida como um método de investigação que permite a identificação, análise crítica e síntese da evidência científica existente sobre um determinado fenómeno, contribuindo para a incorporação dos resultados da investigação na prática clínica e para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde e enfermagem (Mendes, et al., 2008). Este tipo de revisão possibilita a integração de estudos com diferentes abordagens metodológicas, proporcionando uma compreensão mais abrangente do estado atual do conhecimento, bem como a identificação de lacunas que orientem futuras investigações (Souza et al., 2010)

A revisão integrativa caracteriza-se por um processo sistemático e rigoroso, composto por etapas sequenciais que asseguram a transparência e a reprodutibilidade do estudo. Neste sentido, o presente estudo seguiu as seis etapas propostas por (Mendes, et al., 2008), nomeadamente: identificação do tema e formulação da questão de investigação; definição dos critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a extrair dos estudos selecionados; avaliação crítica dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da síntese do conhecimento. Estas etapas são fundamentais para garantir a validade metodológica e a qualidade da evidência produzida.

A escolha do tema emergiu do interesse académico e profissional pela área da saúde mental, particularmente no âmbito da intervenção em crise, uma vez que esta se caracteriza por situações de elevada instabilidade emocional e comportamental, exigindo respostas terapêuticas adequadas e baseadas na evidência científica. Neste contexto, o EEESMP assume um papel relevante na implementação de intervenções terapêuticas, nomeadamente na gestão de situações de agitação e desregulação emocional, mobilizando competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE,

2018). Paralelamente, a prática especializada exige uma atuação sustentada na evidência científica e orientada para a qualidade e segurança dos cuidados (OE, 2019).

Considerando a heterogeneidade conceptual associada ao termo “intervenção em crise”, optou-se por incluir intervenções não farmacológicas, nomeadamente estratégias de desescalada verbal, abordagens relacionais e intervenções psicoterapêuticas, por constituírem componentes estruturantes da intervenção em crise em saúde mental. A análise da evidência científica sobre estas intervenções assume particular relevância no âmbito da PBE, permitindo fundamentar a tomada de decisão clínica e orientar a prática profissional de forma estruturada e avaliável (Roberts, 2005).

Desta forma, foi formulada a seguinte questão de investigação: “Qual o efeito da intervenção em crise realizada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na pessoa adulta com doença mental?”. A formulação da questão teve por base a estratégia PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcomes), amplamente utilizada na investigação em saúde para estruturar questões de investigação de forma clara e objetiva, facilitando a definição dos elementos-chave do estudo. Considerou-se como população a pessoa adulta com doença mental, como intervenção a intervenção em crise e como outcomes os efeitos resultantes dessa intervenção.

Para a pesquisa bibliográfica foram utilizados descritores validados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), tendo sido utilizada a seguinte equação de pesquisa: “crisis intervention” AND “psychiatric nursing” AND “adult”.

A pesquisa foi realizada através do motor de busca Google Scholar, no período compreendido entre outubro de 2025 e janeiro de 2026. Foram definidos critérios de inclusão, nomeadamente: artigos disponíveis em texto integral, publicados em língua portuguesa ou inglesa, publicados nos últimos cinco anos e que abordassem população adulta. Como critérios de exclusão consideraram-se estudos dirigidos a população não adulta e artigos que não respondessem ao objetivo do estudo.

Com o intuito de facilitar a compreensão do processo metodológico adotado, apresenta-se de seguida a representação esquemática das etapas que orientaram a presente RIL. Esta figura foi adaptada a partir do referencial metodológico de Mendes, et

al., (2008), tendo sido adequada à temática e aos procedimentos específicos do presente estudo.

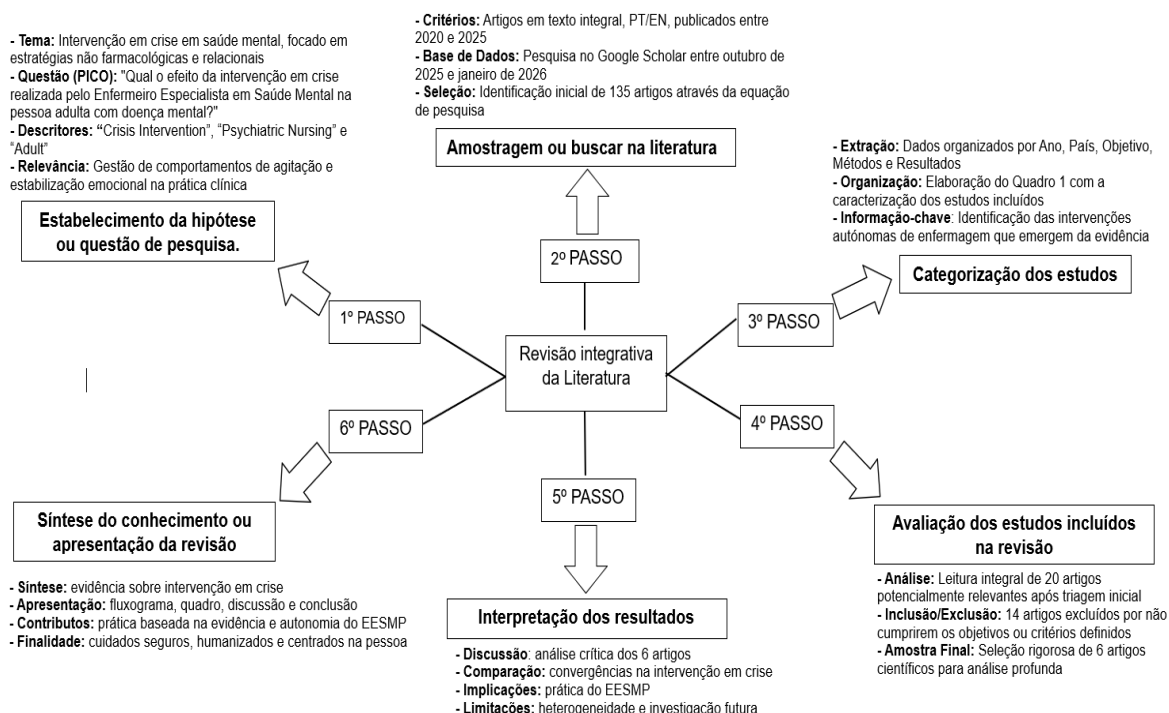


Figura 2 – Etapas metodológicas da revisão integrativa da literatura, adaptado de Mendes et al. (2008).

1.2. RESULTADOS

Foram inicialmente identificados 135 artigos através da pesquisa bibliográfica realizada no Google Scholar. Após a leitura do título e resumo, foram excluídos 115 estudos por não se enquadrarem no tema em análise ou por não responderem à questão de investigação. Deste processo resultaram 20 artigos potencialmente relevantes para leitura integral.

Posteriormente, procedeu-se à leitura do texto completo destes estudos, tendo sido excluídos 14 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos. Assim, a amostra final da presente revisão integrativa ficou constituída por 6 artigos científicos.

Seguidamente, apresenta-se o fluxograma correspondente ao processo de seleção dos estudos incluídos na revisão da literatura.

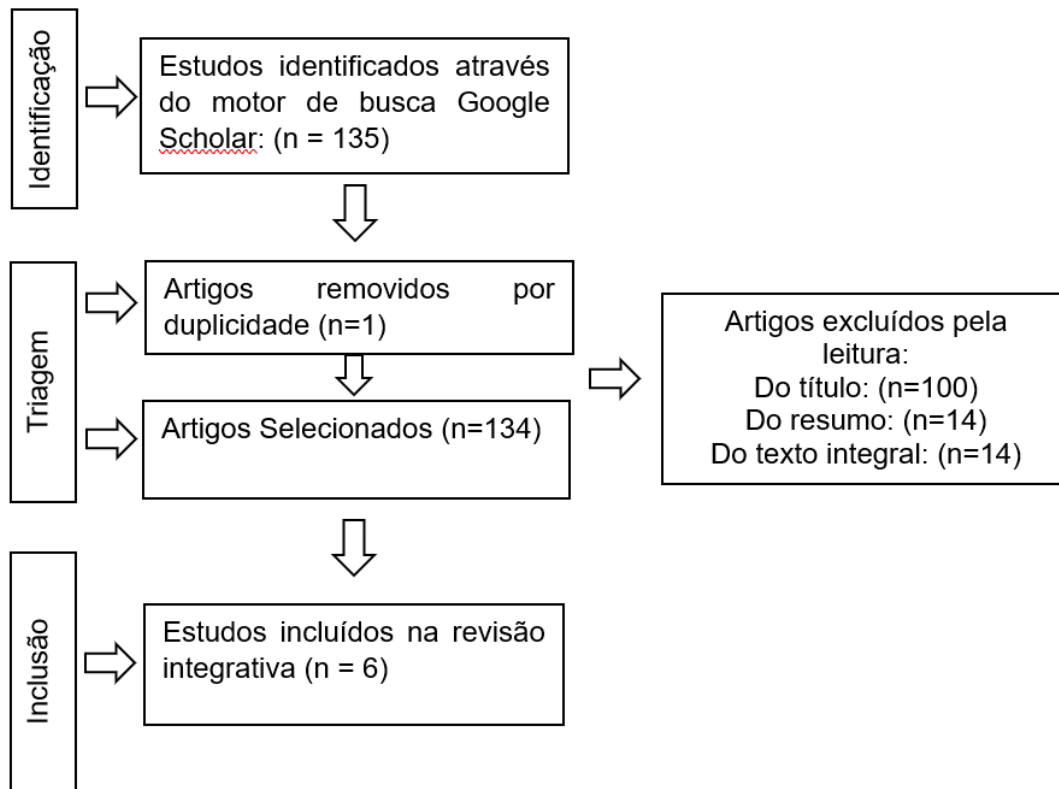


Figura 3 - Fluxograma da seleção dos estudos consultados

Após a seleção final, os seis estudos foram analisados e sintetizados num quadro de caracterização, contemplando autor, ano, país, objetivo, metodologia e principais resultados.

Da análise dos artigos incluídos emergiram como principais áreas temáticas: técnicas de desescalada verbal, intervenções não farmacológicas na redução de práticas coercivas, formação de profissionais, importância da relação terapêutica e respostas organizacionais estruturadas para situações de crise.

De forma global, os estudos sugerem que intervenções precoces, relacionais e não coercivas podem contribuir para a redução da agressividade, diminuição do recurso à contenção e isolamento, promoção de ambientes terapêuticos mais seguros e melhoria da qualidade dos cuidados prestados em saúde mental.

Posteriormente ao processo de seleção dos artigos, de acordo com os critérios previamente definidos, apresentam-se os resultados dos 6 estudos incluídos na presente revisão integrativa, tendo por base o contexto, a questão de investigação e os objetivos estabelecidos. Dos artigos seleccionados, 1 foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, 2 na Alemanha, 1 na Dinamarca, 1 no Reino Unido e 1 em contexto partilhado entre Irlanda e Reino Unido, evidenciando o interesse internacional pela temática da

intervenção em crise em saúde mental e pela adoção de estratégias promotoras de cuidados menos coercivos e mais centrados na pessoa.

Os estudos incluídos encontram-se sintetizados no Quadro 8, no qual são apresentados o autor, ano de publicação, país de origem, objetivo, metodologia e principais resultados, permitindo uma análise comparativa dos diferentes contributos científicos para a prática do EEESMP.

Quadro 8 - Estudos incluídos na revisão integrativa

Artigo	Ano	País	Objetivo principal	Métodos	Principais resultados	Intervenções autônomas de enfermagem que emergem
Chase et al. – <i>The effectiveness of de-escalation techniques as compared to physical restraint/seclusion on inpatient psychiatric units</i>	2020	EUA	Avaliar a eficácia das técnicas de desescalada comparadas com contenção física ou isolamento (seclusion) na redução da agressividade em unidades psiquiátricas.	Revisão sistemática quantitativa com 14 estudos incluídos.	Técnicas de desescalada mostraram redução de lesões e eventos agressivos em vários estudos, sendo consideradas alternativa mais segura que contenção.	Uso de comunicação terapêutica; identificação precoce de sinais de agitação; abordagem verbal calma; promoção de escolhas ao utente; utilização da relação terapêutica para reduzir agressividade.
Brenig et al. – <i>Is De-escalation Training Effective in Reducing Violent Incidents in Forensic Psychiatric Settings?</i>	2023	Alemanha	Avaliar se programas de formação em desescalada reduzem incidentes violentos em psiquiatria forense.	Revisão sistemática da literatura com 6 estudos.	A formação em desescalada mostrou tendência para reduzir incidentes violentos e aumentar a sensação de segurança dos profissionais, apesar da evidência ainda limitada.	Formação dos profissionais em técnicas de desescalada; utilização de estratégias de comunicação e gestão de conflitos; intervenção precoce perante sinais de agressividade.
Adeleke et al. – <i>Demystifying the Impact of Non-Pharmacological Interventions on Seclusion Episodes in Adult Psychiatry Settings</i>	2023	Irlanda / Reino Unido (contexto dos estudos)	Avaliar o impacto das intervenções não farmacológicas na redução de episódios de isolamento (seclusion) em unidades psiquiátricas.	Revisão sistemática com 10 estudos incluídos.	Intervenções não farmacológicas demonstraram redução na incidência de episódios de isolamento (seclusion) em unidades psiquiátricas.	Implementação de estratégias não farmacológicas; técnicas de desescalada verbal; intervenções psicossociais; educação e treino da equipa; abordagem centrada na pessoa.
Pedersen et al. – <i>Interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings</i>	2024	Dinamarca	Identificar intervenções eficazes para reduzir a contenção mecânica em contextos de internamento psiquiátrico.	Revisão sistemática com 41 estudos incluídos.	Intervenções como métodos de desescalada, formação da equipa e mudanças organizacionais podem reduzir a incidência e duração da contenção mecânica.	Estratégias de desescalada; promoção de ambiente terapêutico seguro; avaliação precoce do risco de agressividade; intervenção relacional e comunicação terapêutica.
Steimle et al. – <i>Professional relationships during crisis interventions</i>	2024	Alemanha	Explorar como se desenvolvem relações profissionais de apoio durante intervenções em crise.	Scoping review com 8 estudos incluídos.	A relação terapêutica é um elemento central para o sucesso da intervenção em crise, influenciando adesão e gestão emocional do utente.	Construção de relação terapêutica; escuta ativa; empatia; validação emocional; estabelecimento de aliança terapêutica durante a crise.
Anderson et al. – <i>Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways</i>	2022	Reino Unido	Avaliar a eficácia das unidades de crise de curta duração em percursos de cuidados em saúde mental.	Revisão sistemática e meta-análise com 12 estudos e mais de 67 mil participantes.	As unidades de crise reduzem admissões hospitalares e tempo de permanência nos serviços de urgência.	Intervenções de estabilização em crise; avaliação rápida do estado mental; encaminhamento adequado; suporte intensivo de curta duração.

1.3. DISCUSSÃO

Os estudos incluídos na presente revisão integrativa evidenciam que a intervenção em crise em saúde mental beneficia da implementação de estratégias precoces, relacionais e não coercivas, centradas na pessoa e orientadas para a promoção da segurança, estabilização emocional e prevenção de agravamento clínico. De forma global, a evidência sugere que intervenções como técnicas de desescalada verbal, formação de profissionais, fortalecimento da relação terapêutica e criação de respostas organizacionais estruturadas contribuem para melhores resultados clínicos e assistenciais.

De acordo com Chase et al. (2020), as técnicas de desescalada verbal revelam-se uma alternativa mais segura e terapêutica quando comparadas com medidas coercivas, como a contenção física ou o isolamento. Os estudos analisados pelos autores demonstraram redução de comportamentos agressivos e diminuição de lesões em diversos contextos psiquiátricos. Estes resultados reforçam a importância da identificação precoce de sinais de agitação e da utilização da comunicação terapêutica como primeira linha de intervenção, permitindo evitar a escalada da crise e preservar a dignidade da pessoa.

Também Brenig et al. (2023), ao analisarem programas de formação em desescalada em contextos de psiquiatria forense, identificaram tendência para redução de incidentes violentos e aumento da percepção de segurança por parte dos profissionais. Apesar de salientarem limitações metodológicas nos estudos incluídos, os autores destacam que a capacitação das equipas em técnicas de gestão de conflitos e comunicação em crise poderá constituir um elemento determinante para ambientes assistenciais mais seguros. Estes resultados sugerem que a formação contínua dos profissionais assume particular relevância na prática especializada em saúde mental.

No estudo de Adeleke et al. (2023), verificou-se que intervenções não farmacológicas contribuíram para a redução da incidência de episódios de isolamento em unidades psiquiátricas. Os autores salientam que abordagens centradas na pessoa, treino das equipas e estratégias relacionais podem reduzir o recurso a práticas restritivas sem comprometer a segurança clínica. Estes achados vão ao encontro das atuais orientações internacionais, que defendem a minimização de intervenções coercivas e a promoção de cuidados humanizados.

De forma semelhante, Pedersen et al. (2024) concluíram que intervenções como métodos de desescalada, reforço de recursos humanos, alterações organizacionais e mudança da cultura institucional demonstram potencial para reduzir a incidência e duração da contenção mecânica em internamento psiquiátrico. Contudo, os autores referem heterogeneidade metodológica e necessidade de estudos mais robustos. Ainda assim,

evidenciam que a redução da contenção não depende exclusivamente do profissional individual, exigindo igualmente mudanças estruturais e organizacionais nos serviços.

Outro contributo relevante emerge do estudo de Steimle et al. (2024), que destaca a relação terapêutica como elemento central durante a intervenção em crise. Relações profissionais baseadas na empatia, confiança, escuta ativa e colaboração favorecem a adesão da pessoa ao processo terapêutico, promovem regulação emocional e facilitam a resolução da crise. Estes resultados assumem especial importância para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na medida em que a relação interpessoal constitui um instrumento terapêutico fundamental da prática clínica.

Por sua vez, Anderson et al. (2022) demonstraram que unidades de crise de curta duração podem reduzir admissões hospitalares e o tempo de permanência nos serviços de urgência, constituindo respostas eficazes no continuum de cuidados em saúde mental. Estes resultados sugerem que respostas intermédias e especializadas podem melhorar a acessibilidade aos cuidados, prevenir internamentos desnecessários e promover intervenção atempada em momentos críticos.

Em síntese, os estudos analisados convergem na valorização de intervenções precoces, relacionais e menos coercivas, centradas na pessoa e apoiadas por equipas capacitadas e estruturas organizacionais adequadas. Para o EEESMP, estes resultados reforçam o papel central na avaliação da crise, utilização da comunicação terapêutica, implementação de estratégias de desescalada, promoção de ambientes seguros e desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas.

Contudo, importa reconhecer que vários estudos apresentam limitações metodológicas, amostras reduzidas e heterogeneidade nos desenhos de investigação, o que condiciona a generalização dos resultados. Assim, torna-se necessária a realização de estudos futuros com maior robustez científica que permitam aprofundar o impacto específico das intervenções autónomas de enfermagem na gestão de situações de crise em saúde mental.

Atendendo à diversidade terminológica utilizada nos estudos incluídos na presente revisão, considerou-se pertinente apresentar, no Quadro 9, um paralelismo entre as intervenções autónomas de enfermagem identificadas na literatura e a linguagem classificada utilizada em Portugal, de forma a evidenciar a correspondência conceptual entre a evidência científica disponível e a prática especializada em EEESMP.

Quadro 9 – Paralelismo entre as intervenções identificadas na literatura sobre intervenção em crise e a linguagem classificada utilizada em Portugal.

Principais intervenções identificadas na literatura (Chase et al., 2020; Adeleke et al., 2023; Brenig et al., 2023; Anderson et al., 2022; Pedersen et al., 2024; Steimle et al., 2024)	Intervenções de Enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (OE, 2019).
<p>Abordagem centrada na pessoa</p> <p>Abordagem verbal calma</p> <p>Avaliação precoce do risco de agressividade</p> <p>Avaliação rápida do estado mental</p> <p>Comunicação terapêutica</p> <p>Construção de relação terapêutica</p> <p>Educação e treino da equipa</p> <p>Empatia</p> <p>Encaminhamento adequado</p> <p>Escuta ativa</p> <p>Estabelecimento de aliança terapêutica durante a crise</p> <p>Formação dos profissionais em técnicas de desescalada</p> <p>Identificação precoce de sinais de agitação</p> <p>Implementação de estratégias não farmacológicas</p> <p>Intervenção precoce perante sinais de agressividade</p> <p>Intervenção relacional e comunicação terapêutica</p> <p>Intervenções de estabilização em crise</p> <p>intervenções psicossociais</p> <p>Promoção de ambiente terapêutico seguro</p> <p>Promoção de escolhas ao utente</p> <p>Suporte intensivo de curta duração</p> <p>Técnicas de desescalada verbal</p> <p>Utilização da relação terapêutica para reduzir a agressividade</p> <p>Utilização de estratégias de comunicação e gestão de conflitos</p> <p>Validação emocional</p>	<p>Avaliar estado mental</p> <p>Avaliar risco de suicídio através de escala</p> <p>Capacitar o utente para a tomada de decisão</p> <p>Capacitar profissionais de saúde para intervenção em crise</p> <p>Capacitar profissionais de saúde sobre estratégias de gestão de conflitos</p> <p>Encaminhar para recursos de saúde existentes</p> <p>Ensinar e promover sobre técnicas de autocontrolo</p> <p>Ensinar, instruir e treinar técnicas de comunicação aos profissionais de saúde</p> <p>Estabelecer comunicação terapêutica</p> <p>Estabelecer relação terapêutica</p> <p>Executar apoio emocional</p> <p>Executar escuta ativa</p> <p>Executar intervenção [Intervenção em crise]</p> <p>Facilitar a expressão de emoções e sentimentos</p> <p>Promover ambiente calmo e seguro</p> <p>Vigiar comportamento do utente</p>

1.4. CONCLUSÕES

A presente RIL permitiu analisar a evidência científica disponível acerca do efeito da intervenção em crise realizada em adultos com doença mental, com particular enfoque em intervenções não farmacológicas relevantes para a prática do EEESMP.

Os resultados evidenciam que estratégias como a desescalada verbal, a comunicação terapêutica, a relação de ajuda, a formação dos profissionais e a implementação de respostas estruturadas para situações de crise podem contribuir para a redução de comportamentos agressivos, diminuição do recurso a medidas coercivas, promoção da segurança e melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Verificou-se igualmente que a relação terapêutica assume um papel central na gestão da crise, favorecendo a adesão da pessoa ao processo de cuidados, a regulação emocional e a resolução da situação crítica. Paralelamente, a existência de respostas organizacionais diferenciadas, como unidades de crise de curta duração, demonstra potencial para melhorar a acessibilidade e a continuidade assistencial em saúde mental.

O EEESMP assume um papel determinante na avaliação precoce da crise, implementação de intervenções autónomas baseadas na evidência, promoção de ambientes terapêuticos seguros e humanizados e capacitação da pessoa para o desenvolvimento de estratégias adaptativas de *coping*.

Importa salientar que parte da evidência disponível apresenta limitações metodológicas e heterogeneidade entre estudos, o que reforça a necessidade de futuras investigações com maior robustez científica, particularmente centradas no impacto específico das intervenções de enfermagem especializada na gestão de situações de crise. Conclui-se que a intervenção em crise sustentada em abordagens precoces, relacionais e não coercivas constitui uma área fundamental da prática especializada em saúde mental, contribuindo para ganhos em saúde, respeito pela dignidade da pessoa e melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

2. A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

O Regulamento n.º 515/2018 da OE refere que o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem implica a utilização contínua da evidência científica na prática clínica por parte do EEESMP, promovendo cuidados fundamentados no conhecimento científico e orientados para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2018). Este pressuposto inclui ainda a participação ativa em atividades e projetos de investigação que contribuam para a produção de conhecimento e para o desenvolvimento da especialidade.

Neste contexto, compete ao EEESMP integrar de forma sistemática os resultados da investigação na tomada de decisão clínica, garantindo intervenções sustentadas na evidência, ajustadas às necessidades da pessoa e direcionadas para ganhos efetivos em saúde. Esta prática contribui para a qualidade, segurança e eficácia dos cuidados prestados, bem como para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas alvo de cuidados.

É neste enquadramento que se inserem as intervenções desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio, enquanto práticas sustentadas na melhor evidência científica disponível. Embora não tenha sido implementado um programa estruturado e formal, foram planeadas e implementadas diversas intervenções de enfermagem fundamentadas na evidência científica, em consonância com os pressupostos e recomendações identificados na RIL efetuada, contribuindo para a promoção da saúde mental, prevenção da crise e melhoria dos resultados em saúde das pessoas acompanhadas.

2.1. DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES IMPLEMENTADAS

A evidência científica disponível tem vindo a reforçar a relevância das intervenções não farmacológicas na abordagem à pessoa em situação de crise, destacando-se as técnicas de desescalada, as intervenções relacionais e as abordagens psicoterapêuticas. Estas estratégias assumem-se como intervenções de primeira linha, contribuindo para a diminuição da agressividade, para a redução do recurso a medidas restritivas e para a promoção de um ambiente mais seguro para a pessoa e para os profissionais (Chase et al., 2020).

Os estudos incluídos na RIL corroboram estes pressupostos, demonstrando que as técnicas de desescalada constituem uma ferramenta essencial na gestão de situações de crise. A sua utilização favorece a prevenção da escalada comportamental e reduz a necessidade de recorrer a intervenções coercivas, como a contenção mecânica ou o isolamento. Embora os resultados apresentados pelos diferentes estudos revelem alguma

variabilidade, existe consenso quanto ao valor destas estratégias enquanto boas práticas clínicas, particularmente quando implementadas precocemente e por profissionais com formação específica nesta área.

Adicionalmente, a literatura tem vindo a salientar o papel das intervenções não farmacológicas na redução do recurso a medidas restritivas, como a contenção mecânica e o isolamento. Estratégias assentes na relação terapêutica, na comunicação eficaz e na gestão emocional demonstram benefícios na prevenção da escalada da crise, favorecendo abordagens mais humanizadas e centradas na pessoa (Adeleke et al., 2023).

Os estudos analisados reforçam igualmente a importância da implementação de práticas assistenciais menos coercivas, privilegiando intervenções preventivas e a capacitação dos profissionais para a gestão de situações complexas. Neste sentido, a promoção de ambientes terapêuticos seguros, aliada ao desenvolvimento de competências específicas na intervenção em crise, constitui um elemento fundamental para a diminuição da utilização de medidas restritivas e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A deteção precoce de sinais de agitação, sofrimento emocional e desorganização comportamental constitui um aspeto fundamental na gestão da crise, permitindo a implementação de intervenções antes que a situação se agrave. Neste sentido, a formação dos profissionais em técnicas de desescalada tem demonstrado resultados promissores na prevenção de comportamentos violentos e na promoção de contextos terapêuticos mais seguros, apesar da variabilidade observada entre os diferentes estudos (Brenig et al., 2023).

Por outro lado, a relação terapêutica assume um papel determinante ao longo de todo o processo de intervenção. A literatura destaca que uma relação baseada na empatia, confiança, respeito e colaboração favorece o envolvimento da pessoa nos cuidados, potencia a regulação emocional e facilita a resolução da situação de crise. Desta forma, a qualidade da interação estabelecida entre o profissional e a pessoa é reconhecida como um dos elementos essenciais para o sucesso da intervenção (Steimle et al., 2024).

A literatura salienta ainda a importância da organização dos serviços de saúde mental e da disponibilização de respostas especializadas para a gestão de situações de crise. Estruturas como as unidades de crise e outros dispositivos de intervenção diferenciada parecem estar associadas a ganhos significativos em saúde, contribuindo para a diminuição do número de internamentos e para um acompanhamento mais eficaz da pessoa ao longo do seu percurso assistencial (Anderson et al., 2022).

Os estudos analisados sugerem igualmente que a existência de respostas organizadas e articuladas favorece a continuidade dos cuidados, promovendo uma

intervenção mais atempada e ajustada às necessidades da pessoa em situação de crise, com impacto positivo nos resultados em saúde.

Neste enquadramento, o EEESMP assume um papel central, mobilizando competências científicas, técnicas e relacionais que lhe permitem intervir de forma autónoma e especializada. De acordo com a OE, este profissional integra na sua prática competências psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, utilizando-se a si próprio como instrumento terapêutico e estabelecendo relações de ajuda que promovem o *insight*, a adaptação e a recuperação da pessoa (OE, 2018). Simultaneamente, as competências comuns do EE reforçam a necessidade de uma prática fundamentada na evidência, orientada para a qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento nº140/2019, 2019).

Ao longo dos três contextos clínicos que constituíram o percurso de estágio foi possível mobilizar estes pressupostos teóricos na prática clínica, através da implementação de intervenções centradas na promoção da saúde mental e na prevenção da crise e capacitação dos profissionais de saúde.

No primeiro estágio realizado em contexto comunitário, numa UCC, destaca-se, o desenvolvimento e implementação de um projeto de competências socioemocionais dirigido a crianças e adolescentes, com o objetivo de promover estratégias de regulação emocional e prevenir situações de crise futura (Apêndice III). Paralelamente, foi desenvolvida uma ação de formação dirigida aos profissionais da unidade subordinada à temática da prevenção da crise em saúde mental, visando reforçar a sua capacidade de identificação precoce de sinais de sofrimento psicológico e de encaminhamento adequado (Apêndice VII).

Posteriormente, no estágio realizado em internamento de psiquiatria de agudos, foi implementada intervenção em crise enquanto intervenção psicoterapêutica estruturada, com base na proposta de Sequeira e Sampaio (2020) (Apêndice XI). Neste contexto, foi igualmente desenvolvida uma ação de formação para os profissionais sobre intervenção em crise, reforçando conhecimentos relativos à avaliação, gestão e acompanhamento de pessoas em situação de crise (Apêndice XIII).

Por último, no decorrer do terceiro estágio que decorreu em contextos unidades especializadas, nomeadamente, ICAD, foi desenvolvido e implementado um projeto de consulta estruturada de enfermagem com foco na prevenção da recaída em comportamentos aditivos, reconhecendo a recaída como um potencial momento de crise que exige intervenção especializada (Apêndice XIV). Este projeto foi complementado com a elaboração de materiais psicoeducativos nomeadamente um panfleto, facilitando o acesso à informação útil através de estratégias para prevenção de recaídas (Apêndice XVI)

e com uma ação de formação dirigida aos profissionais sobre intervenção em crise em contexto de recaída e comportamentos aditivos (Apêndice XVIII).

Deste modo, a articulação entre a evidência científica e a prática clínica permitiu desenvolver intervenções mais eficazes, seguras e centradas na pessoa, reforçando a importância da PBE enquanto suporte fundamental da atuação do EEESMP e contribuindo para ganhos em saúde mental.

A transposição da evidência científica para a prática clínica constituiu um princípio orientador das intervenções desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Neste sentido, o Quadro 9 sintetiza a articulação entre os principais resultados identificados na literatura e as intervenções implementadas nos contextos de estágios percorridos, evidenciando a integração da PBE na atuação do EEESMP.

Quadro 10 – Aplicação da evidência científica identificada na RIL nas intervenções desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio

Evidência científica identificada	Intervenção implementada
A intervenção precoce em situações de crise pode contribuir para a estabilização da pessoa e para a prevenção do agravamento clínico (Almeida et al., 2021; Chase et al., 2020).	Implementação de intervenção psicoterapêutica estruturada, intervenção em crise, com base na proposta de Sequeira e Sampaio (2020), em contexto de internamento de psiquiatria de agudos (Apêndice XI).
A comunicação terapêutica, a escuta ativa e a relação terapêutica constituem elementos centrais na gestão da crise (Steimle et al., 2024).	Desenvolvimento de intervenção psicoterapêutica relação de ajuda em contexto de internamento de psiquiatria de agudos (Apêndice IX).
A formação dos profissionais em gestão da crise pode contribuir para ambientes terapêuticos mais seguros e preparados (Brenig et al., 2023).	Desenvolvimento de ações de formação sobre prevenção e intervenção em crise dirigidas aos profissionais da UCC, internamento de psiquiatria de agudos e ICAD (Apêndice VII, XIII e XVIII).
Intervenções não coercivas e centradas na pessoa devem ser privilegiadas na gestão da crise (Adeleke et al., 2023; Pedersen et al., 2024).	Implementação de intervenções relacionais, psicoterapêuticas e psicoeducativas centradas na pessoa ao longo dos diferentes contextos de estágio (Apêndices II, IV, VI, IX, X, XI, XII, XVI e XVIII).
A intervenção em saúde mental centrada na pessoa valoriza o estabelecimento de vínculo terapêutico, a promoção da autonomia e a participação ativa da pessoa no processo de cuidados (Almeida et al., 2021).	Desenvolvimento e implementação de um projeto de competências socioemocionais, de uma consulta estruturada de enfermagem para prevenção da recaída (Apêndice III e XVI).

2.2. MÉTODOS

No contexto de estágio na UCC, no âmbito da promoção da saúde mental e prevenção da crise, foi desenvolvido e implementado um projeto de promoção de

competências socioemocionais dirigido a crianças em contexto escolar. A intervenção teve como população-alvo alunos do JI e do 1.º Ciclo do Ensino Básico, tendo sido realizadas uma sessão em quatro turmas do JI e uma sessão em quinze turmas do 1.º Ciclo, adaptadas às características desenvolvimentais e aos objetivos específicos de cada faixa etária.

A metodologia utilizada teve por base o modelo de Aprendizagem Socioemocional (Social and Emotional Learning – SEL), centrando-se no desenvolvimento do autoconhecimento, autogestão, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável. Para o efeito, foram utilizadas metodologias participativas, lúdicas e psicoeducativas, recorrendo a histórias terapêuticas, apresentações interativas, atividades práticas, reflexão orientada e dinâmicas de grupo.

Foram igualmente planeadas intervenções destinadas aos alunos do 2.º e 3.º ciclos do ensino básico. Contudo, devido às limitações temporais inerentes ao período de estágio, não foi possível proceder à sua implementação.

No âmbito do estágio em internamento de agudos, a intervenção em crise foi desenvolvida junto de uma pessoa adulta com doença mental internada numa unidade de psiquiatria de agudos, que apresentava ideação suicida estruturada e comportamento autodestrutivo. A intervenção foi implementada segundo o MIPE, tendo como foco de atenção de enfermagem o suicídio e como diagnóstico de enfermagem o comportamento autodestrutivo.

Foram definidos como critérios de exclusão a presença de défice cognitivo grave, agitação psicomotora significativa, estado confusional e heteroagressividade. A intervenção decorreu em três sessões individuais, com frequência de uma a duas sessões por semana e duração aproximada de 45 a 60 minutos.

A avaliação inicial e final foi realizada através da Escala Global de Avaliação do Risco de Suicídio (NGASR), complementada pela avaliação biopsicossocial, identificação de fatores precipitantes e fatores protetores, avaliação do risco de suicídio, exploração dos significados atribuídos à situação de crise e construção conjunta de estratégias adaptativas de *coping* e de um plano de segurança.

No contexto do Centro de Respostas Integradas, foi implementada uma Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica direcionada para a prevenção da recaída em comportamentos aditivos. A intervenção foi desenvolvida junto de uma utente com historial de dependência de heroína e cocaína, em situação de abstinência e acompanhamento regular no CRI, cumprindo os critérios de inclusão previamente definidos para o projeto.

Foram considerados critérios de exclusão a presença de consumo ativo de substâncias, situação clínica aguda que comprometesse a participação na consulta, déficit cognitivo moderado a grave, descompensação psicopatológica que exigisse intervenção prioritária e ausência de motivação para participar no processo terapêutico.

A consulta foi estruturada em diferentes momentos terapêuticos, integrando uma sessão inicial de avaliação, duas sessões de intervenção e uma sessão final de avaliação dos resultados obtidos (Apêndice XV). A avaliação foi realizada através de entrevista clínica estruturada, observação clínica sistematizada, avaliação do estado emocional, análise da adesão ao acompanhamento e feedback verbal da utente relativamente às estratégias trabalhadas.

Ao longo das sessões foram identificados fatores de risco e fatores de proteção para a recaída, explorados gatilhos internos e externos associados ao consumo, treinadas estratégias adaptativas de *coping*, abordadas técnicas de regulação emocional e elaborado um plano de prevenção de recaída.

2.3. RESULTADOS

A avaliação das intervenções implementadas nos diferentes contextos de estágio foi realizada através da observação direta, aplicação de instrumentos de avaliação e análise dos resultados obtidos junto das pessoas acompanhadas. Os principais resultados observados no âmbito das intervenções desenvolvidas encontram-se sintetizados no Quadro 11.

Quadro 11 – Síntese dos resultados obtidos nos diferentes contextos de estágio

Contexto de estágio	Intervenção implementada	Resultados obtidos
Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)	Projeto de competências socioemocionais dirigido a crianças e adolescentes (Apêndice I, III e IV).	Elevada adesão e participação nas atividades; identificação e expressão de emoções básicas; reconhecimento de estratégias de autorregulação emocional; desenvolvimento de competências de cooperação, empatia e comunicação positiva; reflexão sobre comportamentos e relações interpessoais.
Internamento de Psiquiatria de Agudos	Intervenção em crise estruturada a uma utente com diagnóstico de enfermagem: Comportamento autodestrutivo (Apêndice XI).	Redução do score da NGASR de 11 pontos (risco elevado) para 8 pontos (risco intermédio); aumento da capacidade de expressão emocional; identificação dos fatores precipitantes da crise;

		reforço dos fatores protetores; desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas; elaboração de plano de segurança; ausência de novos comportamentos autodestrutivos durante a intervenção.
Instituto de comportamento de aditivos e dependências (ICAD)	Realização de consulta estruturada de enfermagem para prevenção da recaída em comportamentos aditivos (Apêndice XIV, XV, XVI).	Manutenção da abstinência; identificação de fatores de risco e sinais precoces de alerta; aumento da consciência emocional; desenvolvimento de estratégias de coping adaptativas; elaboração e validação de plano individualizado de prevenção da recaída.

2.4. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nos diferentes contextos de estágio evidenciam o contributo das intervenções especializadas de enfermagem para a promoção da saúde mental, prevenção da crise e prevenção da recaída, demonstrando a relevância da atuação do EEESMP junto de diferentes populações e em distintos contextos assistenciais.

Em contexto comunitário, os resultados observados após a implementação do projeto de competências socioemocionais (Apêndice III) sugerem que a intervenção contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionadas com a identificação, expressão e regulação emocional. A participação ativa dos alunos e a capacidade demonstrada na aplicação dos conteúdos abordados parecem refletir a aquisição de estratégias facilitadoras da adaptação emocional e da prevenção de futuras situações de vulnerabilidade psicológica. Estes resultados reforçam a importância da intervenção precoce na promoção da saúde mental em crianças e adolescentes.

No contexto de internamento de psiquiatria de agudos, os resultados obtidos através da intervenção em crise (Apêndice XI) evidenciam uma evolução positiva ao nível da capacidade de expressão emocional, identificação dos fatores precipitantes da crise e mobilização de estratégias de *coping* adaptativas. A redução do risco suicidário observada através da aplicação da Escala Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) entre a avaliação inicial e final (Anexo VI), associada à ausência de novos comportamentos autodestrutivos durante o período de intervenção, sugere benefícios da intervenção implementada na estabilização da situação de crise. Paralelamente, a elaboração do plano de segurança individualizado permitiu reforçar fatores protetores e promover uma maior

consciencialização dos recursos disponíveis para lidar com futuras situações de vulnerabilidade.

Relativamente ao contexto das respostas diferenciadas na área dos comportamentos aditivos e dependências, os resultados observados após a implementação da consulta estruturada de enfermagem para prevenção da recaída (Apêndice XIV) sugerem ganhos ao nível da capacitação da pessoa para a gestão do seu processo de recuperação. A manutenção da abstinência ao longo da intervenção, associada à identificação de fatores de risco, reconhecimento de sinais precoces de alerta e desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas, parece evidenciar uma maior capacidade de prevenção da recaída. A elaboração do plano individualizado de prevenção da recaída (Apêndice XV) e dos materiais psicoeducativos de apoio (Apêndice XVI) constituiu igualmente um recurso facilitador da autonomia e da adoção de estratégias protetoras perante situações de maior vulnerabilidade.

De forma global, os resultados obtidos reforçam a importância da implementação de intervenções especializadas centradas na pessoa, sustentadas numa relação terapêutica e orientadas para a promoção da autonomia, evidenciando o contributo do EEESMP para a obtenção de ganhos em saúde mental nos diferentes contextos de cuidados.

2.5. CONCLUSÕES

No contexto do estágio da UCC, a implementação do projeto permitiu concluir que a promoção de competências socioemocionais constitui uma estratégia relevante na promoção da saúde mental e na prevenção da crise em crianças (Apêndice III). As atividades desenvolvidas favoreceram o reconhecimento e expressão emocional, a empatia, a autorregulação emocional e as competências relacionais, identificando-se ganhos ao nível da literacia emocional e da capacidade de adaptação a situações do quotidiano (Apêndice I).

Os resultados observados encontram-se alinhados com as conclusões da RIL, que evidenciam a importância das intervenções precoces, relacionais e centradas no desenvolvimento de estratégias adaptativas como forma de promover a saúde mental e prevenir situações de crise. O fortalecimento de competências emocionais e relacionais desde a infância poderá contribuir para uma maior capacidade de gestão perante situações adversas, funcionando como fator protetor para o desenvolvimento de problemas de saúde mental ao longo do ciclo de vida.

No contexto de internamento de agudos, a intervenção implementada contribuiu para a diminuição do risco suicidário, melhoria da estabilidade emocional e desenvolvimento de estratégias adaptativas de gestão da crise. Os resultados obtidos evidenciam a importância da avaliação precoce, da relação terapêutica e da implementação de intervenções estruturadas centradas na pessoa (Apêndice XI).

Estes resultados corroboram as conclusões da RIL, que identificam a intervenção precoce, as abordagens relacionais, a comunicação terapêutica e a promoção de estratégias adaptativas de *coping* como elementos centrais na gestão da crise. A redução do risco autodestrutivo e o fortalecimento dos recursos pessoais observados nesta intervenção reforçam o contributo do EEESMP para a promoção da segurança, prevenção de comportamentos de risco e melhoria dos resultados em saúde mental.

No contexto de estágio de respostas diferenciadas, ICAD, a implementação da consulta permitiu reforçar a autonomia, a responsabilização e a capacidade da utente para gerir situações associadas ao risco de recaída. A manutenção da abstinência ao longo do período de intervenção, associada ao desenvolvimento de estratégias de *coping* e à identificação precoce de sinais de alerta, sugere ganhos relevantes ao nível da prevenção da recaída e da promoção da saúde mental (Apêndice XV).

Os resultados observados encontram-se em consonância com as conclusões da RIL, que destacam a importância das intervenções precoces, da relação terapêutica, da capacitação da pessoa e do desenvolvimento de estratégias adaptativas para lidar com situações de crise e vulnerabilidade. Tal como evidenciado na literatura, a intervenção especializada do EEESMP contribuiu para o fortalecimento dos fatores protetores, para a promoção da autonomia e para a melhoria da capacidade de gestão de situações potencialmente desorganizadoras, favorecendo a continuidade do processo de recuperação.

3. REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-Lei n.º 74/2006 estabelece que o grau de mestre é atribuído aos estudantes que demonstrem possuir conhecimentos aprofundados numa determinada área científica, capacidade para os aplicar em contextos novos e complexos, integrar saberes, formular juízos sustentados e comunicar as suas conclusões de forma clara e fundamentada, desenvolvendo simultaneamente competências de aprendizagem autónoma ao longo da vida.

O percurso realizado ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica constituiu uma oportunidade de crescimento científico, profissional e pessoal, permitindo consolidar conhecimentos especializados e desenvolver competências avançadas fundamentais para o exercício de uma prática clínica diferenciada. A articulação entre a componente teórica, a investigação e os diferentes contextos de estágio revelaram-se essenciais para a construção de uma visão integrada da pessoa em situação de sofrimento psíquico, bem como para o desenvolvimento de uma prática sustentada na evidência científica e orientada para as necessidades da pessoa, família e comunidade.

A realização da RIL subordinada aos efeitos da intervenção em crise realizada pelo EEESMP na pessoa adulta com doença mental permitiu aprofundar conhecimentos numa área central da especialidade, favorecendo a análise crítica da evidência científica e a compreensão do contributo das intervenções especializadas para a recuperação e bem-estar das pessoas. O processo de pesquisa, seleção, análise e síntese da literatura exigiu a mobilização de competências de investigação, pensamento crítico e reflexão, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada da intervenção em crise e da sua aplicabilidade aos diferentes contextos clínicos.

A temática da intervenção em crise revelou-se transversal ao percurso formativo desenvolvido. Em diferentes contextos assistenciais, os conhecimentos adquiridos permitiram sustentar a tomada de decisão clínica, a avaliação das necessidades das pessoas em situação de vulnerabilidade e a implementação de intervenções ajustadas à complexidade das situações vivenciadas. A articulação entre investigação e prática clínica favoreceu uma utilização mais consciente, crítica e fundamentada da evidência científica no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados.

Ao longo dos estágios foi igualmente possível desenvolver competências relacionadas com a conceção, implementação e avaliação de intervenções em saúde mental, exigindo capacidade de análise das necessidades, definição de prioridades, planeamento de estratégias de atuação e monitorização dos resultados obtidos. Estas experiências favoreceram a integração efetiva do conhecimento científico na prática clínica e reforçaram a capacidade de adaptação a diferentes contextos e populações.

As competências de mestre evidenciaram-se ainda na capacidade de integrar conhecimentos provenientes de diferentes áreas disciplinares, analisar criticamente situações complexas, formular juízos clínicos fundamentados e desenvolver intervenções sustentadas na evidência científica e ajustadas às necessidades identificadas. Paralelamente, foi possível consolidar competências de reflexão crítica sobre a prática, resolução de problemas, tomada de decisão autónoma e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Todo o percurso desenvolvido contribuiu para uma maior autonomia profissional, para o fortalecimento da capacidade de análise crítica das situações de cuidados e para a consolidação de uma prática reflexiva, fundamentada e centrada na pessoa. A integração entre formação, investigação e experiência clínica permitiu desenvolver competências compatíveis com uma prática especializada de elevado nível, sustentada na evidência científica e orientada para a excelência dos cuidados em saúde mental e psiquiátrica.

CONCLUSÃO

A conclusão deste percurso de Mestrado em Enfermagem de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica representa muito mais do que o término de uma etapa acadêmica, refletindo um caminho de crescimento, transformação e desenvolvimento pessoal e profissional, construído através das experiências vivenciadas, dos desafios ultrapassados e das aprendizagens realizadas ao longo dos diferentes contextos de formação.

O percurso desenvolvido permitiu consolidar conhecimentos científicos, desenvolver competências especializadas e aprofundar a compreensão da pessoa em situação de sofrimento psíquico, da sua família e do seu contexto de vida. A diversidade dos contextos de estágio e a mobilização dos referenciais teóricos, da evidência científica e das experiências clínicas contribuíram para uma prática mais reflexiva, crítica, integrada e centrada na pessoa, reforçando que cuidar em saúde mental implica reconhecer a singularidade, as vulnerabilidades e os recursos de cada pessoa, promovendo relações terapêuticas que favoreçam a esperança, a autonomia e a recuperação.

A realização dos diferentes projetos, intervenções e atividades desenvolvidas durante os estágios permitiu igualmente compreender a importância da promoção da saúde mental, da prevenção da doença, da intervenção em crise, da redução de danos, da prevenção da recaída e da continuidade de cuidados, reforçando o papel fundamental do EEESMP na resposta às necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades.

Em resposta aos objetivos inicialmente definidos, considera-se que os mesmos foram alcançados, tendo sido possível analisar criticamente o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMP ao longo dos diferentes contextos de estágio, bem como aprofundar o conhecimento científico acerca dos efeitos da intervenção em crise na pessoa adulta com doença mental, através da realização da revisão integrativa da literatura. Os objetivos foram concretizados pela articulação entre a análise reflexiva das experiências clínicas desenvolvidas e a melhor evidência científica disponível, permitindo uma integração consistente entre teoria e prática.

A RIL evidenciou que a intervenção em crise desempenha um papel determinante na promoção da segurança, da recuperação e da qualidade dos cuidados em saúde mental. A evidência analisada reforçou a importância da intervenção precoce, da comunicação terapêutica, da relação terapêutica, das estratégias de desescalada e da implementação de intervenções não coercivas, demonstrando benefícios na redução da agressividade, da utilização de medidas restritivas e na promoção de cuidados mais humanizados e centrados na pessoa. Paralelamente, a experiência desenvolvida nos diferentes contextos de estágio confirmou a relevância destas intervenções na prática clínica, reforçando a importância do papel do EEESMP na resposta às situações de crise.

A escolha da intervenção em crise como foco de aprofundamento revelou-se particularmente pertinente, considerando que as crises constituem fenómenos inerentes ao ciclo vital e surgem frequentemente associadas a processos de transição, perdas, mudanças ou acontecimentos inesperados que podem comprometer o equilíbrio emocional e a capacidade de adaptação. Neste contexto, o EEESMP assume um papel determinante na identificação precoce da crise, na mobilização dos recursos internos e externos da pessoa e na implementação de intervenções terapêuticas que favoreçam uma transição saudável, minimizando o agravamento do sofrimento psíquico e potenciando a recuperação.

Apesar dos resultados alcançados, importa reconhecer algumas limitações inerentes ao desenvolvimento deste trabalho. A revisão integrativa identificou um número reduzido de estudos recentes especificamente direcionados para a intervenção em crise realizada pelo EEESMP, bem como alguma heterogeneidade metodológica entre os estudos incluídos. Acresce ainda que a duração dos diferentes contextos de estágio condicionou a possibilidade de avaliar os efeitos de algumas intervenções a médio e longo prazo. Neste sentido, considera-se pertinente que futuras investigações aprofundem os resultados das intervenções desenvolvidas pelo EEESMP em diferentes contextos assistenciais, contribuindo para o fortalecimento da evidência científica nesta área e para a contínua melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Contudo, os principais ganhos deste percurso não se limitaram à aquisição de competências técnicas e científicas. A formação especializada constituiu igualmente uma oportunidade de crescimento pessoal, promovendo o desenvolvimento do autoconhecimento, da capacidade reflexiva e de uma maior consciência acerca do impacto que o EEESMP tem na vida das pessoas que acompanha. A aquisição de novos conhecimentos, a reflexão crítica sobre a prática e o contacto com diferentes realidades clínicas transformaram profundamente a forma de compreender e exercer enfermagem, reforçando a importância de utilizar a própria pessoa como instrumento terapêutico numa prática mais consciente, empática e intencional.

O término deste percurso não representa um ponto de chegada, mas antes um novo ponto de partida. Permanecem a responsabilidade, o compromisso e a motivação para continuar a aprender, a questionar a prática, a produzir conhecimento e a procurar a melhor evidência científica disponível, contribuindo para a promoção da saúde mental das pessoas, famílias e comunidades e para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeleke, V., Okafor, A. J., Darko, E., Karikari, M., Baxey, E. S., Barrett-Thomas, A.-K., Asamoah, L., Ali, E. A., & Ayamba, D. F. (2023). Demystifying the impact of non-pharmacological interventions on seclusion episodes in adult psychiatry settings: A systematic review. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 12(5), 4–19. DOI: 10.9790/1959-1205040419
- Almeida, A. C. S., Freitas, C. K. A. C., Menezes, A. F., Almeida, M. S., & Almeida, A. P. S. (2021). Atuação do enfermeiro no manejo da crise em saúde mental: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(9), DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18030>
- Almeida, V. C. F., Lopes, M. V. O., & Damasceno, M. M. C. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202–210. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes sociais e económicos da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127–131 DOI: [10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- Alves, M., Dessunti, E., & Oliveira, M. (2013). A reflexão como eixo estruturante do desenvolvimento profissional em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III(10), 121–128. <https://repositorio.usp.br/item/002431169>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7th ed). American Psychological Association
- Anderson, K., Goldsmith, L. P., Lomani, J., Ali, Z., Clarke, G., Crowe, C., Jarman, H., Johnson, S., McDaid, D., Pariza, P., Park, A.-L., Smith, J. A., Stovold, E., Turner, K., & Gillard, S. (2022). Short-stay crisis units for mental health patients on crisis care pathways: Systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*, 8(e144). <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.534>

- Bittencourt, M. N., Marques, M. I. D., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção da saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(18), 125–132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Brenig, D., Gade, P., & Völlm, B. (2023). Is de-escalation training effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? A systematic review. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04714-y>
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books.
- Carapeto, M. J. (2021). Autoconhecimento: Uma breve revisão narrativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology (INFAD Revista de Psicología)*, 2(2), 237–244. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v2.2231>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIFE®: Classificação internacional para a prática de enfermagem (Versão 2)*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Chase, S., Joel, L., & Jadotte, Y. (2020). The effectiveness of de-escalation techniques as compared to physical restraint/seclusion on inpatient psychiatric units: A quantitative systematic review. <https://doi.org/10.7282/t3-m1xs-3x57>
- Ferigato, S. H., Campos, R. T. O., & Ballarin, M. L. G. S. (2007). O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), 31–44. <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/37/40>
- Jurado, A.M. (2023). Prevalência de transtornos mentais em Portugal entre as mais elevadas da EU. <https://expresso.pt/sociedade/2023-12-15-Prevalencia-de-transtornos-mentais-em-Portugal-entre-as-mais-elevadas-da-UE-a5bcac48>.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. *Springer Publishing Company*.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Moraes, L. M. P., Lopes, M. V. O., & Braga, V. A. B. (2006). Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 228–233. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200016>
- Neto, J. M. R., Marques, D. K. A., Fernandes, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2016). Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 162–168. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>
- Nunes, L., & Amaral, G. (2022). *Ética, direito e deontologia profissional em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Oliveira, T. C. P., Silva, I. N. C., Santos, S. D., Almeida, D. B., & Silva, G. T. R. (2023). Identidade profissional de enfermeiras do campo da saúde mental: uma revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.88194>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMental.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 515/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, nº 151, Série I de 2018-08-07. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, nº 26, Série II de 2019-02-06. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2022). *Problemas mentais*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

- Pedersen, M. L., Gildberg, F. A., Baker, J., & Tingleff, E. B. (2024). A systematic review of interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33, 505–522. <https://doi.org/10.1111/inm.13267>
- Peplau, H. E. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referência conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Pereira, P., & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61–73. <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/96/91>
- Roberts, A. R., & Ottens, A. J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A roadmap to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 5(3), 329–339. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhi030>
- Santos, J. C., & Correia, M. (2026). Ideação e tentativa de suicídio. In L. Nunes & T. Morgado (Coords.), *Ética e deontologia em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (pp. 203-206). Lidel.
- Santos, J. C., & Correia, M. (2026). Ideação e tentativa de suicídio. In L. Nunes & T. Morgado (Coords.), *Ética e deontologia em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (pp. 203–206). Lidel.
- Simões, R., & Loureiro, C. (2026). Intervenção em crise. In L. Nunes & T. Morgado (Coords.), *Ética e deontologia em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (pp. 196–202). Lidel.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T.L. (2018). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (19), 77-84. doi:10.19131/rpesm.0205.

- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco*, 4, 4-9. <http://hdl.handle.net/10400.11/3079>
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Da Saúde à Doença Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (1ªed., pp. 3-6). Lidel.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Intervenção em Crise. In C. Sequeira & F. Sampaio (coord.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (1ªed., pp. 220-224). Lidel.
- Sequeira, C. (2015). *Comunicação clínica e relação de ajuda em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Lidel.
- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L. P., Barros, I. P., Araújo, T. P., Ribeiro, O., & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para a enfermagem de reabilitação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31, 35–44.
- Simões, R., & Loureiro, C. (2026). Intervenção em crise. In L. Nunes & T. Morgado (Coords.), *Ética e deontologia em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (pp. 196-202). Lidel.
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1 Pt 1), 102–106. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>
- Steimle, L., von Peter, S., & Frank, F. (2024). Professional relationships during crisis interventions: A scoping review. *PLOS ONE*, 19(2), e0298726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298726>
- Townsend, M. C. (2018). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (9th ed.). F.A. Davis Company.

Vieira, J. (2015). A investigação em enfermagem. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 3(1), 5. <https://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/viewFile/119/72>.

Nota de Transparência: Declaro que utilizei Inteligência Artificial exclusivamente como ferramenta de apoio à organização da estrutura textual e à revisão linguística deste Relatório de Natureza Profissional. A elaboração, reflexão crítica, análise das experiências de estágio e interpretação dos resultados apresentados são da minha inteira autoria e responsabilidade.

ANEXO I- ESCALA DE ROSENBERG

ESCALA DE ROSENBERG PARA AVALIAÇÃO DA AUTO-ESTIMA

	Concordo Inteiramente	Concordo	Discordo	Discordo Inteiramente
1) Na globalidade, estou satisfeito (a) com a minha pessoa				
2) Por vezes penso que nada valho				
3) Penso que tenho algumas qualidades				
4) Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas				
5) Sinto que não tenho muito de que me possa orgulhar				
6) Por vezes sinto-me realmente inútil				
7) Penso que sou uma pessoa tão válida como as outras				
8) Gostaria de poder ter mais respeito pela minha esposa				
9) Feitas as contas, tenho tendência para pensar que sou um (a) falhado(a)				
10) Tenho uma opinião positiva acerca da minha própria pessoa				

CÁLCULO DOS RESULTADOS

1 – Conte os pontos segundo as seguintes indicações:

- Para as perguntas **1,3,4,7,10**:
 - ✓ Se respondeu «**concordo inteiramente**», conte **4 pontos**
 - ✓ Se respondeu «**concordo**», conte **3 pontos**
 - ✓ Se respondeu «**discordo**», conte **2 pontos**
 - ✓ Se respondeu «**discordo inteiramente**», conte **1 ponto**

- Para as perguntas **2,5,6,8,9**:
 - ✓ Se respondeu «**concordo inteiramente**», conte **1 ponto**
 - ✓ Se respondeu «**concordo**», conte **2 pontos**
 - ✓ Se respondeu «**discordo**», conte **3 pontos**
 - ✓ Se respondeu «**discordo inteiramente**», conte **4 pontos**

2 – Some todos os pontos.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A classificação que se pode obter neste questionário situa-se entre 10 (a nota mais baixa para a auto-estima) e 40 (a auto-estima mais elevada).

- Um resultado compreendido entre **10 a 16 pontos** tende a indicar uma **baixa auto-estima**.
- Entre **17 e 33**, a pessoa apresentará uma **média auto-estima**
- Se o resultado se situa entre **34 e 40**, pertence ao grupo de pessoas com uma **elevada auto-estima**. E talvez o resultado aumente ainda mais a auto-estima da pessoa em questão...

ANEXO II - ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ 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

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

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
- ☐ Quase sempre
 - ☐ Muitas vezes
 - ☐ Por vezes
 - ☐ Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
- ☐ Nunca
 - ☐ Por vezes
 - ☐ Muitas vezes
 - ☐ Quase sempre
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
11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
- ☐ Muito
 - ☐ Bastante
 - ☐ Não muito
 - ☐ Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
- ☐ Tanto como antes
 - ☐ Não tanto como antes
 - ☐ Bastante menos agora
 - ☐ Quase nunca
13. De repente, tenho sensações de pânico:
- ☐ Muitas vezes
 - ☐ Bastantes 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

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

Na última semana...	Respostas	Pontos
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	Tanto como antes ☐	0
	Não tanto como antes ☐	1
	Bastante menos agora ☐	2
	Quase nunca ☐	3
13. De repente, tenho sensações de pânico	Muitas vezes ☐	3
	Bastantes vezes ☐	2
	Por vezes ☐	1
	Nunca ☐	0
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão	Muita vezes ☐	0
	De vez em quando ☐	1
	Poucas vezes ☐	2
	Quase nunca ☐	3
Total de Pontos Ansiedade - Soma das questões 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13		
Total de Pontos Depressão - Soma das questões 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14		

Score:

- . de 0 a 7 pontos - **Improvável**
- . de 8 a 11 pontos - **Possível (questionável ou duvidosa)**
- . de 12 a 21 pontos - **Provável**

Rua Filipe Folques, Nº 12, 1634-011 Lisboa
 Telef. (+351) 217827310 Fax. 217827310
 geral@clinicaaugustin.pt
 WWW.CLINICAUGUSTIN.PT

ANEXO III – ESCALA DAS SÍNDROMES POSITIVA E NEGATIVA - PANSS

VIII - Escala das Síndromes Positiva e Negativa – PANSS (Vessoni, 1993)

Instruções: Circule o grau apropriado para cada dimensão após determinada entrevista clínica. Remeta-se ao manual de avaliação para os itens definição, descrição pontos de ancoragem e o procedimento de contagem. 1= ausente, 2= mínimo, 3= leve, 4= moderado, 5= moderadamente grave, 6= grave, 7= extremamente grave.

Escala Positiva

P1 – Delírios	1	2	3	4	5	6	7
P2 - Desorganização conceitual	1	2	3	4	5	6	7
P3 - Comportamento alucinatório	1	2	3	4	5	6	7
P4 – Excitação	1	2	3	4	5	6	7
P5 – Grandiosidade	1	2	3	4	5	6	7
P6 – Desconfiança e Perseguição	1	2	3	4	5	6	7
P7 – Hostilidade	1	2	3	4	5	6	7

Escore da Escala Positiva: _____

Escala Negativa

N1- Embotamento Afetivo	1	2	3	4	5	6	7
N2 - Retraimento emocional	1	2	3	4	5	6	7
N3- Contato pobre	1	2	3	4	5	6	7
N4- Retraimento social passivo/apático	1	2	3	4	5	6	7
N5- Dificuldade pensamento abstrato	1	2	3	4	5	6	7
N6- Falta de espontaneidade e fluência	1	2	3	4	5	6	7
N7- Pensamento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7

Escore da Escala Negativa: _____

Escala de Psicopatologia Geral

G1 – Preocupação somática	1	2	3	4	5	6	7
G2 – Ansiedade	1	2	3	4	5	6	7
G3 – Culpa	1	2	3	4	5	6	7
G4 – Tensão	1	2	3	4	5	6	7
G5 – Maneirismo/postura	1	2	3	4	5	6	7
G6 – Depressão	1	2	3	4	5	6	7
G7 – Retardo motor	1	2	3	4	5	6	7
G8 – Falta de cooperação	1	2	3	4	5	6	7
G9 – Conteúdo incomum do pensamento	1	2	3	4	5	6	7
G10 – Desorientação	1	2	3	4	5	6	7
G11 – Déficit de atenção	1	2	3	4	5	6	7
G12 – Juízo e crítica	1	2	3	4	5	6	7
G13 – Distúrbio de volição	1	2	3	4	5	6	7
G14 – Mau controle de impulso	1	2	3	4	5	6	7
G15 – Preocupação	1	2	3	4	5	6	7
G16 – Esquiva social ativa	1	2	3	4	5	6	7

Escala de psicopatologia Geral: _____

Comentários aplicação:

Necessidade de informação suplementar? () Sim () Não

PANSS TOTAL: _____

ANEXO IV – ESCALA DE *INSIGHT* COGNITIVO DE BECK

Escala de *Insight* Cognitivo de Beck (EICB)

(Traduzido e adaptado para Portugal por Pinho, Sampaio, Sequeira, Martins e Ferré-Grau*)

As hipóteses de resposta são “Discordo totalmente”, “Concordo ligeiramente”, “Concordo muito” e “Concordo totalmente”.

	Discordo totalmente	Concordo ligeiramente	Concordo muito	Concordo totalmente
1. Por vezes interpretei erradamente atitudes de outras pessoas em relação a mim.				
2. As minhas interpretações acerca das minhas vivências estão sempre corretas.				
3. Outras pessoas podem compreender a causa das minhas vivências invulgares melhor do que eu.				
4. Já tirei conclusões rápido demais.				
5. Algumas das minhas vivências que pareceram muito reais podem ter sido fruto da minha imaginação.				
6. Algumas das ideias acerca das quais estava certa/o acabaram por se revelar erradas.				
7. Se algo parece certo, então é porque está certo.				
8. Mesmo quando eu sinto fortemente que estou certa/o, posso estar errada/o.				
9. Eu sei melhor do que qualquer outra pessoa quais são os meus problemas.				
10. Quando as pessoas discordam de mim, geralmente elas estão erradas.				
11. Não posso confiar na opinião das outras pessoas acerca das minhas vivências.				
12. Caso alguém refira que aquilo em que acredito está errado, estou disposta/o a considerar essa hipótese.				
13. Posso sempre confiar nos meus próprios julgamentos.				
14. Existe frequentemente mais do que uma explicação possível para a forma como as pessoas agem.				
15. As minhas vivências invulgares podem dever-se ao facto de eu estar extremamente aborrecido ou stressado.				

*Pinho, L. G., Sampaio, F., Sequeira, C., Martins, T., & Ferré-Grau, C. (2021). Cognitive insight in psychotic patients institutionalized and living in the community: an examination using the Beck Cognitive Insight Scale. *Psychiatry Research*, 295, 113586. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113586>

ANEXO V – ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR - ZARIT

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

	Nunca 1	Quase nunca 2	Às vezes 3	Muitas vezes 4	Quase sempre 5
Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?					
Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
Sente-se tenso quando tem que cuidar do seu familiar?					
Sente-se envergonhado pelo comportamento do seu familiar?					
Sente-se irritado quando está junto do seu familiar?					
A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?					
Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
Pensa que o seu familiar depende de si?					
Sente-se esgotado por estar junto do seu familiar?					
Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?					
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
Não se sente à vontade em convidar amigos para ir lá a casa devido ao seu familiar?					
Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?					
Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
Sente que perdeu o controlo da sua vida depois de doença do seu familiar se ter manifestado?					
Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
Em geral, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?					
TOTAL					
<46 = Sem Sobrecarga / 46 - 56 = Sobrecarga Ligeira / > 56 = Sobrecarga					

(Fonte: AMARAL, António: *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental* (1ª Edição). Loures, 2010)

ANEXO VI – ESCALA GLOBAL DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

(Façanha, 2013)

O questionário que a seguir se apresenta é constituído por várias afirmações. Avalie cada uma delas e coloque um círculo (O) na pontuação, **apenas naquelas que se verificarem** neste preciso momento.

	pontuação
Presença/ Influência da desesperança	3
Acontecimento stressante recente, por exemplo, perda do emprego, preocupações financeiras, acção judicial pendente	1
Evidência de vozes/ crenças persecutórias	1
Evidência de depressão/ perda de interesse ou perda de prazer	3
Evidência de afastamento social	1
Aviso de intenção suicida	1
Evidência de um plano para se suicidar	3
Historial familiar de problemas psiquiátricos graves ou suicídio	1
Processo de luto recente ou fim de uma relação	3
Historial de psicose	1
Viúvo/ viúva	1
Tentativa anterior de suicídio	3
Historial de privação socioeconómica	1
Historial de álcool e/ou abuso de álcool	1
Presença de doença terminal	1

Pontuação ≤ 5 - Nível de risco baixo;

Pontuação 6-8 - Nível de risco intermédio;

Pontuação 9-11 - Nível de risco elevado;

Pontuação ≥ 12 - Nível de risco muito elevado.

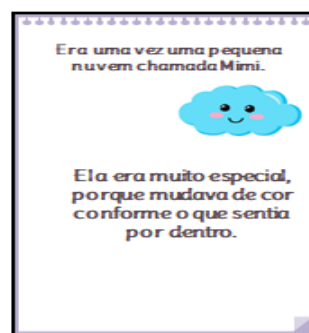
APÊNDICES

APÊNDICE I – SESSÕES DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS JI E 1º CICLO

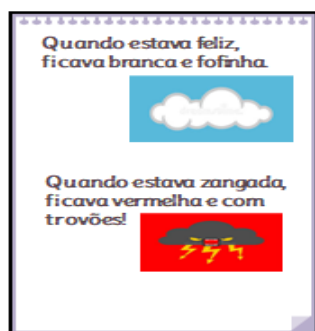
Sessão direcionada ao JI



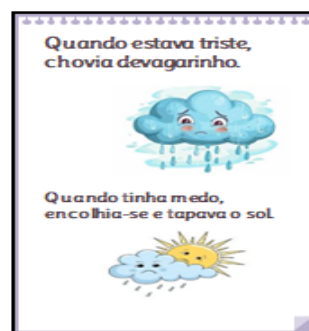
1



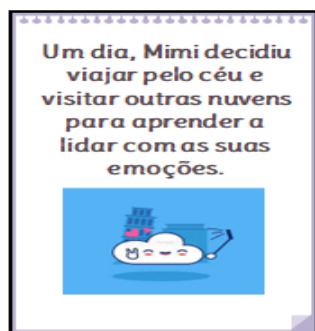
2



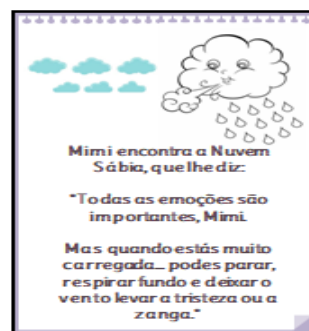
3



4



5



6

Vamos ajudar a Mimi a respirar???



1- Encher como um balão (inspirar)
2- Soprar devagar (expirar)

7

Final da Viagem

Mimi continua a sua viagem e aprende que pode sempre parar, respirar e partilhar o que sente.



No fim, volta a ficar branca e fofinha, pronta para espalhar sol e arco-íris!



8

Eu também sou como a Mimi!



Tenho sentimentos e sei cuidar deles.



9

E tu? Já te sentiste triste? Ou zangado?

O que fizeste para te sentires melhor?

- Respirar fundo;
- Abraçar um peluche, um amigo ou pedir colo;
- Falar com um adulto (educadora, a auxiliar, mãe, pai...);
- Desanhar o que sentem;
- Ouvir ou cantar uma música alegre;
- Correr ou saltar para libertar a energia da zanga;
- Ler uma história ou pedir que leiam;
- Fechar os olhos e imaginar um lugar bonito



10

Cria a tua Nuvem e Apresenta aos teus amigos...

Desenha e dá um nome à tua própria nuvem das emoções.

- Como se chama a tua nuvem?
- Qual é a Cor quando está feliz, triste ou zangada??
- O que a acalma??

11



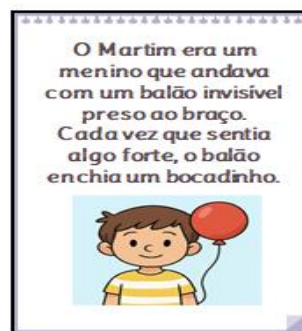
A Nuvem Mimi está fofoquinha e feliz... porque adorou estar convosco.



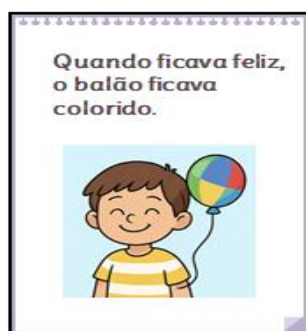
12



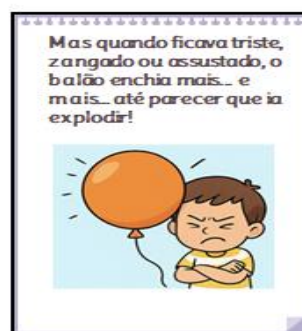
1



2



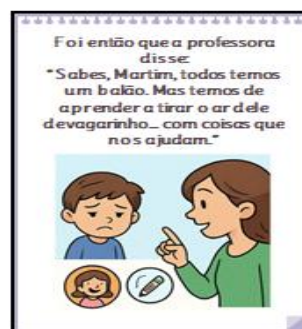
3



4



5



6

E o Martim aprendeu a:

- Respirar fundo;
- Contar até 10;
- Falar com alguém que gosta;
- Desenhar o que sente.

7

Atividade:
"O Meu Balão das Emoções"



8

Faz um desenho de um balão grande:
- dentro do balão desenha ou escreve o que sentes mais vezes (alegria, tristeza, raiva, medo);

- fora do balão desenha ou escreve coisas que ajudam a esvaziá-lo;

- Mostra aos teus colegas e explica o que fizeste.

9

REFLEXÃO
FINAL

10

O que acontece se enchermos o balão e não o esvaziarmos?

O que nos pode ajudar a ficar mais calmos?

O que podemos fazer se virmos um colega com o balão quase a rebentar?



11

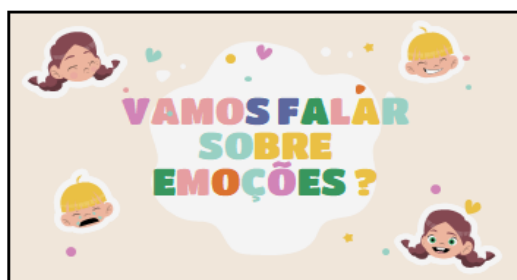
Cuidem Bem dos
vossos Balões...



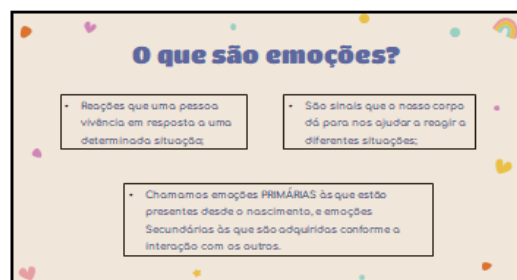
THANKS!!!

12

Sessão direcionada ao 1º ciclo (3º e 4º ano)



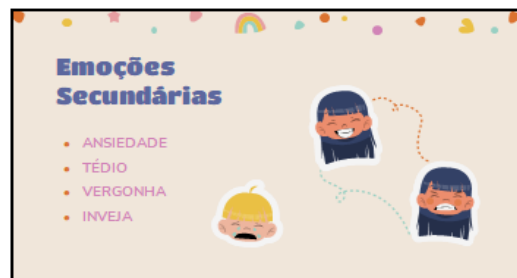
1



2



3



4



5



6

Autoconhecimento

- O autoconhecimento é quando aprendemos a conhecer quem somos por dentro.
- É perceber o que sentimos, o que gostamos, o que nos assusta, o que nos faz felizes e quais são as nossas qualidades.
 - Cada pessoa tem qualidades únicas. Saber quem somos ajuda-nos a crescer e a fazer boas escolhas.

7

Todos São Importantes

Cada um de nós tem um valor especial. Mas sozinhos, nem sempre conseguimos tudo. É quando estamos juntos que conseguimos ir mais longe! Precisamos uns dos outros para aprender, crescer e ser felizes.

8

Situações Desafiadoras

- Um colega foi deixado de fora de um jogo.
- Um aluno ficou muito frustrado por não conseguir fazer um exercício.
- Alguém está a gozar com outro por causa da roupa ou do penteado.
- Dois amigos zangaram-se e deixaram de falar.
- Uma aluna tem medo de apresentar um trabalho à turma.

9

Vamos Fazer um Jogo???

10

REFLEXÃO FINAL

11

Perguntas para refletir:

- Como te sentiste ao encontrar o teu par?
- O que seria diferente se alguém não encontrasse a sua peça?
- O que isso nos ensina sobre amizade, respeito e inclusão?

Cada um de nós é uma peça valiosa. Juntos, fazemos sentido.

12

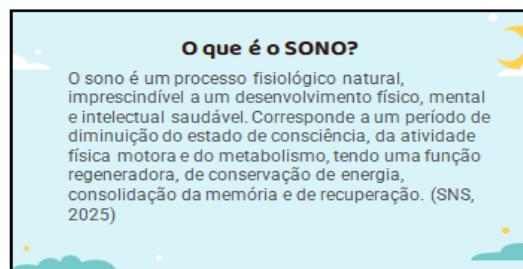
THANKS

13

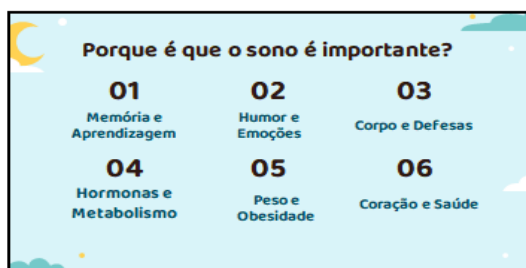
APÊNDICE II – SESSÕES DE HIGIENE DO SONO 6º ANO



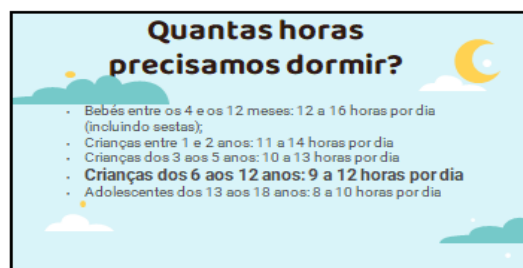
1



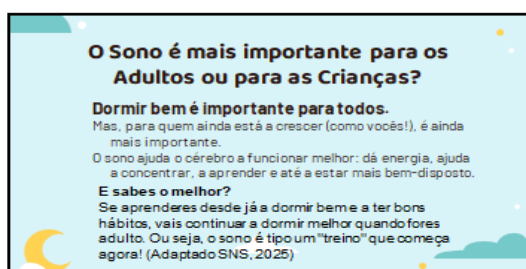
2



3



4



5



6

- Evitar ecrãs antes de dormir? **SIM**
- Jogar videojogos até adormecer? **NÃO**
- Ter horário regular? **SIM**
- Quarto escuro e silencioso? **SIM**
- Dormir menos para ter mais tempo para brincar? **NÃO**
- Não comer demais antes de dormir? **SIM**
- Fazer algo calmo antes de ir para a cama? **SIM**
- Se adormecermos com o telemóvel na mão, o cérebro descansa na mesma? **NÃO**
- Só precisamos dormir bem na véspera de um teste? **NÃO**

7

Curiosidades...

- Sabias que o cérebro arruma as memórias enquanto dormes?
- Os golfinhos conseguem desligar metade do cérebro de cada vez — assim conseguem dormir e ainda respirar e nadar ao mesmo tempo.
- Qual é animal que dorme mais? Koala dormem 22h/dia.

8

Desafio



9



- Durante esta semana, tenta dormir pelo menos 9h por noite;
- Evita os ecrãs 1 hora antes de dormir;

Na próxima semana verifica se sentiste diferença?

- Tiveste mais energia?
- Tiveste mais concentrado?
- O teu humor melhorou?

10



THANKS!

Questões?

11

APÊNDICE III – PROJETO DE COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS

Projeto de Intervenção Terapêutica
Prevenção da Crise—Competências socioemocionais

1—Fundamentação

A crise pode ser compreendida como um fenômeno transitório da desorganização psíquica, caracterizado por um desequilíbrio emocional significativo, resultado da interação dos mecanismos de coping previamente utilizados pelo indivíduo face a uma situação geradora de stress (Sequeira & Sampaio, 2020).

Neste contexto, a compreensão da crise como um estado de desequilíbrio emocional decorrente da interação dos mecanismos de coping reforça a importância da intervenção precoce e preventiva, sobretudo em populações vulneráveis como crianças e adolescentes. É precisamente com o objetivo de prevenir o surgimento de situações de crise nesta faixa etária que se aposta no desenvolvimento de competências socioemocionais, promovendo a sua capacidade de autorregulação, adaptação e resiliência face a adversidades.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Academia Americana de Pediatria da Infância e Adolescência, citadas no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015), uma em cada cinco crianças apresenta sinais de problemas de saúde mental, e cerca de metade delas sofre de uma perturbação psiquiátrica. Além disso, muitas das dificuldades que se observam nas escolas, como problemas de aprendizagem, falta de atenção, instabilidade motora, comportamentos inadequados, indisciplina ou atos violentos de violência, seja contra si próprias ou contra os outros, podem ser expressões de um sofrimento emocional profundo.

O desenvolvimento das competências socioemocionais nas crianças e jovens é essencial. Essas competências ajudam os alunos a tornarem-se mais fortes perante os desafios, a identificar e compreender melhor as suas emoções e a lidar com elas de forma saudável. Além disso, contribuem para que sejam crianças mais conscientes e responsáveis, tanto no que diz respeito à sua saúde como na vida em geral (PNSE, 2015).

2—OBJETIVO GERAL

Este projeto tem como objetivo geral a promoção das competências socioemocionais nos alunos.

Como objetivos específicos, fomenta-se o desenvolvimento do autoconhecimento, ao ajudar os a reconhecer e compreender as suas emoções, de submeter, ao aprenderem a lidar melhor com sentimentos e comportamentos, da consciência social, ao desenvolverem empatia e sentido ético nas relações com os outros, assim como a capacidade de estabelecer relações interpessoais positivas e de tomar decisões de forma responsável e refletida.

3—POPULAÇÃO ALVO

O projeto destina-se a alunos desde a educação pré-escolar até ao final do ensino básico. Especificamente, abrange os crianças do ensino do Infância com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, os alunos do 1.º ciclo do ensino básico (5, 6, 7, 8 e 9 anos), os alunos do 2.º ciclo (10 e 11 anos) e os do 3.º ciclo (12, 13 e 14 anos).

Entretanto o foco principal da intervenção esteja centrado nos alunos, os professores e encarregados de educação serão também envolvidos como parceiros estratégicos, através da ações de sensibilização e colaboração que reforcem a continuidade das aprendizagens no contexto escolar e familiar.

4—METODOLOGIA

A metodologia deste projeto assenta no modelo de Aprendizagem Socio emocional (SE), que identifica cinco áreas essenciais de competência: autoconhecimento, auto-regulação, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável. As intervenções são adaptadas às diferentes fases de desenvolvimento, respeitando as especificidades de cada faixa etária, desde o pré-escolar até ao 3.º ciclo do ensino básico.

Educação Pré-Infância (3-5 anos)

- Autoconhecimento: Identificação das emoções.
- Auto-regulação: Introdução de estratégias simples de regulação emocional.
- Consciência social: Estimulo à empatia.
- Competências relacionais: Regras básicas de convivência (respeitar a vez, pedir desculpa).
- Tomada de decisão responsável: Escolha em situações adaptadas à idade.

Metodologia

Sessão 1: "Os Sentimentos das Coisas"

- **Objetivo:** Identificar e expressar emoções básicas.
- **Atividade:** Cada criança escolhe uma cor que represente como se sente naquele dia (ex: azul para triste, vermelho para feliz). Depois fazem uma pintura coletiva "sensações das emoções" e falam (com apoio) sobre porque escolhem aquela cor.

Sessão 2: A Viagem da Nuvem Mágica

Objetivo: Promover o reconhecimento de diferentes emoções e incentivar a adoção de estratégias simples para lidar com elas de forma adequada.

Atividade: Leitura em grupo da história "A Viagem da Nuvem Mágica", apresentada em formato PowerPoint, onde a personagem principal muda de cor consoante a emoção que sente (felizdade, tristeza, zanga, medo).

Prática orientada de uma técnica de respiração (inspirar profundamente como um balão e expirar de forma lenta), para ajudar na gestão emocional.

Momento de reflexão partilhada: "E tu? Já te sentiste triste ou zangado? O que fizeste para te sentires melhor?"

Atividade expressiva: Cada criança desenha a sua própria "Nuvem das Emoções", atribuindo-lhe um nome, cores e estratégias próprias para diferentes estados emocionais.

Metodologia utilizada:

- Narração visual e participativa como recurso pedagógico.
- Expressão oral e plástica como formas de expressão emocional.
- Dinâmica de grupo centrada na empatia e na escuta ativa.

Avaliação (informal e observacional):

- Observar-se um elevado nível de envolvimento por parte das crianças.
- A maioria demonstrou capacidade para identificar emoções básicas e associá-las experiências pessoais.
- As nuvens desenhadas revelaram criatividade e evidenciaram a interiorização das estratégias de regulação apresentadas.

- **Consciência social:** Reconhecimento de diferentes perspetivas e promoção da empatia.
- **Competências relacionais:** Trabalho em grupo, comunicação positiva e gestão de desentendimentos.
- **Tomada de decisão responsável:** Atividades com diferentes níveis simples e consequências das escolhas.

Metodologia

1.º Ciclo—1.ª Classe (6-7 anos)

Sessão 1: "O Balão do Martin"

Objetivo: Promover a identificação e expressão das emoções e desenvolver estratégias de autorregulação, utilizando uma metáfora visual acessível à faixa etária.

Descrição: Leitura da história "O Balão do Martin", em formato PowerPoint. A história explora a metáfora de um balão invisível que cresce à medida que a criança sente emoções fortes.

Debate orientado com questões como:

"O que acontece se não enxetarmos o nosso balão?"

"Como sabemos que o balão de um colega está quase a rebentar?"

"O que podemos fazer para ajudar?"

Exploração de estratégias de regulação emocional apresentadas na história: respiração profunda, contar até 10, conversar com um adulto de confiança, desentear.

- **Atividade expressiva:** Cada criança desenha o seu próprio Balão das Emoções.
 - Dentro do balão: emoções que sentem com mais frequência.
 - Fora do balão: estratégias que os ajudam a "enxetar" o balão.
- Apresentação voluntária dos desenhos ao grupo, promovendo a partilha e a empatia.

Metodologia utilizada:

- Recurso a metáforas visuais e linguagem simbólica adaptada à idade.
- Estimulo à expressão emocional e ao pensamento reflexivo.

Sessão 3: O Balão das Emoções

Objetivo: Identificar e expressar emoções básicas, promover a empatia entre pares e ensinar estratégias simples de regulação emocional como o controlo da respiração.

Descrição: Início com uma breve conversa orientada para afetar os conhecimentos prévios das crianças sobre as emoções, identificando-as as emoções primárias mais reconhecidas.

Apresentação do jogo das Emoções: um conjunto de cartas com imagens ou expressões faciais representando diferentes emoções. Cada criança tira uma carta "a sorte", faz a mesma correspondente e o grupo lê-a em voz alta.

Após a seleção, a criança partilha (com apoio, se necessário) uma situação em que sentiu essa emoção e o que fez para lidar com ela.

Introdução da técnica de respiração com o "Balão da Respiração"— as crianças vão constatar a imaginar (ou usar) um balão que encham ao inspirar profundamente e esvaziam ao expirar lentamente.

Metodologia utilizada:

- Abordagem lúdica e participativa.
- Utilização de materiais visuais e simbólicos (cartas, balões, ventômetro).
- Exploração verbal, corporal e emocional das experiências das crianças.

Avaliação (informal e observacional):

- As crianças demonstraram boa capacidade de identificar emoções nas cartas e através da técnica.
- Houve envolvimento ativo e interesse nas partilhas.
- A maioria conseguiu aplicar corretamente a técnica de respiração como ferramenta de autorregulação.

1.º Ciclo (1.ª e 4.ª classe)

- **Autoconhecimento:** Exploração de emoções e sentimentos.
- **Auto-regulação:** Estratégias de controlo da impulsividade e resolução de conflitos.

- **Atividade prática e criativa** para reforço da aprendizagem.

Avaliação (informal e observacional):

- Participação ativa na leitura e no debate.
- Capacidade de identificar emoções e visualizar estratégias de regulação.
- Expressividade e envolvimento na criação do Balão das Emoções.
- Demonstração de empatia durante a escuta das colegas.

Sessão 2: "O Semáforo das Emoções"

- **Atividade:** Explorar que, tal como no trânsito, também temos um semáforo interior. Com cartazes vermelha, amarela e verde, simulam situações (ex: "O colega tirou-me o brinquedo") e discutir em grupo se devem parar, pensar ou agir.
- **Objetivo:** Treinar a regulação emocional e o autocontrolo.

Sessão 2: "A Árvore dos Sentimentos"

- **Atividade:** Cada criança escreve ou desenha numa folha o que a faz feliz, triste, zangado, assustado. Depois, colam todas numa grande árvore feita em cartolina, criando uma "Árvore dos Sentimentos da Turma".
- **Objetivo:** Desenvolver autoconhecimento e empatia.

1.º Ciclo—2.ª Classe (7-8 anos)

Sessão 1: Emoções e Pólvora de Empatia

Objetivo: Promover a Baseia emocional e o desenvolvimento da empatia, através da identificação das emoções e da prática de estratégias de autorregulação e situações empáticas.

Descrição: Exploração do conceito de emoção: definição, função e distinção entre emoções primárias (alegria, tristeza, medo, raiva, raiva) e secundárias (ansiedade, vergonha, inveja, etc.), com o apoio de vídeos visuais e explicações adaptadas à faixa etária.

Discussão em grupo sobre situações do dia-a-dia em que sentem estas emoções.

Introdução à metáfora do semáforo emocional (vermelho, amarelo, verde), associando o estado emocional a possíveis comportamentos e estratégias de regulação.

Partilha de estratégias de gestão emocional: respiração profunda, contar até 10, pedir ajuda, desentear ou esquecer, imaginar um lugar calmo.

Apresentação e reflexão sobre o conceito de empatia: colocações no lugar do outro, ouvir, apoiar, cuidar.

Atividade prática: construção de *Palavra de Impacto* com manual colorido, como estratégia de compromisso com atitudes empáticas no dia-a-dia escolar. Tratar facilmente um colega com as mesmas cores da palavra e algumas atitudes empáticas para não apontado considero um favorinho.

Finalização com *parlêira* voluntária das palavras e do que aprenderam.

Metodologia utilizada:

- Abordagem visual, participativa e experiencial;
- Utilização de recursos multimídia e materiais manuais;
- Diálogo reflexivo e promoção de valores relacionais.

Avaliação (informal e observacional):

- Participação ativa durante a apresentação e discussão;
- Clareza na identificação das emoções e das estratégias associadas;
- Compromisso dos comportamentos empáticos e envolvimento na atividade prática;
- Observação e capacidade de generalizar os conceitos trabalhados para situações escolares concretas.

Sessão 2: "Mundo Trabalho de Equipe"

- **Atividade:** Dividir a turma em pequenos grupos e propor desafios simples (ex: montar uma torre de copos de papel). Estimular a necessidade de ouvir todos, dividir tarefas e ajudar quem precisa;
- **Objetivo:** Desenvolver competências relacionais e cooperação.

Sessão 3: "O Dilema do Biscoito"

1/2 Ciclo – 3/4 Classe (40 anos)

Sessão 1: "O Meu Superpoder"

- **Atividade:** Cada criança escreve ou desenha uma qualidade que considera ser o seu "superpoder" (ex: "sou bom a ajudar colegas", "sou muito paciente"). Partilharem em roda e os colegas também podem dar sugestões positivas.
- **Objetivo:** Reforçar autoestima e autoconhecimento.

Sessão 2: "Teatro das Emoções"

- **Atividade:** Em pequenos grupos, representar pequenas cenas com situações identificáveis (ex: lidar com a frustração, ajudar um amigo envergado). O público dá sugestões de como agir.
- **Objetivo:** Praticar competências relacionais e resolução de conflitos.

Sessão 3: "O Desafio das Escovas"

- **Atividade:** Jogo com cartões que apresentem dilemas morais simples (ex: "Ajudo um colega mesmo que atrase o meu trabalho?"). Discutir em grupo as consequências de cada escolha.
- **Objetivo:** Desenvolver pensamento crítico e tomada de decisão.

1/2 Ciclo – 4/4 Classe (40 anos)

Sessão 1: "O Jogo das Papéis"

- **Atividade:** Em pares, as crianças trocam de papel: um é o "solista responsável", outro tenta ajudar com sugestões adequadas. Depois trocam: um faz, outro reflete sobre o que funciona.
- **Objetivo:** Desenvolver empatia e estratégias de gestão emocional.

Sessão 2: "O Mapa das Relações"

- **Atividade:** Cada criança desenha um "mapa" com as pessoas importantes da sua vida (pais, amigos, família, professores). Partilham como se sentem em relação a cada um e o que podem fazer para melhorar essas relações.
- **Objetivo:** Promover autoconhecimento e relações positivas.

Sessão 3: "Sim ou Não? E Porquê?"

- **Atividade:** Apresentar situações de pressão social (ex: "Todos comem no fundo, e que fazes?"). Debatir em pequenos grupos sobre as melhores respostas a propor.
- **Objetivo:** Trabalhar tomada de decisão responsável e pensamento crítico.

2/2 Ciclo (3/4 e 4/4 ano)

- **Autoconhecimento:** Reflexão sobre valores pessoais, autoestima e identidade;
- **Autoperceção:** Técnicas de gestão de stress, autocontrolo e definição de objetivos pessoais;
- **Consciência social:** Exploração do bullying, inclusão e respeito pelas diferenças;
- **Competências relacionais:** Dinâmicas de grupo e resolução de conflitos, mediação, bullying, e resolução de conflitos;
- **Tomada de decisão responsável:** Exercícios de pensamento crítico em situações de quotidiano.

Metodologia:

Sessões para o 6/2 Ano (1041 anos)

1. Sessão 1 – Eu sou Especial e Único:
Descrição: Inicia sessão com um vídeo sobre a identidade e valor de cada um. As crianças partilham o que sabem sobre si mesmas e o que os torna únicos. Através de atividades práticas, as crianças exploram as suas características e talentos. A sessão termina com uma reflexão sobre a importância de se aceitar e valorizar a si mesmo.

Atividades:

- **Quebra-gelo cooperativo:** Breve jogo de apresentação em círculo, onde cada aluno diz o nome e algo de que gosta (ou um talento). Ajuda a estabelecer um clima de confiança e respeito mútuo.
- **Dinâmica "EU = Especial e Único":** Inspiração no programa "Ser Criança", propõe-se a reflexão sobre o "sistema EU = Especial e Único, discutindo o significado de cada palavra. Cada aluno completa a frase "Eu sou especial porque...", partilhando uma qualidade ou realização de que se orgulha.
- **Puzzle da Tuna:** A turma constitui coletivamente um puzzle onde cada peça representa um aluno. Cada peça tem uma mensagem ou uma história. Ao juntar as peças, formase a "tuna completa", simbolizando que "todos somos uma peça importante" no grupo, bem como a importância da cooperação e do respeito por cada um.
- **História do Elefante Acromecista:** O profissional conta a história de um elefante bebé que, após várias tentativas falhadas de fugir de uma corda, começa a entender que não consegue libertar-se. A seguir, discute com os alunos o significado da história – como muitas vezes acreditamos em limitações que não são reais – motivando os alunos a refletirem sobre autoestima e autoconfiança.
- **Síntese e Partilha Final:** Em roda, cada aluno diz uma palavra que resume algo que aprendeu sobre si mesmo ou sobre o grupo na sessão (por exemplo: "courage", "respeito", "solidariedade"). O profissional reforça as ideias principais, valorizando o autoconhecimento e a importância de respeitar a individualidade de cada um.

2. Sessão 2 – O Mundo das Emoções:

Descrição: Os alunos vão identificar e expressar diferentes emoções, aprendendo a gerir sentimentos e a empatizar com os outros. Através de atividades lúdicas, eles percebem que todas as emoções são válidas, que é importante reconhecer as em si mesmos e nos outros, e praticam formas positivas de lidar com sentimentos difíceis (como tristeza ou raiva).

Atividades:

- **Palco de Emoções:** O profissional cria um espaço ou cenário com vários cartões emotivos (feliz, triste, zangado, preocupado, etc.). Como ponto de partida, cada aluno escolhe a cara que representa como se

sentem naquele dia e partilha (se quiser) o motivo, bem como a forma de lidar com essas emoções.

- **Mímica das Emoções:** Em pequenos grupos, alunos recebem cartões com nomes de emoções e devem mímica ou expressões faciais para a turma adivinhar. Ao identificar emoções, os alunos discutem a conexão entre a emoção e a situação (por exemplo: "feliz" é uma emoção positiva, "triste" é uma emoção negativa). A seguir, discutem brevemente o que os ajudou a reconhecer cada emoção.
- **"Na Pele do Outro":** O profissional apresenta pequenos cenários do dia a dia (por exemplo: "O Miguel esqueceu-se de trazer o livro para a aula, o professor ficou zangado"). Os alunos devem colocar-se no lugar do personagem e sentir a própria reação (por exemplo: "feliz" é uma emoção positiva, "triste" é uma emoção negativa). Toda a turma pratica juntos. O objetivo é ajudar os alunos a reconhecerem as suas próprias emoções e a lidar com elas de forma adequada.
- **Técnicas de Autoperceção:** Enfatiza-se a importância de reconhecer e nomear as emoções. Por exemplo, a "respiração da flor e da vela" (imaginar cheirar uma flor e soprar uma vela lentamente para apagar). Toda a turma pratica juntos. O objetivo é ajudar os alunos a reconhecerem as suas próprias emoções e a lidar com elas de forma adequada.
- **Desafio:** Em círculo, os alunos partilham sobre uma emoção nova que identificaram ou uma forma de se sentirem que aprenderam. O profissional reforça que compreender as emoções (próprias e dos outros) é essencial para conviver bem e tomar boas decisões.

3. Sessão 3 – Juntos Somos Melhores:

Descrição: Esta sessão foca a cooperação e o trabalho em equipa. Os alunos aprendem a trabalhar juntos para alcançar objetivos comuns, desenvolvendo competências de liderança, comunicação e resolução de conflitos. A sessão termina com uma reflexão sobre a importância de se apoiar e valorizar o grupo.

Atividades:

- **Desafio do Marshmallow:** Dividir-se a turma em pequenos grupos e propor-se um desafio: construir a torre mais alta possível usando apenas palitos e um marshmallow (ou outro material simples) no topo, em 10

minutos. Os grupos precisam de planejar e tomar decisões em conjunto, distribuir tarefas e gerir frustrações ao longo do tempo. Esta atividade ajuda a desenvolver competências de liderança, comunicação e resolução de conflitos. A sessão termina com uma reflexão sobre a importância de se apoiar e valorizar o grupo.

- **Observação e Debate:** Após o desafio, cada grupo partilha o resultado e as estratégias que funcionaram ou não. O profissional conduz um breve debate reflexivo: O que foi fácil ou difícil de trabalhar em grupo? Algum grupo teve alguma ideia? Como chegaram a se comunicar? Houve momentos de tensão e como foram resolvidos? Após os alunos analisarem o próprio comportamento em grupo e reconhecerem a importância de competências como ouvir atentamente e negociar os outros.
- **Jogo de Resolução de Conflitos:** O profissional apresenta um pequeno conflito fictício relacionado ao trabalho em equipa (por ex: "Os colegas querem ser líderes do grupo e não querem os ideias dos outros"). Em plenário, os alunos sugerem maneiras de resolver a situação de forma justa. Discutem conceitos como respeito, negociação e liderança positiva, entendendo que conflitos podem ser resolvidos com diálogo e empatia.
- **Conclusão Prática:** Cada grupo recebe uma tarefa ou desafio de trabalho de auto grupo que tenha observado durante o desafio (por ex, "O grupo B teve muita criatividade" ou "O grupo C soube ouvir todos os ideias"). Essa tarefa final reforça o valor da colaboração mútua e mostra na prática a importância da cooperação, concluindo a sessão com energia positiva.

Sessões para o 6/2 Ano (1041 anos)

1. Sessão 1 – Os Valores da Vida: O Meu Superpoder

Descrição: Nesta sessão, os alunos do 6/2 ano exploram o autoconhecimento, explorando os seus pontos fortes, interesses e valores pessoais. Ao mesmo tempo, partilham aspectos de si próprios com os colegas, fortalecendo o respeito mútuo e a consciência social de que cada indivíduo tem origens e valores diferentes. A atividade incentiva os alunos a refletirem sobre quem são e quem querem ser, aumentando a autoestima e a motivação pessoal.

Atividades:

- **Exercício Pessoal:** Cada aluno recebe um desenho de um escudo dividido em quatro partes. Em cada parte, ele representa (desenhando ou escrevendo) algo sobre si: um talento ou habilidade do que se orgulha, um valor importante na sua vida (por ex., honestidade, amizade), um objetivo ou sonho para o futuro, e algo de que gosta muito (hobby, música, etc.). Depois, voluntariamente, partilham em pequenos grupos ou para a turma alguma item do seu escudo. Esta atividade permite reconhecer forças pessoais e valores, desenvolver crenças de autoconhecimento, ao mesmo tempo em que os colegas praticam escuta ativa e conseguem melhor uma aos outros.
- **Galeria dos Talentos:** Os escudos complexos são colocados nas paredes da sala, criando uma "galeria" da turma. Os alunos fazem um pequeno passeio, pode não observando os escudos dos colegas, como se estivessem num museu. Em seguida, cada um comenta algo positivo que observou sobre outra pessoa (por exemplo: "Não sabia que o João gosta muito – que incrível!", isso promove apreciação mútua e sublinha que todos têm qualidades dignas de reconhecimento, reforçando a autoestima coletiva da turma.
- **Desafio sobre Escutas e Valores:** O professor lança perguntas para discussão: "Porque é importante conhecer os nossos valores?" "Como os nossos talentos e qualidades nos tornam únicos?" e "De que forma respeitar os talentos e valores dos outros ajuda no ambiente da turma?". Os alunos são encorajados a pensar e responder livremente, exercitando o pensamento crítico e a expressão de opiniões num ambiente seguro. Assim é encorajado o reflexivo e autoconhecimento com a tomada de decisões conscientes, permitindo que entendam o que valorizam e como a fazer escolhas alinhadas com os nossos princípios.
- **Conclusão:** Cada aluno escreve numa fita de papel uma palavra-chave que lhe deu mais sentido (por ex.: "respeito", "conhecimento", "confiança"). Essas fitas são coladas numa caixa ou cartão intitulado "Forças & Valores". O professor poderá entregar isso ao cartaz bem e sublinhar as atitudes são bases para um ano escolar positivo e cooperativo, conectando a atividade com as competências DSE, trabalhadas de forma integrada (como autonomia, empatia e respeito).

2. Sessão 2 – Comunicação e Cooperação em Ação

Descrição: Esta sessão trabalha o desenvolvimento das competências relacionais, especialmente comunicação eficaz, escuta ativa e trabalho cooperativo, através de exercícios práticos. Os alunos praticam como a forma de comunicar pode influenciar a cooperação e aprender estratégias para resolver mal-entendidos de forma construtiva. O objetivo é melhorar o ambiente da turma e preparar os alunos para trabalhar em equipes de maneira respeitosa e produtiva.

Atividades:

- **Jogo de Comunicação de Cegos:** Em duplas, um aluno tem os olhos vendados (ou usa uma máscara) e o outro deve guiá-lo, verbalmente, para desenhá-lo uma figura simples num papel (por ex., formas geométricas ou um objeto básico) sem revelar qual é a figura. Depois, comparem o desenho com a figura real. Em seguida, trocam de papéis. Esta dinâmica desenvolve destreza e importância de dar instruções claras e de escutar atentamente. Os alunos costumam rir com os resultados, mas também refletem: "Foi fácil entender as instruções?" "O que ajudou ou atrapalhou?". Assim, entendem na prática como comunicar eficazmente e pedir esclarecimentos quando necessário.
- **Laboratório de Expressão:** O professor distribui diferentes formas de comunicação (pôsteres, tom de voz, gestos e cores das palavras e mensagens). Em pequenos grupos, os alunos recebem microtarefas para ensinar, mostrando primeiro uma versão com má comunicação e depois boa comunicação. Ou, um grupo mostra dois amigos a discutir por um mal-entendido, primeiro interrompendo e acusando (má comunicação), depois repetindo a ação com calma, a usar "eu compreendi" em vez de acusações (boa comunicação). A turma comenta as diferenças. Este exercício ensina na prática empatia e respeito durante conversas, e histórias como *avós* sem interromper a usar um tom calmo.
- **O Jogo de Stop em Equipes:** A turma é dividida em equipes de 5-6 alunos. Cada equipe recebe um cartão de frases com letras do alfabeto. O professor dá uma categoria (por ex., animais, frutas, profissões) e, ao sinal, todos da equipe precisam cooperar para formar o maior número possível de palavras relacionadas à categoria usando os

letras (sem repetir palavras). Por exemplo, para "animais", os membros discutem e criam palavras como "gato", "leão", "leão", "leão", "leão", "leão", "leão". É um jogo rápido que exige trabalho em conjunto, planejamento (para quais as palavras que cada um possui) e comunicação clara sob pressão de tempo. Após algumas rodadas, fazem um bônus: Qual é a estratégia de comunicação que a equipe usou? Todos conseguem dar dicas? Com este jogo, os alunos desenvolvem a cooperação e percebem que cooperar tem influência no sucesso do grupo.

- **Desafio Final:** O professor cria uma competição "find out" e pergunta: "Que atitudes de comunicação ajudaram na cooperação hoje?" e "O que podemos melhorar quando trabalharmos em grupo na sala de aula?". Os alunos partilham impressões (por ex., "percebi que interromper alguém, é melhor ouvir até ao fim"). O professor reforça os pontos-chave: ouvir com atenção, falar com respeito e apoiar os colegas, ligando essas práticas às competências socioemocionais de relações interpessoais saudáveis e resolução positiva de conflitos.

3. Sessão 3 – Decisões e Decisões Responsáveis

Descrição: Na última sessão, os alunos exercitam a tomada de decisão

responsável e o pensamento crítico através de discussões morais e situações de questões morais. Em grupos, terão de analisar consequências e considerar os sentimentos das envolvidas antes de decidir o que fazer, praticando a empatia e os valores discutidos anteriormente. Esta sessão conecta as aprendizagens socioemocionais, mostrando que decidir bem envolve respeito, empatia e reflexão.

Atividades:

- **Classe de Dilemas:** Em sala, o professor apresenta um dilema ético próximo da realidade deles, por exemplo: "Viste um colega copiar num teste. O que fazes?" ou "Encontraste dinheiro no corredor da escola, entregas a alguém ou ficas com ele?". A turma é convidada a discutir cada situação, primeiro identificando opções de ação, depois ponderando consequências de cada escolha e quem seria afetado. O professor incentiva perguntas como "O que poderia acontecer se...?" e "Como se sentiria a pessoa X nessa situação?". Os alunos debatem abertamente, aprendendo a considerar diferentes perspectivas e a pensar nos valores (honestidade, justiça, amizade) envolvidos em cada decisão.

- **Teatro do Dilema:** Dividem a turma em 2-3 grupos e atribuem a cada um, um dilema diferente (por ex., um caso de bullying, ou a oportunidade de infringir uma regra para ajudar um amigo). Cada grupo prepara rapidamente uma pequena encenação mostrando a situação e respondendo em "monólogo" no momento da decisão. Depois da sala dramatizada, os outros grupos discutem qual seria a decisão responsável e porquê, e os alunos recebem feedback que imaginam, esta atividade envolve os alunos de forma criativa e aprofunda o entendimento de que as decisões têm impacto nos outros, reforçando a consciência social e a responsabilidade.

- **Jogo das Cartas de Decisão:** O professor distribui cartões com questões relacionadas com "Sim", "Não" e "Depende". Faz então algumas afirmações relacionadas a decisões e comportamentos (por ex., "Copiar num teste está sempre errado", "Devemos intervir se vemos alguém a ser assaltado", "É melhor perder uma regra para proteger um amigo"). Para cada frase, os alunos levantam o cartão correspondente à sua opinião (sim, não ou depende) e alguns voluntários justificam sua decisão. Não há resposta absolutamente certa ou errada – os alunos é o eles perceberem que tomar decisões responsáveis exige avaliar as situações, os valores e possíveis consequências. Os cartões "Depende" sublinham que muitas vezes não há respostas simples e que pensar criticamente é importante.

- **Faça a Autobiografia:** Cada aluno escreve anonimamente num papel uma decisão ou situação positiva que se compromete a tomar dali em diante (na escola, em casa ou com amigos) – por exemplo, "vou ouvir melhor antes de julgar" ou "se vi uma injustiça na escola, vou tentar ajudar". Depois, na parede, monta uma exposição "Decisões Responsáveis". O professor lê algumas exemplos (sem dizer nomes) para celebrar as intenções da turma. Por fim, reforça que ser responsável é um processo diário de escolha, e ajuda o progresso dos alunos em empatia, cooperação e respeito ao longo das semanas. Cada aluno sai com a promessa de que pode fazer a diferença com pequenas ações no dia a dia, criando assim o ciclo de forma positiva e motivadora.

3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano)

- **Autoconhecimento:** Exploração da identidade, emoções complexas, projeto de vida e autoconhecimento.
- **Autogerência:** Gestão de emoções, pressões sociais e estratégias de coping saudáveis.
- **Consciência social:** Análise crítica de situações sociais e promoção de empatia em contextos diversos.
- **Competências relacionais:** Desenvolvimento de escuta ativa, assertividade e relações interpessoais saudáveis.
- **Tomada de decisão responsável:** Simulação de decisões com impacto individual e coletivo (ex: redes sociais, consumo, sustentabilidade).

Metodologia:

7º Ano (13-14 anos)

Sessão 1: "Quem sou eu, além do que os outros veem?"

Atividades:

- **Dinâmica "Mascara Social":** Cada aluno desenha uma máscara. De um lado, escreve o que mostra ao mundo (aparência, roles sociais, traços que mais sente). Do outro, escreve sentimentos, sonhos ou inseguranças que poucas pessoas conhecem.
- **Debate:** "Por que precisamos de máscaras e escondemos quem somos?"
- **Análise:** A importância da autenticidade e de empatia pelas atitudes que também escondem desafios.
- **Competências:** Autoconhecimento, empatia, expressão emocional.

Sessão 2: "Quão de Stress: Como não explodir?"

Atividades:

- **Mapeamento de fontes de stress:** Identificar situações escolares e pessoais que causam ansiedade.
- **Círculo de Ferramentas Antistress:** Em grupos, os alunos criam um conjunto de estratégias para lidar com o stress (respiração, desporto, organização do tempo, pet's, etc.).

- **Plataforma de Monitorização de Relações (ex: rede social):**

- **Competências:** Autogerência, autoconhecimento, saúde mental.

Sessão 3: "Redes Sociais: Impacto real ou só ilusão?"

Atividades:

- **Análise crítica de posts (fictícios) nas redes:** Discutindo sobre o que é autêntico e o que é ilusão.
- **Minidrama sobre temas cyberbullying, pressão das likes, comentários negativos.**
- **Criação de um "Código de Boas Práticas"** para um uso saudável das redes sociais.
- **Competências:** Consciência social, tomada de decisão responsável, empatia digital.

8º Ano (14-15 anos)

Sessão 1: "Pressões e Escolhas: Como manteremo-nos firmes mesmo?"

Atividades:

- **Roleplay:** Situações de pressão (ex: seguir modas, usar drogas).
- **Debate:** sobre as emoções envolvidas e alternativas de resposta saudável.
- **Técnicas "Stress Resistor":** Treino de técnicas respiratórias, meditação e técnicas.
- **Competências:** Autogerência, assertividade, tomada de decisão.

Sessão 2: "Conflitos: Lidar ou Desligar?"

Atividades:

- **Mapeamento de tipos de conflitos** (acadêmicos, escola, família).
- **Simulação de negociação:** cada grupo resolve um conflito dado.
- **Debate:** O que ajudou a resolver? O que complicou?
- **Competências:** Competências relacionais, resolução de conflitos, escuta ativa.

Sessão 3: "Empatia em Ação: Projetos com propósito"

- **Atividade:**
 - o Brainstorming de problemas reais na escola ou comunidade.
 - o Criação de uma lista de mini-projetos (ex: campanha contra desperdício, apoio a colegas novos).
 - o Apresentação ao grupo e feedback construtivo.
 - **Competências:** Consciência social, colaboração, cidadania ativa.
- 9.º Ano (14-15 anos)**
- Sessão 1: "Projeto de Vida: Onde quero chegar?"**
- **Atividade:**
 - o Linha do tempo pessoal: passado (conquistas), presente (interesses), futuro (objetivos).
 - o Discussão: Como os valores pessoais influenciam escolhas de vida?
 - o Exercício: "O que me motiva?" – reflexão sobre fontes de motivação (interna vs. externa).
 - **Competências:** Autoconhecimento, planeamento, autonomia.
- Sessão 2: "Decisões com Impacto: Escolher é assumir consequências"**
- **Atividade:**
 - o Dilemas Morais (ex: proteger um amigo ou cumprir regras, intervir em situações injustas).
 - o Discussão em grupo: consequências a curto e longo prazo.
 - o Jogo "Se fosse eu...": como agiriam em diferentes papéis (vítima, observador, agressor, ajudante).
 - **Competências:** Tomada de decisão responsável, pensamento crítico, empatia.
- Sessão 3: "Sou Líder da Minha Vida"**
- **Atividade:**
 - o Autoavaliação de atitudes do [brunço] (questionário simplificado).

- o Dinâmica "Liderar pelo Exemplo": os alunos planeiam em grupos uma ação concreta (ex: organizar uma atividade, ajudar colegas, projeto ambiental).
- o Compromisso individual: "Uma ação de [brunço] que vou pôr em prática este mês".
- **Competências:** Liderança positiva, responsabilidade, cooperação.

7- CALENDARIZAÇÃO

8 – AVALIAÇÃO DO PROJETO

A avaliação do projeto de promoção das competências socioemocionais foi realizada de forma contínua e predominantemente qualitativa, com recurso à observação direta e ao questionamento informal, adaptado a cada grupo etário. Esta abordagem permitiu captar de forma autêntica as mudanças nos conhecimentos, atitudes e comportamentos dos participantes ao longo das sessões.

No início de cada sessão, procurava-se avaliar as ideias prévias dos alunos relativamente aos temas abordados, através de perguntas abertas e momentos de partilha espontânea. Esta estratégia permitia não só aferir o ponto de partida de cada grupo, como também ajustar a abordagem pedagógica de acordo com as suas necessidades. No final de cada intervenção, repetia-se este tipo de questionamento, sendo possível verificar um progresso significativo na identificação e compreensão das emoções, no reconhecimento de estratégias de regulação emocional e na adoção de atitudes mais empáticas e cooperativas.

A avaliação foi particularmente visível nas respostas às questões colocadas antes e após cada sessão, bem como nas interações entre pares durante as atividades propostas. Ao nível da Educação Pré-Primária e 1.º Ciclo, observou-se um aumento na capacidade de nomear emoções básicas, reconhecer expressões faciais e verbalizar estratégias simples para lidar com situações de frustração. No 2.º Ciclo, os alunos demonstraram progressos na distinção entre emoções primárias e secundárias e na reflexão sobre situações do quotidiano associadas a cada uma. Apesar de não ter sido possível implementar diretamente sessões no 3.º Ciclo, foram delineadas propostas de intervenção adequadas ao respetivo estágio de desenvolvimento, com enfoque na gestão do stress e tomada de decisão responsável.

De forma geral, os dados recolhidos apontam para um impacto positivo do projeto na promoção da literacia emocional e no reforço das competências socioemocionais dos participantes, confirmando a relevância de intervenções estruturadas e adaptadas ao desenvolvimento infantil e juvenil neste domínio.

9 – RECURSOS NECESSÁRIOS

10 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar: Orientações. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.dgs.gov.pt/dgs/images/stories/pdf/Programa_Nacional_Saude_Escolar_Orientacoes.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). Manual para a promoção de competências socioemocionais em meio escolar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, ISBN 978-972-675-237-0.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional para a Saúde Mental 2017-2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.dgs.gov.pt/dgs/images/stories/pdf/Programa_Nacional_Saude_Mental_2017-2020.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual para a promoção de aprendizagem socioemocional em meio escolar. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, ISBN 978-972-675-237-0.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Manual Saúde Mental em Saúde Escolar: Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Instituto Aytton Senna. (2017). Competências socioemocionais e emocionais da criança dos anos iniciais do ensino fundamental. Relatório EduLab21, São Paulo: Instituto Aytton Senna. Disponível em: <https://img.fduaytonseenna.org.br/eduLab21>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). Guia orientador de boas práticas de intervenção psicopedagógica de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, ISBN 978-989-664-646-6.

Siqueira, C., & Sampaio, F. (2020). Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções. Lidel

Veríssimo, L., Castro, L., & Costa, M. (2022). Ser capaz: Programa de promoção de competências socioemocionais. Porto: Universidade Católica Editora, ISBN 978-989-0006-02-4.

APÊNDICE IV – PLANEAMENTO DE SESSÕES DE COMPETÊNCIAS
SOCIOEMOCIONAIS E HIGIENE DO SONO

Projeto de Intervenção Terapêutica
Prevenção da Crise – Competências socioemocionais

1 – Fundamentação

A crise pode ser compreendida como um fenômeno transitório de desorganização psíquica, caracterizado por um desequilíbrio emocional significativo, resultante da influência das reações de coping previamente utilizadas pelo indivíduo face a uma situação geradora de stress (Silveira & Sant'Ana, 2000).

Neste contexto, a compreensão da crise como um estado de desequilíbrio emocional decorrente da influência das reações de coping reflete a importância da intervenção precoce e preventiva, sobretudo em populações vulneráveis como crianças e adolescentes. É precisamente com o objetivo de prevenir o surgimento de situações de crise neste fase etária que se aposta no desenvolvimento de competências socioemocionais, promovendo a sua capacidade de autorregulação, adaptação e resiliência face a adversidades.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Academia Americana de Pediatria da Infância e Adolescência, citadas no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015), uma em cada cinco crianças apresenta sinais de problemas de saúde mental, e cerca de metade destas sofre de uma perturbação psiquiátrica. Além disso, muitas das dificuldades que se observam nas escolas, como problemas de aprendizagem, falta de atenção, instabilidade motora, comportamentos inadequados, indisciplina ou até situações de violência, surgem contra si próprias ou contra os outros, podem ser expressões de um sofrimento emocional profundo.

O desenvolvimento de competências socioemocionais nas crianças e jovens é essencial. Essas competências ajudam os alunos a tornarem-se mais fortes perante os desafios, a identificar e compreender melhor as suas emoções e a lidar com elas de forma saudável. Além disso, contribuem para que sejam cidadãos mais conscientes e responsáveis, tanto no que diz respeito à sua saúde como na vida em geral (PNSE, 2015).

Tema: Prevenção da Crise – Competências socioemocionais					Grupo: Alunos do Pré-Ciclo (4, 3,4 e 5 anos)	
Objetivo Geral: Prevenção das competências socioemocionais.					Data: 05/05/2025 até 11/07/2025	
Objetivos Específicos: Autoconhecimento: Identificação das emoções. Autogestão: Introdução de estratégias simples de regulação emocional. Consciência social: Estímulo à empatia. Competências relacionais: Regras básicas de convivência (preparar a vez, pedir desculpa); Tomada de decisão responsável: Escolha em diálogos adaptados à idade.					Local: Escolas Agrupamento – Mourões e Cavadão,	
Fase	Duração	Conteúdos	Métodos	Técnicas	Material	Análise
Introdução	10 minutos	• Cumprimentos iniciais; • Quebra gelo (Apresentação – Apresentação – Apresentação); • Explicar objetivo da sessão.	Expositivo Participativo Interativo	• Levantamento de mãos sobre o que são as emoções; "Sabem o que são as emoções?" • Puntão em grupo: "Que emoções já sentiram hoje?" • Questões orientadoras: "O que costumam fazer quando as sentem fortes ou positivas?" • Reflexão simples sobre a importância de reconhecer e gerir as emoções	• Sala de aula • Computador • Projetor	• Avaliação da capacidade para identificar ou nomear emoções espontaneamente; • Interação demonstrada pelo tema.

2 – OBJETIVO GERAL

Este projeto tem como objetivo geral a promoção das competências socioemocionais nos alunos.

Como objetivos específicos, favorece o desenvolvimento de autoconhecimento, ao ajudá-los a reconhecer e compreender as suas emoções, da autogestão, ao aprenderem a lidar melhor com sentimentos e comportamentos, da consciência social, ao desenvolverem empatia e sentido ético nas relações com os outros, assim como a capacidade de estabelecer relações interpessoais positivas e de tomar decisões de forma responsável e refletida.

3 – POPULAÇÃO ALVO

O projeto destina-se a alunos desde a educação pré-escolar até ao final do ensino básico. Especificamente, abrange as crianças do Jardim de Infância com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, os alunos do 1.º ciclo do ensino básico (1.º, 2.º, 3.º e 4.º anos), os alunos do 2.º ciclo (5.º e 6.º anos) e os do 3.º ciclo (7.º, 8.º e 9.º anos).

Então o foco principal da intervenção está centrado nos alunos, os professores e encarregados de educação sendo também envolvidos como parceiros estratégicos, através de ações de sensibilização e colaboração que reforcem a continuidade das aprendizagens no contexto escolar e familiar.

4 – METODOLOGIA

A metodologia deste projeto assenta no modelo de Aprendizagem Socio-emocional (SEL), que identifica cinco áreas essenciais de competência: autoconhecimento, autogestão, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável. As intervenções são adaptadas às diferentes faixas de desenvolvimento, respeitando as especificidades de cada fase etária, desde a pré-escolar até ao 3.º ciclo do ensino básico.

				(Introdução à autorregulação emocional)	
Desenvolvimento	25 minutos	Aluno Expositivo Participativo	<p>Contar a história "A Noiva e o Rei", que muda de forma a ser consistente à que se está a trabalhar;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação das emoções básicas: alegria, tristeza, medo e raiva; • Diálogo com os alunos: "Quando é que se sentem assim?", "O que fazem?" • Exploração de estratégias de autorregulação (respirar fundo, pedir ajuda, afastar-se, contar até 10, etc.); • Reforçar que todas as emoções são importantes e fazem parte da vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atuação e envolvimento durante a história; • Reconhecimento das emoções apresentadas na história; • Capacidade para fazer ligações com experiências pessoais. 	
Conclusão	15 minutos	Aluno Interativo Participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão final com o grupo: "O que aprenderam hoje sobre as emoções?" • Puntão individual: cada criança escolhe uma 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos alunos; • Participação dos alunos; • Utilização da avaliação na 	

				emoções e diz como pode lidar com ela;	identificação e regulação emocional.
				<ul style="list-style-type: none"> • Realizar Resumo da sessão; • Encerrar as atividades; • Despedida; 	

				(introdução à autorregulação emocional)	
Desenvolvimento	25 minutos		Ativo Expositivo Participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização do PPT Interativo como suporte visual e de psicoeducação; • Explicação da diferença entre emoções primárias e secundárias; • Apresentação de estratégias de autorregulação emocional; • Diálogo orientado sobre a importância de nos ajudarmos uns aos outros a lidar com emoções difíceis; • Realização de uma atividade prática; 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento e nomeação de emoções; • Participação ativa e empática; • Capacidade de sentir estratégias de autorregulação;
Conclusão	15 minutos		Ativo Interativo Participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão em grupo sobre o que aprenderam sobre emoções e estratégias com os outros; 	<ul style="list-style-type: none"> • Feedback dos alunos; • Participação dos alunos;

Tema: Prevenção da Crise – Competências socioemocionais				Grupo: Alunos do 1º Cida (1,2 e 4,ª classe)	
Objetivo Geral: Promoção das competências socioemocionais.				Data: 05/05/2025 até 11/07/2025	
Objetivos Específicos: Autoconhecimento: Exploração de emoções e sentimentos; Autogestão: Estratégias de controlo de impulsividade e resolução de conflitos; Consciência social: Reconhecimento de diferentes perspetivas e promoção da empatia; Competências relacionais: Trabalho em grupo, comunicação positiva e gestão de desentendimentos; Tomada de decisão responsável: Atividades com dilemas morais simples e consequências das escolhas.				Local: Escalas Agrupamento – Mosteiro a Cívica,	
Fase	Duração	Conteúdos	Métodos	Técnicas	Material
Introdução	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Quebra gelo (Adivinhação – Enigmático+Humor); • Explicar objetivo da sessão; 	Expositivo Participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Levantamento de ideias sobre o que são as emoções: "Sabem o que são emoções?" • Partilha em grupo: "Que emoções já sentiram hoje?" • Questões orientadoras: "O que costumam fazer quando se sentem tristes ou zangados?" • Reflexão simples sobre a importância de reconhecer e gerir as emoções 	<ul style="list-style-type: none"> • Sala de aula; • Computador; • Projetor
				Avaliação	
				<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação da capacidade para identificar ou nomear emoções espontaneamente; • Interesse demonstrado pelo tema; 	

				<ul style="list-style-type: none"> • Partilha voluntária de estratégias que já usaram ou que gostariam de experimentar; • Reforço da mensagem: todas as emoções são importantes e podemos aprender a gerir-as de forma saudável; • Resumo da sessão; • Encerramentos de dúvidas; • Despedida; 	<ul style="list-style-type: none"> • Cívicas de avaliação na identificação e regulação emocional.
--	--	--	--	--	--

Tema: Prevenção da Crise – Competências socioemocionais					Grupo: Alunos do 2.º Ciclo (5.ª e 6.ª ano)	
Objetivo Geral: Promoção das competências socioemocionais.					Data: 05/05/2025 até 11/07/2025	
Objetivos Específicos: Autoconhecimento: Reflexão sobre valores pessoais, autoafirma e identidade; Autogestão: Técnicas de gestão do stress, autocontrolo e definição de objetivos pessoais; Competência social: Exatidão de juízo, indicado e respeito pelas diferenças; Competências relacionais: Dinâmicas de grupo e roleplaying sobre amizade, bullying, e resolução de conflitos; Tomada de decisão responsável: Exercícios de pensamento crítico em situações do quotidiano.					Local: Escola Agrupamento – Monteiro e Cáveado.	
Fase	Duração	Conteúdos	Métodos	Técnicas	Materiais	Avaliação
Introdução	10 minutos	- Cumprimentos iniciais; - Quêbra gelo (Apresentação – Enfermeira/Aluno); - Enunciar objetivo da sessão.	Capacitivo Interrogativo	- Apresentação de um PPT interativo para explicar o conhecimento sobre os alunos sobre emoções; - Carta parbola em grupo para dar ideias à expressão das experiências emocionais dos alunos.	- Sala de aula; - Computador - Projetor	- Capacidade para identificar e distinguir emoções (primárias e secundárias). - Envolvimento e interesse demonstrado no diálogo inicial.

Conclusão	10 minutos				Aluno Interrogativo Participativo	<ul style="list-style-type: none"> Revisão dos principais conteúdos abordados na sessão (emoções, autoconhecimento, trabalho em equipa); Reflexão em grupo sobre a atividade; Responder dúvidas; 	<ul style="list-style-type: none"> Feedback dos alunos; Participação dos alunos; Capacidade de refletir sobre a sessão e identificar aprendizagens;
-----------	------------	--	--	--	---	---	--

Desenvolvimento	25 minutos		Aluno Expositivo Participativo	<ul style="list-style-type: none"> Abordagem da tem de autoconhecimento: a importância de nos conhecermos melhor para sabermos lidar com as emoções; Discutido sobre como a autoconhecimento e a regulação emocional influenciam as nossas relações com os outros; Exploração de ideias de que, os sistemas mais regulados, conseguem: <ul style="list-style-type: none"> Ajudar os outros a regularem; Trabalhar melhor em equipa; Realização de uma atividade prática em grupo, focada no desenvolvimento do trabalho em equipa, comunicação e colaboração; 		<ul style="list-style-type: none"> Participação ativa nas discussões sobre autoconhecimento e regulação emocional; Clareza na expressão de ideias e experiências pessoais; Colaboração e respeito no ambiente de trabalho do grupo; Demonstração de competências como empatia, comunicação e respeito pelas ideias dos outros;
-----------------	------------	--	--------------------------------------	--	--	--

Tema: Prevenção da Crise – Competências socioemocionais					Grupo: Alunos do 3.º Ciclo (7.ª, 8.ª e 9.ª ano)	
Objetivo Geral: Promoção das competências socioemocionais.					Data:	
Objetivos Específicos: Autoconhecimento: Exploração da identidade, emoções complexas, projeto de vida e autoconhecimento; Autogestão: Gestão da ansiedade, pressões sociais e estratégias de coping saudáveis; Competência social: Análise crítica de situações sociais e promoção da empatia em contextos diversos; Competências relacionais: Desenvolvimento da escuta ativa, assertividade e relações interpessoais saudáveis; Tomada de decisão responsável: Simulação de decisões com impacto individual e coletivo (ex: redes sociais, consumo, sexualidade).					Local: Escola Agrupamento – Monteiro e Cáveado.	
Fase	Duração	Conteúdos	Métodos	Técnicas	Materiais	Avaliação
Introdução						
Desenvolvimento						
Conclusão						

Nota:
Apesar de não ter sido possível realizar sessões com o 3.º ciclo, foi elaborada uma proposta de intervenção com base nos objetivos específicos definidos para este nível de ensino.

A atividade pensada teria como foco a gestão do stress e desenvolvimento de estratégias de autorregulação emocional, sendo proposta a sessão "Gestão do Stress: Como não explodir?", com as seguintes componentes:

- Mapeamento de fontes de stress: identificação de situações escolares e pessoais que geram ansiedade;
- Caixa de Ferramentas Antistress: trabalho em pequenos grupos para construção de estratégias de gestão de stress (ex.: respiração, exercício físico, gestão do tempo, pedir ajuda);
- Prática de técnicas de relaxamento, com ênfase na respiração consciente;

APÊNDICE V – PLANEAMENTO DE SESSÃO CUIDADOR INFORMAL

Piano de Cuidados em Enfermagem

Nome: <u>B</u>		Diagnóstico: <u>Stress do Cuidador</u>	
Foco: <u>Sobrecarga</u>			
Diagnóstico de Enfermagem: <u>Stress do Cuidador</u>			
Resultado de Enfermagem esperado: <u>Sobrecarga diminuída</u>			
Objetivo: <u>Diminuir a sobrecarga</u>			
Início	Intervenções de Enfermagem	Horário	Tempo
17/06/2025	- Aplicar Questionário sociodemográfico	11h horas	17/06/2025
17/06/2025	- Monitorar instrumento de avaliação (SABT "Sobrecarga do Cuidador")	11 horas	17/06/2025
30/06/2025	- Executar Intervenção [Reação de ajuda]	11 horas	30/06/2025
Critérios de Resultado: Melhorar Score de Zelt "Sobrecarga do cuidador"			

Sessão 2 (17/06/2025)				
Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos Iniciais; - Quebra gelo (Apresentação – Enfermeiro/ Utenia); - Explicar objetivo da sessão; - Obtenção do consentimento para recolha de dados.	Expositivo Participativo	Colchoneta, cadernos, mesa, folhas, consentimento informado para recolha de dados	10 min.
Desenvolvimento	- Avaliação inicial e questionário sociodemográfico; - Aplicar instrumento de avaliação (Zelt "Sobrecarga do cuidador"); - Avaliar capacidade para participar intervenção (disponibilidade e motivação); - Identificar diagnósticos de enfermagem: <u>Stress do Cuidador</u> ; - Propor uma estratégia de intervenção adaptada à utente e ao seu problema; - Estabelecer relação terapêutica; - Realizar contrato terapêutico.	Ativo Expositivo Participativo Intermédio	Colchoneta, cadernos, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos	30 min.
Conclusão	- Realizar resumo da sessão; - Distender a sessão; - Obter feedback da sessão; - Agendar próxima sessão.	Ativo Intermédio Participativo	Colchoneta, cadernos, mesa	5 min.

Procedimento da Intervenção

Planeamento da Intervenção Psicoterapêutica: Relação de Ajuda

Objetivo: Facilitar a adaptação da cuidadora ao papel exigente de cuidar de um filho com perturbação do espectro do autismo, promovendo uma visão mais realista e equilibrada da sua situação, e reforçando os seus recursos pessoais para lidar com os desafios do quotidiano.

- Destinatário: R;
- Dinamizador: EBSMP;
- Sessões individuais;
- Número de sessões: 2 sessões realizadas (A relação de ajuda deve decorrer num período não superior a quatro semanas, compreendendo entre três e doze sessões, de acordo com a disponibilidade de pessoas e a complexidade da situação vivida.);
- Periodicidade das sessões: 1 sessão por semana, às terças (sem ultrapassar na totalidade 4 semanas);
- Duração das sessões: 45 a 60 min;
- Local: Gabinete do Serviço;
- Horário: A definir de acordo com as dinâmicas do serviço
- Material: cadeira, mesa, canetas, folhas brancas, consentimento informado para recolha de dados (escrito), instrumentos de avaliação impressos, material solicitado como TPC durante as sessões.

Sessão 1 (30/06/2025)				
Etapa	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos Iniciais; - Resumo da sessão anterior; - Explicar objetivos da sessão.	Expositivo Participativo	Colchoneta, cadernos, mesa	5 min.
Desenvolvimento	- Explicar em que consiste a intervenção psicoterapêutica: Relação de Ajuda; - Explicar duração e número de sessões previstas; - Clarificar os papéis dos intervenientes; - Definir objetivos e avaliar expectativas da utente; - Orientar sobre participação ativa no processo de mudança; - Acompanhar a utente na expressão da sua necessidade de ajuda;	Ativo Expositivo Participativo Intermédio	Colchoneta, cadernos, mesa, folhas, canetas	25 min.
Conclusão	- Realizar resumo da sessão; - Distender a sessão; - Obter feedback da sessão; - Agendar próxima sessão.	Ativo Intermédio Participativo	Colchoneta, cadernos, mesa	5 min.

APÊNDICE VI – PANFLETO PARA CUIDADORES



1

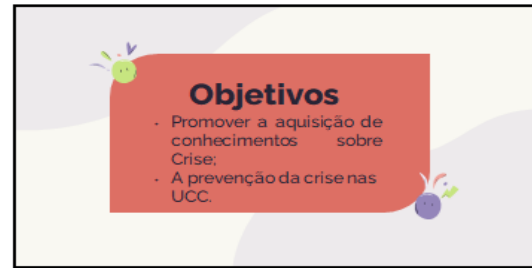


2

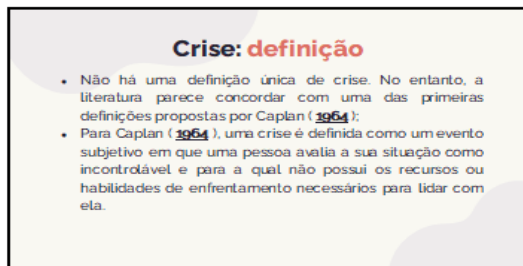
APÊNDICE VII – FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS UCC



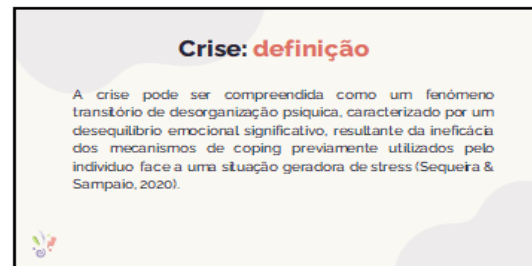
1



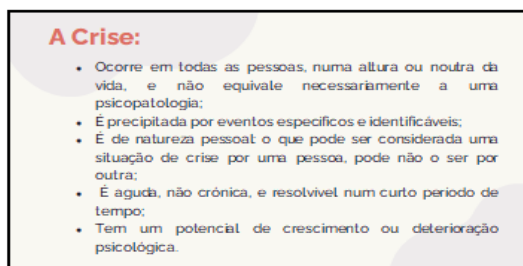
2



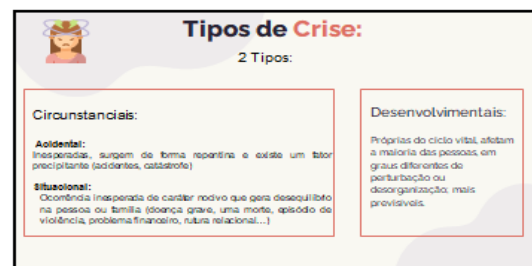
3



4



5



6

Etapas de evolução da Crise

- 1. Choque / Desorganização**
Desequilíbrio emocional súbito. Confusão, desorientação e perda de capacidade de resposta adaptativa.
- 2. Negação**
Rejeição ou minimização da realidade perturbadora. Mecanismo de defesa que pode atrasar o pedido de ajuda.
- 3. Intrusão**
Presença de ideias involuntárias de dor, pesadelos, imagens e preocupações relativas ao evento.
- 4. Integração**
Assimilação da experiência a nível cognitivo, emocional e psicológico. Reorganização interna e desenvolvimento de estratégias adaptativas.

7

Prevenção da Crise em Saúde Mental: Antes da Rutura

8

Introdução à Prevenção

9

NO CONTEXTO DA UCC

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), inseridas nos cuidados de saúde primários do Serviço Nacional de Saúde, assumem um papel central na prevenção da crise em saúde mental. 

10

 A prevenção consiste em identificar sinais precoces e agir antes que se instale a desorganização mental (Caplan, G., & Felk, R. H. (1964).

Pode ser pensada em três níveis distintos:

- Prevenção primária;
- Prevenção secundária;
- Prevenção terciária.

Esta classificação foi inicialmente proposta por Caplan (1964) no contexto da psiquiatria preventiva, e continua a ser uma referência fundamental para a organização dos cuidados em saúde mental. 

11

- A prevenção primária visa evitar que a crise ocorra, através de ações como a promoção da saúde mental, a redução do estigma e o fortalecimento de fatores de proteção. 
- A prevenção secundária procura identificar precocemente sinais de sofrimento psíquico e intervir de forma rápida, impedindo a evolução para uma situação crítica.
- A prevenção terciária concentra-se em evitar recaídas e minimizar os impactos da crise, garantindo continuidade de cuidados e suporte psicossocial às pessoas que já vivenciaram episódios agudos. 

12

PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

1ª Na prevenção primária, destacam-se as suas intenções na promoção da saúde mental, através de atividades educativas, ações comunitárias e estratégias de capacitação que visam fortalecer os fatores de proteção psicológica e reduzir o estigma associado à doença mental (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022).

2ª Na prevenção secundária, as UCC atuam na identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico, na realização de rastreios e na articulação com outras equipas de saúde, prevenindo a evolução para situações de crise (DGS, 2022).



13

Boas Práticas nas UCC



UCC têm desenvolvido projetos comunitários inovadores, como grupos psicoeducativos, oficinas de competências emocionais em escolas, ou programas de apoio a cuidadores informais, que têm contribuído para a redução do sofrimento psíquico e para o reforço das redes de apoio locais (SNS, 2023).

Estas ações demonstram o potencial das UCC enquanto agentes estratégicos na promoção da saúde mental e na prevenção de crises, quando inseridas em redes colaborativas e bem estruturadas.

14

Sinais a que devemos estar atentos:



- Mudanças abruptas no comportamento
- Expressões de sofrimento emocional
- Alterações do pensamento e da comunicação
- Distúrbios do sono e apetite
- Sintomas somáticos sem explicação médica
- Comportamentos impulsivos ou de risco
- Ideação negativa ou suicida

15

Conseguimos identificar sinais antes de uma crise?

Sim, em muitas situações sim, especialmente nas chamadas crises desenvolvimentais e circunstanciais (como gravidez, sobrecarga do cuidador, luto, desemprego, etc.). Nesses contextos, há frequentemente um período de vulnerabilidade e pré-desorganização emocional, no qual podem surgir sinais de sofrimento psíquico antes de se atingir o estado agudo de crise.

16

Conclusão

Embora a crise seja um estado agudo, frequentemente é antecedida por sinais de vulnerabilidade emocional, tensão crescente ou desorganização progressiva. Estes sinais não representam ainda a crise instalada, mas são indicadores de risco de que esta se pode desenvolver se não houver intervenção atempada.

→ Neste contexto, as **Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC)** assumem um papel fundamental na deteção precoce destes sinais, através da proximidade e da escuta ativa, contribuindo para a prevenção eficaz da crise em saúde mental.

17

THANKS!

Questões?
nfilipa89@hotmail.com



18

Bibliografia

- Caplan, G. & Felix, R. H. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde Mental 2022-2030. <https://www.sns.gov.pt>
- World Health Organization. (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice Summary Report*. https://www.who.int/mental_health/evidence/en/
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500023>
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Boas Práticas nos Cuidados de Saúde Primários*. <https://www.sns.gov.pt>

19

APÊNDICE VIII – AVALIAÇÃO INICIAL - AGUDOS

AValiação Inicial de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

Identificação e caracterização

Nome: PS Idade: [] Data de Nascimento: [] Género: F
Estado Civil: []
Núcleo familiar/idades: []
Pessoa de Referência (parentesco): []
Local de Residência: []
Tipo de habitação: []
Nacionalidade: Portuguesa
Religião/Etnia: Católica
Profissão e Situação laboral: []
Habitação literária: 12º ano

História Psiquiátrica

Motivo de observação: Ideação Suicida Estruturada
Proveniência: Domicílio
Queixa principal: Tristeza, sem vontade de viver, insónia, não gosta de si própria.
Diagnóstico clínico: Depressão + Dependência Alcoólica.
Tipologia de encaminhamento: Compulsivo/ Voluntário (Persuadido/Motivado)
História da queixa atual/motivo de observação:
Como surgiu: Utente divorciada, refere ter iniciado uma nova fase de vida após a separação conjugal, saindo de casa com os dois filhos e deixando os seus bens pessoais, devido a consumos excessivos de álcool por parte do ex-marido. Posteriormente, perdeu o emprego e, consequentemente, as condições socioeconómicas para manter os filhos ao seu cuidado, tendo a filha mais nova sido retirada pela CPCJ. O ex-marido veio a falecer, situação que despoletou um agravamento do sofrimento emocional. A utente regressou à habitação conjugal, propriedade sua, contudo, a convivência no mesmo prédio com familiares do falecido gerou conflitos e rejeição, perante os quais não conseguiu mobilizar estratégias adaptativas. Iniciou consumo de álcool como forma de lidar com a situação, culminando num episódio de intoxicação alcoólica grave, com perda de consciência e intenção autodestrutiva. Duração e desenvolvimento dos sintomas: Refere agravamento progressivo do sofrimento emocional nos últimos meses, com início após o falecimento do ex-marido e intensificação dos conflitos familiares. Relata sentimentos persistentes de tristeza, solidão e desesperança, associados a consumo crescente de álcool como forma de alívio emocional. Nos dias que antecederam a intoxicação, descreve aumento da ingestão alcoólica, isolamento social, insónia e ideação autodestrutiva, culminando no episódio de coma etílico com intenção suicida.
Funcionalidade (Gravidade): Apresenta comprometimento significativo do funcionamento global. Evidencia dificuldades na gestão das atividades básicas e instrumentais da vida diária, nomeadamente na manutenção do autocuidado,

organização doméstica e cumprimento de responsabilidades. Encontra-se desempregada e sem rede de apoio eficaz, com isolamento social progressivo

Eventos atuais psicossociais relevantes: Assume sozinha o pagamento da renda do apartamento, mas possui também um outro imóvel onde vivia com o ex-marido, entretanto falecido. No entanto, manifesta receio de regressar a essa habitação, uma vez que os vizinhos são irmãos do falecido, situação que a deixa desconfortável.

Antecedentes Psiquiátricos: Não tem.

Acompanhamento: Refere que já há muito tempo sentiu necessidade de pedir ajuda, mas nunca o fez. Apenas era seguida na consulta do Centro de Saúde.

Adesão a consultas: Não

Internamentos anteriores (tipologia, duração e tratamento): Não tem.

Medicação habitual: Sertralina 50mg de manhã e noite.

Adesão terapêutica: Não **Reações adversas:** Nunca teve, por vezes não tomava a medicação por consumos excessivos de álcool, acontecia maioritariamente à noite.

Injetável de longa duração? Não **Data da última administração:**

Comportamentos de risco: Suicidário; Impulsivo

Abuso de Substâncias: Sim, Tabaco e Alcool

Antecedentes de doença psiquiátrica familiar/ rede social: Sem antecedentes de doença psiquiátrica familiar conhecidos. No entanto, o pai apresentava consumo abusivo de álcool e a família vivia em condições socioeconómicas muito desfavoráveis, com relatos de carência alimentar.

Padrão de sono (horas): 4-5 horas **Alterações do sono:** Insónia

História Pessoal

Domínios Gerais de Problemas:

Figuras de referência: Amiga Grupo de Pares/Ambiente social: 1 Amiga

Relações (Duração/Sentimentos):

Pessoas: Divorciada, após divórcio ex-marido faleceu.

Mecanismos de coping: Internalização x Externalização ☐

Elementos positivos: Apresenta uma relação de amizade significativa, na qual encontra apoio emocional. Revela gosto pelo exercício da sua profissão e identifica os filhos como a principal fonte de motivação e sentido de vida.

Negativos: Divórcio conjugal, o posterior falecimento do ex-marido acontecimentos vividos com grande impacto emocional, a responsabilidade integral das despesas familiares, o diagnóstico de neoplasia da mama, bem como a presença de sintomatologia depressiva e consumos excessivos.

Aspectos emocionais: Grande dificuldade na regulação e gestão emocional.

Comportamento: Impulsivo

Distorções do Pensamento: Evidenciam-se distorções associadas a sentimentos

de culpa e desvalorização pessoal, tendência para a catastrofização face ao futuro e pensamentos autocríticos persistentes. Demonstra dificuldade em reconhecer aspetos positivos de si própria e do seu percurso de vida.

Pensamentos automáticos: "Não estou preparada para ir para casa"

Eventos de vida marcantes: Infância

Obs. utente refere ter sido vítima de abuso sexual na infância por parte do irmão mais velho, situação que descreve como marcante e geradora de sofrimento emocional significativo.

Exame do Estado Mental

Aparência: Aspeto pouco cuidado.

Atitude/Facies: triste e lábil **Contacto ocular:** Estabelece contacto ocular, embora o desvie com frequência, sobretudo olhando para o chão. Por momentos, tende a tapar o rosto com as mãos, demonstrando algum desconforto e retraimento durante a interação.

Discurso: Discurso organizado, sem alterações de forma ou conteúdo.

Humor: Depressivo

Pensamento: Alterado, verbaliza ideação suicida estruturada.

Perceção: Não foram observadas alterações

Insight e Juízo crítico: preservado, reconhece problema sintomas e necessidade de ajuda com estratégias para tratamento.

Orientação: Autopsíquica e Alopsíquica

Estado de Consciência: Vigil

Atenção: Captável, Conservada

Alt. memória: Sem alterações

Avaliação de Riscos

Risco Suicídio, Comportamento autolítico, autoagressão

Avaliação dos Sistemas

Antecedentes pessoais: Neoplasia da mama, HTA.

Alergias: Não

Uso de próteses: Não

Acuidade visual: Sem alteração **Acuidade auditiva:** Sem alteração.

Dependência no autocuidado: Autónoma

Sistema respiratório: Sem alteração

Sistema gastrointestinal: Sem alteração

Sistema cardiovascular: Sem alteração

Sistema endócrino: Sem alteração

Sistema genito-urinário: Sem alteração

Sistema sensorio-motor: Sem alteração

Sistema tegumentar: Sem alteração

Sinais Vitais:

TA-131/82mmHg; Fc-99bpm; SpO2- 96%. Não refere dor.

AVALIAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Identificação e caracterização

Nome: RC Idade: 44 A Data de Nascimento: Gênero: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Núcleo familiar/idades:

Pessoa de Referência (parentesco):

Local de Residência: Zona Norte do país

Tipo de habitação: Casa

Nacionalidade: Portuguesa

Religião/Etnia: Católico não praticante

Profissão e Situação laboral:

Habilitação literária: 12º ano de escolaridade

História Psiquiátrica

O utente apresenta diagnóstico de psicose esquizofrénica, encontrando-se atualmente internado em regime de internamento involuntário por descompensação clínica do quadro psiquiátrico. Antes do atual internamento, encontrava-se institucionalizado numa unidade de internamento prolongado na zona norte do país, com autorização para saídas ao exterior. O episódio atual surge na sequência de um agravamento progressivo e insidioso da sintomatologia psicótica, caracterizado por intensificação de delírios de conteúdo persecutório, religioso e de contaminação, bem como pela presença de alucinações auditivas de tipo imperativo, com consequente desorganização do pensamento e comportamento. Este agravamento motivou o encaminhamento para o Serviço de Urgência hospitalar, onde permanece internado para estabilização clínica, aguardando vaga para reintegração em unidade de internamento de longa duração.

Apresenta antecedentes psiquiátricos relevantes, com necessidade de múltiplos internamentos, incluindo internamentos prolongados, encontrando-se em acompanhamento psiquiátrico regular em contexto institucional. A adesão ao seguimento e à terapêutica tem sido irregular, condicionada pela ausência de insight para a doença. Encontra-se medicado com haloperidol decanoato em injetável de longa duração, com administração mensal. Durante o atual internamento involuntário, registou tentativa de fuga, tendo tentado saltar o muro da instituição, referindo atuação sob influência de vozes imperativas. Apresenta antecedentes de consumo de heroína e cocaína, referindo atualmente apenas consumo de tabaco. Não apresenta alterações do padrão de sono.

contacto ocular encontra-se preservado de forma intermitente. O discurso é por vezes desorganizado, com presença de conteúdo delirante. O humor apresenta-se ansioso. O pensamento encontra-se desorganizado, com delírios de natureza persecutória, religiosa e de contaminação. Ao nível da percepção, evidencia alucinações auditivas de tipo imperativo, referindo ouvir vozes que influenciam o seu comportamento. O insight para a doença encontra-se ausente, assim como o juízo crítico comprometido. Encontra-se orientado no tempo, espaço e pessoa, vigil, com atenção flutuante. Não se evidenciam alterações significativas da memória.

Avaliação de Riscos

O utente apresenta risco elevado de comportamentos impulsivos e de fuga em contexto de descompensação psicótica, associado à ausência de insight, à presença de alucinações auditivas imperativas e a delírios de conteúdo persecutório e religioso. O risco é agravado pela história recente de tentativa de fuga durante o internamento involuntário, exigindo vigilância clínica contínua e monitorização rigorosa do comportamento.

Avaliação dos Sistemas

Alergias: Nega alergias medicamentosas, alimentares ou ambientais conhecidas.

Uso de próteses: Não utiliza próteses.

Acuidade visual: Sem alterações referidas.

Dependência no autocuidado: Independente nas atividades de autocuidado.

Sistema respiratório: Sem alterações evidentes.

Sistema gastrointestinal: Antecedente de estenose esofágica pós-ingestão de agente cáustico, com realização de dilatações e colocação temporária de prótese esofágica; atualmente sem sinais de estenose ou queixas gastrointestinais associadas.

Sistema cardiovascular: Sem alteração

Sistema endócrino: Sem alteração

Sistema genito-urinário: Sem alteração

Sistema sensorio-motor: Sem alteração

Sistema tegumentar: Sem alteração

Sinais Vitais: TA-126/82mmHg; Fc-110bpm; SpO2- 96%. Não refere dor.

Regime Terapêutico

- Terapêutica habitual:

- Haldol 20mg / dia;
- Lorazepam 7,5mg /dia;
- Clorpromazina 100mg /dia;
- Haloperidol decanoato 100mg (Mensal) via IM;

- Terapêutica Actual (no internamento):

- Clorpromazina 40mg/ml 50g às 22h
- Clorpromazina 40mg/ml 25g às 8h – 12h
- Ezomeprazol 10mg granulado 10h – 19h
- Haloperidol 2mg/ml 5ml às 22h
- Haloperidol 2mg/ml 2.5ml às 8h – 12h
- Lorazepam 2,5mg às 22h e em SOS
- Sucralfato 1g/5ml 8h – 12h- 19h

História Pessoal

O utente possui uma rede de suporte familiar identificada, constituída pelo pai, com quem pretende voltar a residir, e pela irmã e irmão, que assume como figuras de referência. O ambiente social encontra-se maioritariamente circunscrito ao contexto institucional, com reduzida integração em grupos de pares. Do ponto de vista relacional, não apresenta relação conjugal estabelecida, expressando, no entanto, projetos de vida centrados no desejo de casar e ter filhos, após o regresso ao domicílio familiar.

Os principais domínios de dificuldade situam-se ao nível da saúde mental, autonomia e funcionamento social. Utiliza predominantemente mecanismos de coping por internalização. Em termos emocionais, evidencia ansiedade associada à vivência psicótica. Como elementos positivos, destaca-se a existência de suporte familiar e a verbalização de objetivos de vida futuros; como elementos negativos, salienta-se a ausência de insight para a doença, a dependência institucional e a interferência significativa da sintomatologia psicótica no funcionamento global. Entre os eventos de vida marcantes, destaca-se a ingestão de agente cáustico em fevereiro de 2024, com necessidade de múltiplas intervenções médicas subsequentes.

Exame do Estado Mental

À observação, o utente apresenta aparência adequada ao contexto. A atitude é globalmente colaborante, embora condicionada pela sintomatologia psicótica. O

APÊNDICE IX – PLANEAMENTO DE SESSÕES PSICOTERAPÊUTICAS – RELAÇÃO
AJUDA E RESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

Planejamento de intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda

Foco	Autoestima
Diagnóstico de Enfermagem	Baixa autoestima
Resultado	Melhorar autoestima
Critérios de exclusão	Défice cognitivo grave, agitação psicomotora, estado confusional, heteroagressividade,
Local	Gabinete
Número de Sessões	Segundo MPE 3 a 12 sessões; foram realizadas 4 sessões, individuais,
Frequência	1 a 2 sessões por semana
Duração	Segundo MPE 45-60 minutos
Dinamizador	EEESMP
Material	Cadeiras, mesas, processo da utente, instrumentos de avaliação impressos, caneta,
Crítérios de avaliação inicial e final	Escala de Autoestima de Rosenberg

Planejamento de intervenção psicoterapêutica Reestruturação Cognitiva
(Iniciou na sessão 3 da Relação de ajuda)

Foco	Ansiiedade e humor depressivo
Diagnóstico de Enfermagem	Ansiiedade grave (score 15 HADS) e humor depressivo
Objetivo	Diminuir a ansiiedade e melhorar o humor
Crítérios de exclusão	Estado de descompensação/ agudização da doença mental; debilidade intelectual/crítica cognitiva grave; perturbação antisocial da personalidade
Local	Gabinete de Enfermagem
Número de sessões	De acordo com o MPE (3 a 12), Foram realizadas 6 sessões no total, sessões individuais
Frequência	1 a 2 por semana,
Duração	45-60 minutos
Dinamizador	EEESMP
Material	Cadeira, mesa, canetas, folhas brancas, consentimento informado para recolha de dados (escrito), instrumentos de avaliação impressos, material solicitado como TPC durante as sessões,
Crítérios de avaliação inicial e final	Escala HADS

Sessão 1 (24/10/2025)				
Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais; Revisão da sessão anterior e apresentação dos objetivos; 	Expositivo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas,	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Descrever de forma breve o que envolve a intervenção e a abordagem utilizada; Informar sobre a duração e o plano de sessões; Esclarecer as funções e responsabilidades de cada pessoa envolvida; Estabelecer objetivos em conjunto e compreender as expectativas da utente; Promover o envolvimento ativo da utente no seu próprio processo; Estar disponível para apoiar a utente na identificação e comunicação das suas necessidades; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos,	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Rever os principais pontos abordados na sessão; Clarificar qualquer questão pendente; Solicitar a opinião da utente sobre a sessão; Combinar a data da sessão seguinte; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa,	5 minutos
Avaliação	Utente colaborante e participativa no que foi solicitado. Expressou interesse de continuar a realizar as sessões e considerou o momento da sessão positivo.			

Sessão 0 (21/10/2025)				
Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais; Quebra Gelo — apresentação enfermeiro e utente; Explicar o objetivo da sessão; Obter consentimento para a recolha de dados; 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas,	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação inicial: Identificar diagnóstico de Enfermagem: Autoestima comprometida; Aplicar escala de autoestima: Rosenberg; Avaliar o insight relativamente à percepção do seu problema; Avaliar a motivação e disponibilidade da pessoa para participar na intervenção; Desenvolver uma estratégia de intervenção centrada na utente, especificando as tarefas e responsabilidades de todos os intervenientes; Desenvolver uma relação terapêutica colaborativa; Formalizar o contrato terapêutico; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos,	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Sintetizar sessão; Obter feedback; Planear próxima sessão; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	Na sessão inicial, a utente mostrou-se colaborante, comunicativa, expressando de forma espontânea as suas vivências emocionais e dificuldades atuais. Com o consentimento informado da utente, foi aplicada a Escala de Rosenberg, no sentido de proceder à avaliação inicial da ansiiedade, permitindo estabelecer um ponto de partida para monitorização da evolução ao longo da intervenção. Apresentava um score de 22 pontos o que revela autoestima comprometida.			

Sessão 2 (27/10/2025)				
Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais; Revisão da sessão anterior e apresentação dos objetivos; 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas,	5 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Ajudar a utente a descrever o problema, incluindo sintomas, comportamentos, emoções e pensamentos; Explorar as dificuldades que têm impedido a resolução do problema e compreender a sua origem; Aplicar escala de HADS; Rever as estratégias que a utente já utilizou e perceber o que funcionou ou não; Sugerir alternativas que possam facilitar a resolução do problema; Apoiar a utente na identificação dos recursos pessoais e externos que pode mobilizar; Definir uma pessoa de confiança que possa apoiar a implementação das estratégias; Propor TPC para a próxima sessão: identificar e registar qualidades pessoais e pontos positivos que vê em si e na sua vida; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas,	35 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Recapitular os pontos principais trabalhados na sessão; Esclarecer questões que tenham ficado por responder; Pedir à utente a sua opinião sobre a sessão; Marcar a data do próximo encontro; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	TPC Colocar pontos positivos que a utente identifica em si mesma, em locais utilizados pela utente com frequência. Ex: Espelho do WC.	5 minutos
Avaliação	Utente colaborante e participativa no que foi solicitado. Concordou em realizar a atividade de TPC proposta, mesmo estando internada. Resultados HADS score 15: ansiiedade e depressão provável.			

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Cumprimentos iniciais; Resumo da sessão anterior; Explicar objetivos da sessão 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas,	minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Explicar as diferentes estratégias terapêuticas, cognitivas, emocionais e comportamentais; Orientar a pessoa para a construção de interpretações alternativas das situações; Promover a modificação dos pensamentos e emoções com base nas estratégias explicadas anteriormente; Insistir sobre a substituição e a modificação dos pensamentos negativos/desfuncionais, erros cognitivos e algumas crenças por pensamentos mais adequados; Treinar a substituição e a modificação dos pensamentos negativos/desfuncionais, erros cognitivos e algumas crenças por pensamentos mais adequados; Solicitar TPC para a próxima sessão: elaborar uma tabela onde registe situações, pensamentos automáticos, emoções, resposta adaptativa; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos,	minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Realizar resumo da sessão; Esclarecer dúvidas; Obter feedback da sessão; Agendar próxima sessão e preparar utente para o final da intervenção; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	minutos
Avaliação	A utente mostrou boa compreensão das estratégias trabalhadas e participou ativamente nos exercícios de identificação e modificação de pensamentos negativos/desfuncionais. Demonstrou capacidade para construir interpretações alternativas e reconhecer o impacto destas nas suas emoções. Revelou motivação, adesão ao processo terapêutico e disponibilidade para realizar o TPC proposto.			

APÊNDICE X – PLANEAMENTO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA -
RELAXAMENTO

Planeamento de intervenção psicoterapêutica Relaxamento

Foco	Insónia, Ansiedade
Diagnóstico	Insónia presente, Ansiedade presente
Resultado	Reduzir a ansiedade; promover a melhoria da qualidade do sono; promover a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Crítérios de exclusão	Debilidade intelectual/déficé cognitivo grave; atividade alucinatória/delirante exacerbada (se técnica de imaginação guiada); agitação psicomotora; estado confusional; acuidade auditiva reduzida
Local	Ginásio do hospital
Número de Sessões	Preferencialmente 6 sessões
Frequência	1 a 2 sessões por semana
Duração	Segundo MIPE 45-60minutos
Dinamizador	EEESMP
Material	Mesa; cadeiras; equipamento para monitorizar Tensão Arterial (TA) e Frequência Cardíaca (FC); material de escrita; folha para registo de TA e FC; colchões; mantas; almofadas; computador; áudio de música relaxante
Procedimento	Livro <i>Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções</i> (Sequeira), p. 202–210;

Procedimento				
Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprimentos iniciais - Apresentar os objetivos - Explicar a intervenção a desenvolver - Motivar para a realização da intervenção - Monitorizar TA e FC 	Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete; mesa; cadeiras; colchões; mantas; almofadas; equipamento para monitorizar TA e FC; material de escrita; folha para registo de TA e FC	10 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Execução do relaxamento - Leitura do procedimento 	Ativo; Participativo; Expositivo;	Gabinete; colchões; mantas; almofadas; computador; áudio de música relaxante	25 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Promover momento para expressão das opiniões e sentimentos face à intervenção realizada - Monitorizar TA e FC - Cumprimentos finais 	Ativo; Interrogativo; Participativos;	Gabinete; mesa; cadeiras; equipamento para monitorizar TA e FC; material de escrita; folha para registo de TA e FC	10 minutos
Avaliação	Foram dinamizadas duas sessões de relaxamento, integradas num grupo previamente constituído e acompanhado pela enfermeira responsável por esta intervenção psicoterapêutica. O grupo era composto por seis participantes, três do sexo masculino e três do sexo feminino. A técnica utilizada foi o relaxamento por imaginação guiada, não sendo a intervenção nova para os participantes. Observou-se boa adesão, participação ativa e feedback positivo, bem como melhoria dos parâmetros vitais monitorizados após as sessões, nomeadamente da tensão arterial e da frequência cardíaca.			

APÊNDICE XI – PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA-
INTERVENÇÃO EM CRISE

Planeamento de intervenção psicoterapêutica Intervenção em Crise

Foco	Suicídio
Diagnóstico de Enfermagem	Comportamento autodestrutivo
Resultado	Comportamento autodestrutivo ausente
Crítérios de exclusão	Défice cöginito grave, agitação psicomotora, estado confusional, heteroagressividade.
Local	Gabinete
Número de Sessões	Segundo MIPE 3 a 12 sessões: foram realizadas 3 sessões, individuais.
Frequência	1 a 2 sessões por semana
Duração	Segundo MIPE 45-60 minutos
Dinamizador	EEESMP
Material	Cadeiras, mesas, processo da utente, instrumentos de avaliação impressos, caneta.
Crítérios de avaliação inicial e final	Escala Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Sessão 0 (08/10/2025)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	- Cumprimentos iniciais; - Estabelecimento de contacto terapêutico; - Explicação do objetivo da sessão e enquadramento da intervenção em crise; - Obtenção de consentimento informado para a recolha de dados;	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, folhas.	15 minutos
Desenvolvimento	- Realizar avaliação clínica inicial do comportamento autodestrutivo e do risco associado; - Identificar o diagnóstico de Enfermagem: Comportamento autodestrutivo; - Aplicar escala Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) (Anexo I); - Avaliar ideação suicida, intencionalidade e fatores precipitantes da crise; - Avaliar o insight relativamente ao problema e às suas consequências; - Avaliar a motivação e disponibilidade da utente para participar na intervenção; - Identificar fatores de risco e fatores protetores; - Definir, em conjunto com a utente, uma estratégia de intervenção centrada na crise atual; - Desenvolver uma relação terapêutica colaborativa; - Formalizar o contrato terapêutico.	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrument os de avaliação impressos.	30 minutos

Conclusão	- Síntese dos principais conteúdos abordados na sessão; - Obtenção de feedback da utente; - Planeamento da sessão seguinte	Ativo; Interrogativo; Participativos;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	Na sessão inicial, a utente apresentou-se colaborante e receptiva à intervenção, demonstrando capacidade de verbalizar o seu sofrimento emocional, os fatores precipitantes da crise e a presença de ideação suicida associada a comportamento autodestrutivo recente. A avaliação clínica permitiu identificar risco autodestrutivo, bem como fatores de vulnerabilidade e fatores protetores relevantes. Foi aplicada uma escala de avaliação do comportamento autodestrutivo, tendo-se obtido um score de 11, correspondente a risco elevado. Evidenciou insight preservado relativamente à necessidade de ajuda e mostrou-se disponível para participar na intervenção em crise.			

Sessão 1 (15/10/2025)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	- Reforçar a relação terapêutica; - Relembrar os objetivos da intervenção em crise; - Garantir ambiente seguro e confidencial;	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, folhas.	15 minutos
Desenvolvimento	- Identificar os acontecimentos significativos que precipitaram a crise; - Explorar o significado atribuído pela utente ao episódio autodestrutivo; - Incentivar a expressão de emoções associadas à crise; - Identificar fatores de risco e fatores protetores; - Explorar alternativas ao comportamento autodestrutivo; - Promover estratégias de coping adaptativas para lidar com a situação atual; - Definir um plano imediato de segurança e apoio (exercícios dos 4 pontos) (ver anexo IV);	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrument os de avaliação impressos.	30 minutos
Conclusão	- Síntese da sessão; - Reforço dos recursos identificados; - Preparação da sessão final;	Ativo; Interrogativo; Participativos;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	Nesta sessão, a utente conseguiu identificar os principais acontecimentos precipitantes da crise e atribuir significado ao comportamento autodestrutivo. Expressou emoções associadas ao episódio, demonstrando maior consciência dos fatores que contribuíram para a situação atual. Foram identificados fatores protetores e delineadas estratégias de coping adaptativas, tendo sido definido um plano imediato de segurança. Observou-se redução da intensidade da ideação autodestrutiva e maior percepção de controlo sobre a situação.			

Sessão Final (16/10/2025)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	- Acolhimento da utente; - Relembrar o percurso da intervenção;	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, folhas.	15 minutos
Desenvolvimento	- Aplicar escala Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) (Anexo I); - Avaliar com a utente se a crise foi resolvida ou atenuada; - Avaliar a eficácia das estratégias utilizadas; - Reforçar estratégias de coping adaptativas; - Negociar estratégias para lidar com crises futuras; - Reforçar rede de apoio e recursos disponíveis;	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrument os de avaliação impressos.	30 minutos
Conclusão	- Obter feedback da utente; - Encerrar a intervenção; - Agendar acompanhamento, se necessário;	Ativo; Interrogativo; Participativos;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	Na sessão final, a utente referiu diminuição do sofrimento emocional e ausência de comportamento autodestrutivo desde o início da intervenção. Demonstrou maior capacidade de identificar sinais de alerta e de recorrer a estratégias de coping adaptativas. Foi reaplicada a escala de avaliação do comportamento autodestrutivo, verificando-se uma diminuição do risco para nível intermédio (score 8). A crise foi considerada parcialmente resolvida, tendo sido reforçado um plano de prevenção de recaídas e definidos recursos de apoio para acompanhamento futuro.			

APÊNDICE XII – PLANEAMENTO INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA –
PSICOEDUCAÇÃO E SESSÃO REALIZADA

Planejamento de intervenção psicoterapêutica Psicoeducação

Foco	Delírio
Diagnóstico de Enfermagem	Delírio presente
Resultado	Delírio Ausente
Critérios de exclusão	Défice cognitivo grave, agitação psicomotora, estado confusional, heteroagressividade,
Local	Gabinete
Número de Sessões	Segundo MPE 3 a 6 sessões; foram realizadas 3 sessões, individuais.
Frequência	1 a 2 sessões por semana
Duração	Segundo MPE 45-60 minutos
Dinamizador	EEESMP
Material	Cadeiras, mesas, processo da utente, instrumentos de avaliação impressos, caneta,
Critérios de avaliação inicial e final	Escala das Síndromes Positiva e Negativa—PANSS

Foco	Aceitação do estado de saúde
Diagnóstico de Enfermagem	Aceitação do estado de saúde comprometida
Resultado	Aceitação do estado de saúde melhorada
Critérios de exclusão	Défice cognitivo grave, agitação psicomotora, estado confusional, heteroagressividade,
Local	Gabinete
Número de Sessões	Segundo MPE 3 a 6 sessões; foram realizadas 3 sessões, individuais,
Frequência	1 a 2 sessões por semana
Duração	Segundo MPE 45-60 minutos
Dinamizador	EEESMP
Material	Cadeiras, mesas, processo da utente, instrumentos de avaliação impressos, caneta,
Critérios de avaliação inicial e final	Escala de Insight Cognitivo de Beck

Sessão 1 (01/11/2025)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Explicação do objetivo da sessão; 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas,	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre a doença mental, com enfoque na esquizofrenia; • Explicar sobre as principais características e manifestações da esquizofrenia; • Utilizar suporte visual (PowerPoint) para facilitar a compreensão da informação; • Promover a compreensão gradual da condição de saúde, respeitando o nível de insight do utente; • Explorar as crenças e percepções do utente acerca da doença; • Trabalhar a aceitação do estado de saúde; • Explorar a importância do tratamento contínuo para a estabilidade clínica; • Reforçar a necessidade de adesão ao regime terapêutico, mesmo na ausência de sintomas; • Avaliar a compreensão do utente relativamente ao ensino realizado; • Avaliar a receptividade do utente à informação transmitida; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos,	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar sessão; • Obter feedback; • Planear próxima sessão; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	<p>Nesta sessão o utente mostrou-se receptivo à informação transmitida, mantendo postura colaborante, com disponibilidade para ouvir, questionar e concordar pontualmente com alguns dos conteúdos abordados. Demonstrou capacidade de atenção e envolvimento na interação terapêutica. Contudo, mantém crenças delirantes de teor místico, referindo que, apesar de reconhecer o diagnóstico de esquizofrenia, considera que os profissionais de saúde "estão errados", afirmando possuir um dom que lhe permite ouvir a voz de Deus. Não se verificou ganho significativo de insight nem integração da informação transmitida na compreensão da sua condição clínica. A sessão permite estabelecer relação terapêutica e avaliar a receptividade ao ensino realizado, sem alterações relevantes ao nível das crenças delirantes.</p>			

Sessão 8 (26/11/2025)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Apresentação do enfermeiro e do utente; • Explicação do objetivo da sessão; • Obtenção de consentimento para a recolha de dados 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas,	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação Inicial: • Avaliar o insight relativamente à perceção do seu problema; • Avaliar a motivação e disponibilidade da pessoa para participar na intervenção; • Identificar diagnóstico de Enfermagem: Delírio Presente; • Identificar diagnóstico de Enfermagem: Aceitação do estado de saúde comprometida; • Aplicar escala: Escala das Síndromes Positiva e Negativa—PANSS; • Aplicar escala: Escala de Insight Cognitivo de Beck; • Explicar em que consiste intervenção psicoterapêutica de psicoeducação; • Realizar contrato terapêutico, verbal. 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos,	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar sessão; • Esclarecer dúvidas; • Obter feedback; • Planear próxima sessão; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	<p>Na sessão inicial, o utente apresentou-se disponível para a interação, contudo com discurso e pensamento marcadamente influenciados por sintomatologia psicótica. Ao longo da sessão, verbalizou ideias, crenças e pensamentos de carácter malicioso, sem fundamentação na realidade, compatíveis com delírio de teor místico, referindo que "Deus fala comigo várias vezes ao dia". Evidenciou pensamento pouco permeável à argumentação lógica, mantendo convicções delirantes apesar das tentativas de clarificação e reformulação. Dados descritos na subescala P1 (delírio) da Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) — (resultado 27). O utente não apresenta insight para a sua condição psicopatológica. Embora reconheça o diagnóstico de esquizofrenia, não estabelece relação entre a doença e os sintomas que vivencia. Quando questionado acerca da história de múltiplos internamentos, alguns em regime involuntário e de longa duração, manifesta discurso de negação da doença, verbalizando "não sou doente... o médico é que não me deixa sair". SIC. A aplicação da Escala de Insight Cognitivo de Beck evidenciou baixo nível de autorreflexão e elevada autocerteza, traduzindo insight cognitivo comprometido, com reduzida capacidade de questionar crenças e interpretações pessoais, em consonância com a sintomatologia psicótica ativa.</p>			

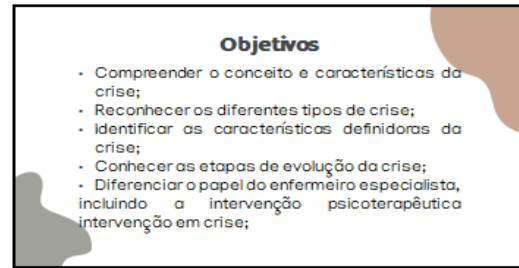
Sessão Final (09/12/2025)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentos iniciais; • Explicação do objetivo da sessão; 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas,	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre a importância da adesão ao regime medicamentoso para a estabilidade clínica; • Reforçar a necessidade de manutenção do tratamento, mesmo na ausência de sintomatologia; • Ensinar sobre os riscos associados ao consumo de substâncias, tendo em conta a história do utente; • Sensibilizar para a relação entre consumo de substâncias e descompensação psiquiátrica; • Aplicar escala: Escala das Síndromes Positiva e Negativa—PANSS; • Aplicar escala: Escala de Insight Cognitivo de Beck; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos,	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Sintetizar sessão; • Obter feedback; • Planear próxima sessão; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	<p>Na sessão final, procedeu-se ao reforço da importância da adesão ao regime medicamentoso e da abstinência do consumo de substâncias, bem como à reexploração das escalas utilizadas na avaliação inicial. Os resultados obtidos mantiveram-se semelhantes aos previamente registados, não se verificando ganhos significativos ao nível dos scores quantitativos, mantendo-se o comprometimento do insight cognitivo. Apesar da ausência de alterações mensuráveis nas escalas aplicadas, as sessões realizadas permitiram ganhos ao nível do aumento do conhecimento do utente acerca da sua condição de saúde e do tratamento, bem como a promoção de uma interação terapêutica positiva. O utente verbalizou agrado pela participação nas sessões, demonstrando envolvimento, disponibilidade para o diálogo e valorização do espaço terapêutico, o que constitui um indicador relevante de adesão relacional e potencial facilitador de intervenções futuras.</p>			

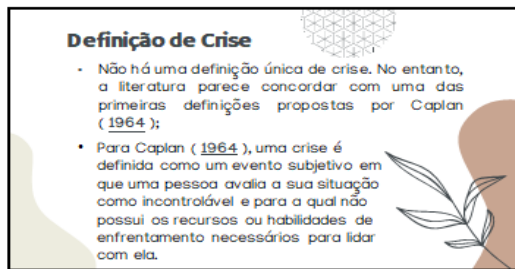
APÊNDICE XIII – FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS – INTERNAMENTO DE AGUDOS



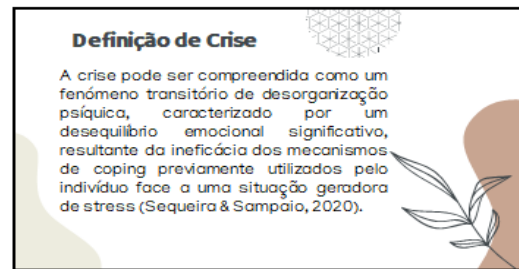
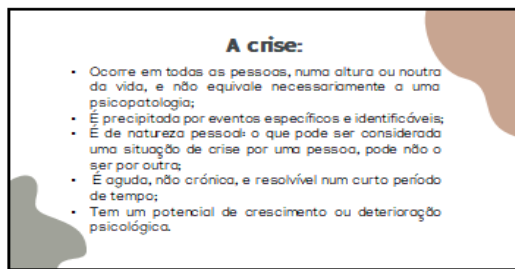
1



2



3



5



6

Características da Crise

A crise caracteriza-se por:

1. Ser uma urgência psiquiátrica;
2. Constituir um período de transição autolimitado
3. Estar associada a um stressor agudo ou ao efeito cumulativo de vários stressores.
4. Depender dos fatores de equilíbrio, como percepção realista do evento, apoio situacional e mecanismos de coping previamente adquiridos.

De acordo com as teorias clássicas, a pessoa em crise atravessa diferentes etapas, que devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde para orientar uma comunicação e intervenção adequadas.

Requeiro (2005), citando por Arantes et al. (2008), Aguilera & Calabro (2008) e Hecqueto (2010).

7

Etapas de evolução da Crise

1. Choque / Desorganização
2. Negação
3. Intrusão
4. Integração



8

O papel do Enfermeiro Especialista

9

Avaliação da Crise

1. Avaliar a dimensão clínica;
2. Identificar sinais de sintomatologia psiquiátrica grave e aguda;
3. Analisar a rede social e os apoios disponíveis;
4. Observar possíveis ruturas nas relações familiares e/ou sociais;
5. Compreender a posição da pessoa face à crise;
6. Avaliar o nível de risco para a própria pessoa e para terceiros;
7. Determinar o risco imediato de passagem ao ato;

10

Intervenção de Enfermagem

James e Gilliland (2005) propõem um modelo composto por duas fases principais:

1. Escuta

Inclui três etapas:

- definir o problema;
- assegurar a segurança do utente;
- providenciar suporte.

Nesta fase é essencial observar, atender, compreender e responder com autenticidade, respeito e aceitação, sem julgamento.

11

Intervenção de Enfermagem

2. Ação

Também inclui três etapas:

- explorar alternativas de intervenção;
- planejar em conjunto;
- obter o compromisso do utente.

Estas etapas são desenvolvidas em colaboração com a pessoa, de modo a ir ao encontro das suas necessidades e recursos disponíveis.

12

Objetivos de Intervenção

- Promover a resolução da crise em 1 a 12 semanas;
- Desenvolver mecanismos de coping adaptativos;
- Prevenir a deterioração do funcionamento;
- Promover o restauro do equilíbrio emocional e funcional;
- Favorecer o domínio cognitivo da situação;
- Estimular a aquisição de novas competências.

13

Contraindicações e Critérios de Exclusão da Intervenção

Todas as situações que ultrapassem o período de crise (até 12 semanas);

- Uma vez que a intervenção em crise é autolimitada no tempo, excluem-se situações crônicas ou de longa duração;
- Estado de descompensação/agudização da doença mental grave;
- Doença mental que, pela sua psicopatologia atual, inibe a capacidade de a pessoa participar num processo psicoterapêutico;
- Debilidade intelectual ou défice cognitivo grave;
- Perturbação da personalidade grave.

Nota: Segundo a OE não foram encontradas quaisquer contraindicações, tendo sido formulada a intervenção em crise. Contudo, foi analisado por consenso de peritos que as contraindicações supramencionadas podem estar desatualizadas face à realidade do mundo.

14

Executar Intervenção em crise

15

- Para a intervenção "Executar Intervenção em Crise", foram consideradas as indicações terapêuticas, os Resultados da Enfermagem e os Instrumentos de Avaliação definidos no Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2023).
- O Quadro 4 presente neste guia sintetiza as principais indicações para esta intervenção, alinhando diagnósticos de Enfermagem (CIPE/ON), resultados NOC e instrumentos de avaliação recomendados, conforme apresentado abaixo.

Indicações de Enfermagem (Nível de Evidência)	Resultados da Enfermagem	Instrumento(s) de Avaliação
Aniedade (1.1) (Stapleton et al., 2006)	Aniedade reduzida Autocontrolo da ansiedade melhorado	Resultado NOC "Nível de Ansiedade" (Moorehead et al., 2010) Resultado NOC "Autocontrolo da Ansiedade" (Moorehead et al., 2010)
Comportamento autodestrutivo (2.1) (Beech et al., 2005)	Sem comportamento autodestrutivo	Resultado NOC "Autonegação" (Moorehead et al., 2010)
Humor depressivo (3.1) (Stapleton et al., 2006)	Humor melhorado	Resultado NOC "Nível de Depressão" (Moorehead et al., 2010)
Ideação suicida (2.3) (Miles-Strayer et al., 2019)	Sem ideação suicida	Resultado NOC "Vontade de Viver" (Moorehead et al., 2010)
Substância consumida (3.4) (Rutledge, 1999)	Lúto	Resultado NOC "Resistência ao Pânico" (Lutski (Moorehead et al., 2010)

16

Sessão de Avaliação Inicial

- Avaliação inicial;
- Avaliação prioritária do risco de suicídio;
- Identificação da situação atual e fatores precipitantes;
- Análise de estratégias de coping e recursos pessoais;
- Síntese clínica e definição de objetivos iniciais;
- Acordo do plano terapêutico (sessões e periodicidade);
- Orientação para recursos de apoio e emergência;

Conteúdo elaborado com base no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem - MIRE (Segundo & Campelo, 2020) e no Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2023).

17

Sessões Iniciais (1 a 3)

- Estabelecer relação terapêutica segura, baseada na empatia, aceitação e confiança;
- Clarificar que a intervenção é breve e centrada na crise atual;
- Promover apoio, segurança e postura realista;
- Explorar a crise: problema, precipitantes e significado;
- Ajudar o utente a organizar e compreender os acontecimentos;
- Avaliar expectativas face à situação e ao processo terapêutico;
- Explorar o padrão de vinculação (segura, preocupada, desligada, amedrontada);
- Mapear a rede de suporte social;
- Identificar fatores protetores e vulnerabilidades;
- Realizar a primeira formulação clínica:
 - Disputa interpessoal
 - Perda
 - Transição de papel

18

Sessões Intermédias (4-5)

- Aprofundar a compreensão da área de problema e iniciar a mudança;
- Explorar expectativas, percepções e emoções do utente;
- Promover reenquadramento de crenças e ampliação de respostas comportamentais;
- Construir alternativas e apoios (segurança, alojamento, recursos, decisão);
- Ajudar o utente a atribuir significado ao evento traumático.

19

Sessão Final

- Avaliar se a crise está em fase de resolução
- Avaliar condição física (sono, alimentação, higiene)
- Avaliar compreensão cognitiva do evento
- Avaliar funcionamento global (social, espiritual, laboral/escolar)
- Avaliar satisfação e progresso com o tratamento
- Identificar stressores atuais
- Verificar necessidade de encaminhamentos (saúde, social, jurídico, habitacional)

20

Sessão de Reforço – Follow-up

- Discutir ganhos do tratamento e riscos futuros;
- Abordar resposta ao fim da intervenção;
- Avaliar se a crise foi resolvida;
- Rever processo terapêutico e progressos;
- Definir plano de contingência / prevenção de recaídas;
- Rever competências desenvolvidas;
- Antecipar stressores, sintomas e estratégias;
- Orientar quando procurar ajuda profissional;
- Preparar o utente para dificuldades futuras;
- Reforçar progressos e esclarecer dúvidas sobre o término.

Conteúdos elaborados com base no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, MPD (Sequeira & Sampaio, 2020) e no Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (2022).

21

Conclusão

- A intervenção em crise é uma resposta estruturada, breve e centrada na pessoa, que visa restaurar o equilíbrio emocional, prevenir a deterioração funcional e promover estratégias adaptativas de coping.
- O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental assume um papel fundamental na avaliação do risco, no suporte emocional, na mobilização de recursos e no acompanhamento terapêutico ao longo das diferentes fases da crise.

22

Referências Bibliográficas

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Sá, S. D., Werlang, B. S. G., & Paranhos, M. E. (2008). *Intervenção em crise*. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 45-60. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20080008>

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.

23

Thanks

Do you have any questions?
nfilipa89@hotmail.com | 916 019 598



CREDITS: This presentation template was created by Slidego, including icons, infographics & images by Freepik

24

APÊNDICE XIV – PROJETO PREVENÇÃO DE RECAÍDA - ICAD

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

Centro de Resposta Integrada



Desenvolvido por: Diana Coelho e Sandra Gonçalves

Orientado por: JF (IESMP), OC (IESMP) e EF (IESMP)

Junho, 2020

Símbolos e Abreviações

CRJ – Centro de Resposta Integrada;

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências;

IESMP – Instituto Especializado em Saúde Mental e Psiquiátrica;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

- 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 Saúde 0.

Desenvolvimento:

- Exploração breve da experiência do utente desde a Saúde 0;
- Revisão dos objetivos definidos e validação da noção para a mudança;
- psicoeducação sobre:
 - Recaída como processo (não como falha);
 - Fases da recaída (emocional, cognitiva e comportamental);
 - Relação entre stress, impulsividade, autonomia 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 humanas 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 e funcional;
- 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 distorcidos 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 o envolvimento para a mudança e manutenção dos ganhos;
- Consolidar o Plano Pessoal de Prevenção da Recaída;
- Reforçar a autonomia, a responsabilização e o autocuidado.

1. Enquadramento

O presente projeto surge no âmbito da unidade curricular (UC) – Inglês de Natureza Profissional com Relatório Final, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo este desenvolvido no Centro de Resposta Integrada (CRI) do Pólo de Braga, pertencente ao Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD).

Durante o período de estágio como consultor, foi possível constatar de forma direta com utentes com histórico de comportamentos aditivos e dependentes, em diferentes fases do processo terapêutico, nomeadamente em situações 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, estruturadas e centradas no utente, que promovam a manutenção da abstinência e a recuperação.

No contexto do CRI de Braga – Pólo de Braga, a recaída insere-se como um desafio clínico frequente, estando frequentemente associada a fatores emocionais, cognitivos, contextuais, como dificuldades na gestão do stress, impulsividade, baixa autonomia, fragilidades na autorregulação emocional e ausência de estratégias eficazes de coping. Apesar do acompanhamento regular e das respostas consistentes, verifica-se a necessidade de intervenções estruturadas que atuem de forma específica na prevenção da recaída, particularmente em utentes abstinentes, face aos que a vulnerabilidade se encontra em níveis significativos.

Neste sentido, e considerando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (IESMP), surge a pertinência de desenvolver um projeto intitulado “Consulta de Enfermagem de Saúde Mental na Prevenção da Recaída em Comportamentos Aditivos”, a implementar no CRI de Braga – Pólo de Braga. Este projeto visa estruturar uma equipa 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 histórico de comportamentos aditivos, em situação de abstinência e em acompanhamento regular no CRI, incluindo utentes que apresentem: Consumo ativo de substâncias; Situação clínica aguda que comprometa a autorregulação emocional; Defeito cognitivo moderado a grave que impeça a compreensão e

participação na intervenção; Desempenhamento psicopatológico 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 no utente, pretende-se promover o autocuidado, a autorregulação 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 refletir o papel do IESMP no acompanhamento de pessoas com comportamentos aditivos, orientando para a continuidade de cuidados, para o apoio 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 estrutura crítica resultante das dependências. Diversos autores referem que o conceito de consumo não deve ser interpretado como falta pessoal ou terapêutica, mas como parte de um processo complexo, influenciado por fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e contextuais (Muller et al., 2010; Nogueira & Diniz, 2005). Mesmo após períodos de abstinência mantida, a pessoa permanece vulnerável à recaída, sobretudo em situações de stress, 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 envolver utentes de fases emocionais, cognitivas e comportamentais. Nessa fase, há uma conexão entre respostas cognitivas e emocionais, pensamentos pessoais, baixa autonomia e falta de estratégias de coping aumentam a probabilidade de retorno ao consumo (Muller & Diniz, 2005). Assim, a identificação precoce de sinais de alerta e a intervenção adequada assumem um papel central na intervenção 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 centradas

para o desenvolvimento de competências de autorregulação, tomada de decisão e coping adaptativo. Intervenções como a terapia racional, a psicoeducação, o treino de estratégias de coping e a resolução de problemas pessoais aumentam a motivação para a mudança, reforça a autoeficácia e promove a adesão ao tratamento, contribuindo abertamente quando há diferentes fases do processo de recuperação (Muller & Diniz, 2005).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (IESMP) dispõe de competências específicas que o habilitam a intervir de forma diferenciada, para o processo de 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 IESMP 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 Essenciais do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2015) reforça ainda a responsabilidade do enfermeiro especialista na promoção de cuidados baseados na evidência, contribuindo na pessoa e orientando para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A consulta de enfermagem de saúde mental consult, assim, um espaço privilegiado para a implementação de intervenções estruturadas de prevenção da recaída, potenciando uma abordagem sistémica e individualizada. Através da avaliação dos fatores de risco e de proteção, da promoção do autocuidado e do desenvolvimento de estratégias adaptativas de coping, o IESMP contribui para a redução da vulnerabilidade à recaída para o consumo da substância.

Adicionalmente, os documentos estratégicos nacionais e europeus na área dos comportamentos aditivos e dependentes reconhecem a importância de intervenções curtas, integradas e centradas no utente, 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 intervenção em saúde mental e com modelos de cuidados menos centrados 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 IESMP, associado ao

caso uma intervenção especializada, física 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 no utente, que integra avaliação especializada em saúde mental, intervenção psicoterapêutica de enfermagem, psicoeducação e planeamento terapêutico partilhado, visando a minimização da vulnerabilidade e a promoção da recuperação.

Consiste na implementação de uma Consulta de Enfermagem de Saúde Mental-Prevenção da Recaída, dirigida a utentes com histórico de comportamentos aditivos, em fase de abstinência em acompanhamento regular no CRI de Braga – Pólo de Braga.

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

4. Objetivo geral do projeto:

Implementar e implementar consulta de ESMP dirigida a utentes abstinentes, acompanhados no CRI de Braga – Pólo de Braga, com foco na prevenção da recaída, promoção da adesão ao tratamento e autonomia do utente.

5. Objetivos específicos

- Expandir as consultas de ESMP para prevenção de recaída;
- Promover autocuidado, autorregulação e estratégias de coping nos utentes;

6. Indicadores Terapêuticos:

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

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 prevenção de consumo e autorregulação;
- 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 prevenção de consumo;
- 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;

Referências Bibliográficas

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) (2023). *9.º Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2022: Relatório final*. SICAD – Direção-Geral da Saúde. <https://hdl.handle.net/10480.2675/1029>

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.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en

Ordem dos Enfermeiros. (2018, 7 de agosto). Regulamento n.º 525/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Diário da República, 2.ª série n.º 121). <https://diarioleispublica.pt/details/legislacao-515-2018-11592570>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/205959/guia_intervencao psicoterapeutica_ica_ok.pdf

- Risco de recaída associado a fatores emocionais, cognitivos ou contextuais;
- Dificuldade na gestão do stress e das emoções;
- Impulsividade ou défice de autocuidado;
- 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 CRI de Braga – Pólo de Braga;
- Aumento do autocuidado dos fatores de risco e de proteção para recaída;
- Desenvolvimento e utilização de estratégias eficazes de coping;
- Melhoria do autocuidado emocional e comportamental;
- Aumento do autocuidado, 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 orientada;
- Avaliação de estado emocional;
- Registo clínico de enfermagem;
- Avaliação de adesão ao acompanhamento e da participação ativa do utente;
- Feedback verbal do utente relativamente a estratégias aprendidas.

9. Externos do Conselho de ESMP: “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 insere-se com uma avaliação global e especializada, centrada no utente, que segue o modelo da “Consulta de Acompanhamento de Enfermagem do CRI de Braga”;
- Identificação de necessidades (Dificuldade em lidar com stress, impulsividade, baixa autonomia, falta de estratégias para situações de risco);
- Definição de objetivos realistas e alcançáveis;
- Elaboração de um Plano pessoal de prevenção da recaída;
- Pequenas intervenções terapêuticas: Entrevista estruturada, Prevenção da recaída, Treino de coping, Reação de perfuração, Psicoeducação.

Resultados esperados:

- Estabelecimento de relação terapêutica eficaz;
- Uteute motivado e colaborante no processo;
- Necessidade 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 compromisso aquilado do processo de recaída.

APÊNDICE XV – PLANEAMENTO DA CONSULTA DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA

Planeamento de intervenção Prevenção de Recaída

Foco	Risco de Recaída
Diagnóstico de Enfermagem	Risco de recaída no consumo de substâncias
Resultado	Recaída, autêntica.
Critérios de exclusão	Consumo ativo de substâncias; Situação clínica aguda que comprometa a participação na consulta; Déficit 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.
Local	Gabinete
Número de Sessões	5 sessões com 0 e follow up
Frequência	1 a 2 sessões por semana
Duração	45-50 minutos
Quem lidera	ES/CAAP
Material	Cadeiras, mesas, processo da utente, instrumentos de avaliação impressos, caneta.
Críticas de avaliação inicial e final	<ul style="list-style-type: none"> • 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;

Sessão 0 (03/02/2026)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento da utente; • Apresentação da consulta e objetivos do acompanhamento; • Estabelecimento de relação terapêutica e promoção de ambiente de confiança; 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas.	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação global de enfermagem em saúde mental; • Exploração da história pessoal, familiar e percurso de vida; • Identificação de necessidades, fatores de risco e fatores protetores; • Exploração da motivação para a mudança; • Início do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos.	30 minutos

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos principais pontos abordados; • Validação da informação com a utente; • Definição de objetivos iniciais e enquadramento da primeira sessão; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	A utente mantém-se colaborante e disponível para a parceria, tendo sido iniciada a relação terapêutica com estabelecimento de confiança. Foram identificadas necessidades e fatores de risco relevantes, bem como definida, de forma inicial, a orientação dos objetivos terapêuticos.			

Sessão 1 (10/02/2026)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento de utente; • Revisão breve da sessão anterior; • Partilha da utente sobre como se sentiu desde a sessão anterior e revisão do acompanhamento terapêutico; 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas.	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação conjunta de ganhos internos e externos; • Reconhecimento de sinais precoces de alerta; • Exploração das estratégias utilizadas pela utente para prevenção do consumo; • Identificação de fatores protetores e recursos pessoais; • Continuação da estruturação do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos.	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos conteúdos abordados; • Definição de tarefa terapêutica entre sessões (registo de situações de risco e estratégias utilizadas); 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	A utente apresenta-se colaborante e participativa, demonstrando capacidade para identificar ganhos associados ao consumo e reconhecer sinais precoces de alerta. Verificou estratégias eficazes de prevenção, nomeadamente o recurso a médico e amigo de confiança como elementos da rede de apoio. Observou-se envolvimento ativo no processo terapêutico e continuidade na estruturação do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída.			

Sessão 2 (05/03/2026)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento da utente; • Revisão breve da sessão anterior; • Exploração do trabalho realizado entre sessões (registo de situações de risco e estratégias utilizadas); 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas.	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Exploração das situações de risco identificadas e das estratégias adotadas pela utente; • Análise de emoções e pensamentos associados; • Treino de estratégias de coping adaptativas; • Introdução de estratégias simples de regulação emocional (ex., respiração controlada); • Identificação e reformulação de pensamentos disfuncionais relacionados com o consumo; • Reforço da autoeficácia e ajuste do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos.	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos principais conteúdos abordados; • Reforço das estratégias funcionais identificadas; • Definição de tarefa terapêutica para continuidade do treino entre sessões; • Observar pensamentos que surtem nesses momentos; Experimentar a técnica de respiração quando sentir tensão; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	A utente apresenta-se colaborante e reflexiva, demonstrando capacidade para analisar situações de risco recentes e reconhecer estratégias utilizadas para evitar o consumo. Observou-se maior consciência emocional e identificação de pensamentos associados às situações de risco, bem como envolvimento ativo no treino de estratégias adaptativas e continuidade do processo terapêutico.			

Sessão Final (02/02/2026)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento terapêutico; • Relembrar o percurso realizado ao longo das sessões; • Enquadramento da sessão como momento de avaliação e consolidação; • Exploração inicial da perceção do utente sobre a avaliação crítica; 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas.	15 minutos

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação global da evolução clínica e comportamental; • Reavaliação dos fatores de risco e fatores de proteção; • Avaliação da capacidade de reconhecimento precoce de sinais de alerta; • Avaliação da utilização e eficácia das estratégias de coping; • Reavaliação de motivação para a manutenção da mudança; • Consolidação e formalização do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída; • Identificação de recursos de apoio e rede de suporte; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos.	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos principais ganhos e competências desenvolvidas; • Reforço da autonomia, responsabilização e autocuidado; • Validação do esforço e compromisso do utente; • Encerramento terapêutico e qualificação do acompanhamento futuro, se necessário; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	A utente apresenta-se colaborante, participativa e reflexiva, demonstrando capacidade para analisar a sua evolução ao longo do programa de prevenção da recaída. Evidenciou maior consciência dos seus fatores de risco e fatores de proteção, bem como capacidade para identificar sinais precoces de alerta associados a situações de maior vulnerabilidade. Observou-se consolidação das estratégias de coping previamente trabalhadas, com reconhecimento das que se revelaram mais eficazes na gestão emocional e na prevenção do consumo. A utente demonstrou maior perceção de controlo sobre o seu comportamento, reforço da autoeficácia e motivação para a manutenção da mudança. O Plano Pessoal de Prevenção da Recaída foi revisado e validado, encontrando-se estruturado, individualizado e funcional, evidenciando capacidade de autonomia e responsabilização no processo de recuperação.			

Sessão follow-up (02/02/2026)

Etapas	Atividades	Método	Recursos materiais	Duração
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento terapêutico; • Relembrar o objetivo da sessão de follow-up; • Exploração inicial da evolução desde a última sessão; • Identificação de acontecimentos relevantes ocorridos no período intermédio; 	Participativo; Expositivo;	Gabinete, cadeiras, mesa, canetas, folhas.	15 minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da evolução clínica e comportamental nos últimos 2 meses; • Avaliação do estado emocional atual e perceção de controlo; • Avaliação da adesão ao acompanhamento no CRJ; • Reavaliação da identificação de sinais precoces de alerta; • Avaliação da utilização das estratégias de coping e sua eficácia; • Reforço das estratégias eficazes; • Ajuste/reformulação das estratégias menos adaptativas; • Revisão e eventual ajuste do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída; • Discussão do plano de continuidade e recursos de suporte; 	Ativo; Participativo; Expositivo; Interrogativo;	Gabinete, cadeiras, mesa, folhas, canetas, instrumentos de avaliação impressos.	30 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese da avaliação observada; • Reforço da autoeficácia e autonomia; • Validação dos ganhos alcançados; • Clarificação do plano de seguimento e contatos de apoio; 	Ativo; Interrogativo; Participativo;	Gabinete, cadeiras, mesa	5 minutos
Avaliação	A sessão de follow-up encontra-se estruturada e planeada, com definição clara de objetivos, atividades, métodos e indicadores de avaliação, integrando a lógica de continuidade de cuidados e monitorização de resultados a médio prazo no âmbito da prevenção de recaída. Porém, não foi possível a sua concretização devido ao término do período de estágio, o que constitui uma limitação temporal à implementação integral do projeto. Ainda assim, o seu planeamento evidencia preocupação com a avaliação longitudinal da manutenção das competências adquiridas, consolidação do Plano Pessoal de Prevenção da Recaída e reforço da autonomia do utente. A inclusão desta sessão no desenho do projeto reforça a intencionalidade de promover intervenções sustentáveis, centradas na continuidade terapêutica e na avaliação de resultados em saúde mental, mesmo não sendo este possível e sua operacionalização no contexto temporal disponível.			

APÊNDICE XVI – PANFLETO PREVENÇÃO DE RECAÍDA

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 DE [REDACTED]
PÓLO DE [REDACTED]



REDE DE SUPORTE

CRI DE [REDACTED]
PÓLO DE [REDACTED]



+351 253 0 [REDACTED]



R. [REDACTED]
M. [REDACTED],
Portugal.



PREVENÇÃO DE RECAÍDAS

Cuidar da tua saúde mental é um processo contínuo

CRI DE [REDACTED]
PÓLO DE [REDACTED]

Núria Coelho
&
Sandra González



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 perceção 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.

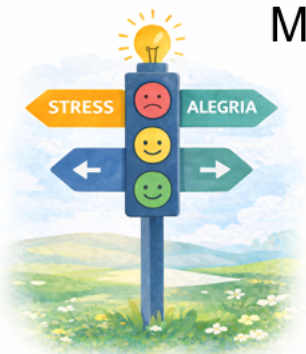


APÊNDICE XVII – CARTÃO DE BOLSO PARA INCENTIVO AO TRATAMENTO

O tratamento não é fraqueza.
É um passo de cada vez.



CRI DE [REDACTED] - PÓLO [REDACTED]
2026



Mesmo quando falhares, **não desistas de ti.**

O tratamento ajuda-te a:

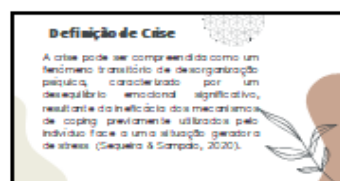
- manter o controlo;
- prevenir recaídas;
- reencontrar equilíbrio;

Recomeçar também faz
parte do caminho.

APÊNDICE XVIII – FORMAÇÃO AOS PROFISSIONAIS - ICAD



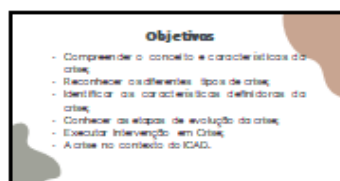
1



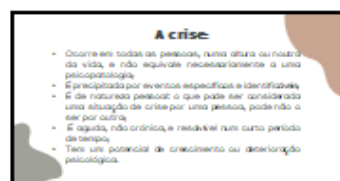
4



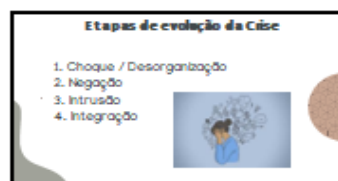
7



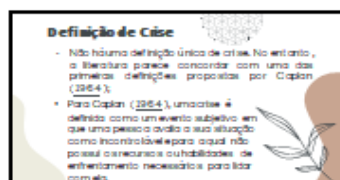
2



5



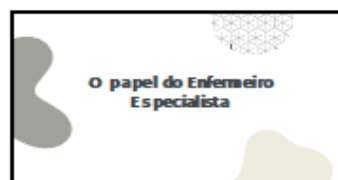
8



3



6



9

Avaliação da Crise

1. Avaliar a dimensão clínica;
2. Identificar sinais de sintomatologia psiquiátrica grave e aguda;
3. Analisar a rede social e os apoios disponíveis;
4. Observar possíveis riscos, nas relações familiares, e na social;
5. Compreender a posição da pessoa face à crise;
6. Avaliar o nível de risco para a própria pessoa e para terceiros;
7. Determinar o risco imediato de passagens ao ato;

10

Objetivos de Intervenção

- Promover a resolução da crise em 1 a 2 semanas;
- Desenvolver mecanismos de coping adaptativos;
- Prevenir a deterioração do funcionamento;
- Promover o restabelecimento do equilíbrio emocional e funcional;
- Favorecer o domínio cognitivo da situação;
- Estimular a aquisição de novas competências.

13

- a) Para o instrumento: "Fonema Intensivo em Cria", foram considerados os instrumentos: Simphonias, canções de Foberger e os instrumentos de Análise definidos no Guia Operativo do Novo Modelo de Intervenção Musicotérmica de Foberger; de Colores das Palavras (CSP, 2002).
- b) O Quadro 6 apresenta os recursos psicoeducativos principais, incluindo, para os Intensivos, atividades terapêuticas de Foberger (CSP at-20), incluindo MCC e instrumentos de análise musicoterapêutica, conforme apresentado.

[illegible]

16

Intervenção de Enfermagem

Jordan, a Dillman (2000) propõem um modelo composto por duas fases de trabalho.

- **L. Fluoride**
 - leuhalit, selenit
 - **deficit** = **problema**
 - **concentrat** = **concentrat** de **clorură**
 - **problema** = **problema**

Minimiza la presencia de errores, alambres, componentes o suspensiones con vulnerabilidades, riesgos o conflictos con el negocio.

11

Contraindicações e Critérios da Intervenção

Todas as situações que ultrapassarem o período de crise (até 12 semanas);

- Estado de descompensação/agudização da doença mental grave
- Doença mental que, pela sua psicopatologia atual, inibe a capacidade de a pessoa participar num processo psicoterapêutico
- Deficiência intelectual ou déficit cognitivo grave
- Perturbação da personalidade grave.

14

Crise no Contexto do ICAD

17

Intervenção de Enfermagem

- Também inclui três etapas:
 - explorar alternativas de intervenção;
 - planejar em conjunto;
 - obter o compromisso do usuário.

Essas etapas são desenvolvidas em colaboração com a pessoa, de modo a ir ao encontro das suas necessidades e recursos disponíveis.

12

**Executar
Intervenção em
crise**

15

- No contexto dos comportamentos aditivos, a crise surge frequentemente associada a sofrimento emocional intenso, criando o risco de recaída.
- Pode também envolver conflitos interpessoais e dificuldades sociais significativas (Mantoni, 1996).
- A crise traduz-se numa incapacidade temporária de mobilizar estratégias de coping adequadas (Piquero & Rimpala, 2010).
- Estas situações exigem uma intervenção precoce e estruturada (Roberts & Cromeo, 2006).

18

Situações de Alto Risco para Recaída

- Experiência: C. Alan Marlatt (1986), o modelo mais importante na associação: experiências de alto risco, recaídas e crises
- Fatores emocionais: reações (ansiedade, tristeza, frustração)
- Conflitos: importantes
- Resposta: social
- Experiência: reações emocionais: ao consumo
- Fatores de risco: a impulsividade
- A afiliação em estilo: estratégias de coping adaptativas: reações variáveis, aumento significativo na capacidade de modulação

19

Objetivos da Intervenção em Crise no ICAD

- Reduzir o sofrimento emocional imediato (Roberts & Otens, 2005).
- Prevenir a recaída (Marlatt, 1996).
- Restaurar o equilíbrio emocional e funcional (Plequeira & Ramalho, 2020).
- Desenvolver estratégias de coping adaptativas (Marlatt, 1996).
- Promover autonomia e continuidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

22

Atividades Desenvolvidas no Estágio

- Desenvolvimento de um projeto de Consultas de Enfermagem em Saúde Mental e Psicofarmacologia: no processo de modo em compreender os desafios em conjunto com colegas de especialidade
- Implementar as práticas de consulta, com abordagem de questões relacionadas com a crise
- Elaboração de um folheto informativo no âmbito da prevenção da recaída
- Criação de um cartão de intervenção à medida ao interveniente, destacando os sinais de alerta de risco
- Desenvolvimento de um momento teórico dirigido aos profissionais, sublinhando a importância da intervenção em crises

25

Crise e Recaída: Relação

- A crise pode constituir um fator precipitante da recaída.
- A ausência de estratégias de coping aumenta a probabilidade de consumo.
- A recaída deve ser compreendida como um processo e não como um evento isolado (Marlatt, 1996).

Intervenção precoce permite interromper o ciclo crise → consumo (Roberts & Otens, 2005).

20

Conclusão

- A intervenção em crise constitui uma resposta estruturada, breve e centrada na pessoa, que visa restaurar o equilíbrio emocional, prevenir a deterioração funcional e promover estratégias adaptativas de coping.
- Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental assume um papel fundamental na avaliação do risco, no suporte emocional, na mobilização de recursos e no acompanhamento terapêutico ao longo das diferentes fases da crise, promovendo ganhos em saúde mental e continuidade de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

23

Referências Bibliográficas

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia de intervenção em crise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Roberts, A. B., & Otens, A. (2005). *Intervenção em crise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Marlatt, G. A. (1996). *Intervenção em crise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Plequeira, A. B., & Ramalho, A. (2020). *Intervenção em crise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia de intervenção em crise*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

26

Intervenção do Enfermeiro no ICAD

- Avaliação do risco e da situação de crise (Roberts & Otens, 2005).
- Estabelecimento de relação terapêutica e escuta ativa (Plequeira & Ramalho, 2020).
- Técnicas de desescalada e suporte emocional (Roberts & Otens, 2005).
- Identificação de ganhos e sinais de alerta (Marlatt, 1996).
- Reforço de estratégias de coping adaptativas (Marlatt, 1996).
- Promulgação da adesão ao tratamento e mobilização de recursos (Plequeira & Ramalho, 2020).

21

Conclusão

- No contexto do ICAD, conciliado, com base no modelo de G. Alan Marlatt (1996), que a intervenção em crise assume um papel central na abordagem à pessoa com comportamento aditivo, permitindo atuar em momentos de maior vulnerabilidade e risco.
- Através da identificação de situações de alto risco e do reforço de estratégias de coping adaptativas, contribui para a prevenção da recaída, a manutenção do tratamento e a promoção da autonomia no processo de recuperação.

24

Thanks

Do you have any questions?
info@npsa-npsa.com | 91 000 000

© 2023 NPSA. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida sem a autorização da NPSA.

27