



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VILA NOVA DE GAIA

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Filipe Miguel Peixoto Santos Pinho

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIROS ESPECIALISTA EM
SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA JUNTO DA PESSOA COM
PERTURBAÇÃO POR USO DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS EM
CONTEXTOS COMUNITÁRIOS: *SCOPING REVIEW***

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET VILA NOVA DE GAIA
INSTITUTO POLITÉCNICO JEAN PIAGET DO NORTE**

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL
E PSIQUIÁTRICA JUNTO DA PESSOA COM PERTURBAÇÃO POR USO
DE SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS EM CONTEXTOS COMUNITÁRIOS: SCO-
PING REVIEW**

Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional

Filipe Miguel Peixoto Santos Pinho

**Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mes-
tre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação das Pro-
fessoras Paula Borges e Neide Feijó**

Gaia, 2026

“Todos os olhos veem o mesmo, diz-me se não crês.

A única coisa que se altera é a forma como as vês.”

Deau

AGRADECIMENTOS

Para ter chegado até aqui, devo uma palavra de agradecimento às pessoas que marcaram este percurso.

Às minhas orientadoras, Professora Neide e Professora Paula, por toda a disponibilidade, dedicação, empenho e paciência.

Às pessoas que conheci, desde colegas de curso, professores, orientadores, colegas de profissão e utentes, que de alguma forma me ensinaram algo novo.

Aos meus amigos, por todos os momentos de silêncio, paz e inspiração que proporcionaram, foram mesmo imprescindíveis.

À minha família, por todo o amor, conforto, apoio e disponibilidade, sem isso nunca seria possível.

A ti, Susana, pilar, jamais alguma palavra descreverá o quanto significas neste caminho, sem ti não teria chegado a bom porto.

A ti, minha Beatriz, por todos os sorrisos que foram o farol para me guiar no escuro de tempestades.

E a ti, minha Avó, obrigado por tudo.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CRI – Centro de Respostas Integradas

DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

EEESMP – Enfermeiro Especialista Em Saúde Mental e Psiquiátrica

EM - Entrevista Motivacional

EMT – Estimulação Magnética Transcraniana

ET – Equipa de Tratamento

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

MMSE – *Mini-Mental State Examination*

PRISMA-ScR - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews*

PSO – Programa de Substituição Opiácea

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

URD – Unidade de Respostas Diferenciadas

UNODC - *United Nations Office on Drugs and Crime*

VHC – Vírus da Hepatite C

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – *World Health Organization*

WLEIS-P – Versão Portuguesa Adaptada da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law

RESUMO

O presente Relatório Final de Estágio, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, integrou uma componente de estágio e uma componente de investigação. Teve como objetivo refletir criticamente sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), com vista à obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista.

Na componente de estágio, foram descritas e analisadas criticamente as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos e o seu contributo para o desenvolvimento das competências especializadas.

A componente de investigação consistiu na realização de uma *Scoping Review* intitulada *Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica Junto da Pessoa com Perturbação por Uso de Substâncias Ilícitas em Contextos Comunitários*, seguindo as orientações metodológicas do *Joanna Briggs Institute*. O estudo permitiu mapear intervenções desenvolvidas pelo EEESMP em contextos comunitários, identificando diversas categorias de intervenção especializada.

As perturbações por uso de substâncias ilícitas constituem um importante problema de saúde pública, associado a consequências biopsicossociais e à necessidade de cuidados especializados em saúde mental. Neste contexto, o EEESMP assume um papel relevante na promoção da saúde mental, redução de danos, adesão terapêutica e desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeiro Especialista; Perturbação por Uso de Substâncias; Intervenções de Enfermagem; Substâncias Ilícitas

ABSTRACT

This Final Internship Report, developed within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Jean Piaget School of Health of Vila Nova de Gaia, integrated both a clinical internship component and a research component. Its aim was to critically reflect upon the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, with a view to obtaining the Master's degree and the professional title of Specialist Nurse.

Within the internship component, the activities carried out in the different clinical settings and their contribution to the development of specialised competencies were described and critically analysed.

The research component consisted of conducting a Scoping Review entitled *Interventions of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing with Individuals with Illicit Substance Use Disorder in Community Contexts*, following the methodological guidelines of the Joanna Briggs Institute. The study enabled the mapping of interventions developed by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing in community settings, identifying several categories of specialised intervention.

Illicit substance use disorders constitute a major public health problem, associated with biopsychosocial consequences and the need for specialised mental health care. In this context, the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing plays a relevant role in the promotion of mental health, harm reduction, treatment adherence, and the development of psychotherapeutic, psychosocial, and psychoeducational interventions.

Keywords: Mental Health and Psychiatric Nursing; Specialist Nurse; Substance Use Disorder; Nursing Interventions; Illicit Substances.

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Termos utilizados na construção da estratégia de pesquisa	84
Quadro 2 – Estratégias de pesquisa nas bases de dados	85
Quadro 3 – Estratégias de pesquisa realizadas no RCAAP	86
Quadro 4 - Caracterização dos Estudos	95
Quadro 5 - Categorização das Intervenções do EEESMP.....	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção das fontes de evidência	92
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	5
1. Caracterização dos Contextos de Estágio	7
1.1. Estágio em Contexto de Internamento de Agudos	7
1.2. Estágio em Contexto de Comunidade	10
1.3. Estágio em Contexto de Respostas Diferenciadas.....	13
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	17
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	39
4. Considerações Finais	67
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	70
1. Resumo.....	71
2. Abstract	73
3. Enquadramento teórico.....	75
4. Questão de Investigação.....	79
5. Critérios de Inclusão	81
5.1. Participantes	81
5.2. Conceito.....	81
5.3. Contexto.....	81
5.4. Tipo de Fontes.....	82
6. Metodologia	83
6.1. Estratégia de Pesquisa	83
6.2. Seleção dos Estudos	87
6.3. Extração de Dados.....	88
6.4. Análise dos Resultados.....	89
7. Resultados	91

7.1. Seleção das Fontes de Evidência.....	91
7.2. Caracterização das Fontes de Evidência Incluídas	92
7.3. Intervenções Identificadas.....	97
8. Discussão.....	103
9. Conclusão	107
10. Considerações Éticas	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
ANEXOS.....	127
ANEXO I: JORNAL DE PAREDE	128
ANEXO II: RODAMENTE	130
ANEXO III: TESTES RÁPIDOS DE DESPISTE DE METABOLITOS.....	132
ANEXO IV: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA - PLAN-DO-CHECK-ACT.....	134
ANEXO V: POSTER PARA APRESENTAÇÃO EM CONGRESSO	187
ANEXO VI: APRESENTAÇÃO “O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”	189
ANEXO VII: CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO.....	197
ANEXO VIII: ESQUEMA DE ASSIDUIDADE.....	199
ANEXO IX: ESQUEMA DE INDUÇÃO DO CLORIDRATO DE METADONA	201
ANEXO X: ESCALA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE WONG E LAW (WLEIS-P).....	203
ANEXO XI: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NO ESTÁGIO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE AGUDOS.....	205
ANEXO XII: RODA DAS EMOÇÕES	221
ANEXO XIII: QUADRO “HOJE EU SINTO...”	223
ANEXO XIV: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO	225
ANEXO XV: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NO ESTÁGIO EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	227
ANEXO XVI: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA UTENTE A.....	242
ANEXO XVII: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA UTENTE B.....	252

ANEXO XVIII: PLANOS DE SESSÃO DAS INTERVENÇÕES PSICOTERAPÊUTICAS BREVES NO ESTÁGIO EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	263
--	------------

INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrada no 2.º ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, no ano letivo de 2025/2026.

A realização dos estágios de natureza profissional constitui uma etapa essencial do processo formativo em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, representando uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento e consolidação de competências comuns e específicas inerentes a esta área de especialização. As experiências vivenciadas no contacto direto com realidades clínicas complexas permitem ao enfermeiro em processo de formação refletir criticamente sobre as implicações éticas, sociais e profissionais da prática especializada, favorecendo a construção de um pensamento crítico-reflexivo, bem como a procura pela inovação e pela partilha de conhecimento fundamentado.

Paralelamente, o estágio possibilita a operacionalização dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, integrando-os na prática clínica e promovendo intervenções estruturadas e orientadas para as necessidades da pessoa, da família e da comunidade. Neste contexto, a reflexão crítica assume um papel pedagógico central no aprofundamento das competências desenvolvidas, sendo o relatório de estágio o instrumento que permite sistematizar, analisar e refletir sobre as atividades e experiências vivenciadas ao longo deste percurso formativo.

O presente relatório tem como objetivo descrever, de forma sistemática e reflexiva, a aprendizagem realizada no conjunto das unidades curriculares que integram o plano de estudos do mestrado, concretizadas nos diferentes contextos de estágio, bem como apresentar as atividades desenvolvidas ao longo dos mesmos. Procura-se, ao longo do documento, promover uma análise crítica do trajeto percorrido, articulando-o com as competências comuns do Enfermeiro Especialista e com as competências específicas do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

O relatório encontra-se estruturado em duas partes distintas. A primeira corresponde à componente de estágio, organizada em quatro capítulos: enquadramento dos contextos de estágio; desenvolvimento das competências comuns; desenvolvimento das competências específicas do EEESMP; e considerações finais. A segunda parte corresponde à componente de investigação, materializada na realização de uma *Scoping Review*, com o objetivo de responder à questão de investigação: *Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas em contextos comunitários?*

A escolha desta temática decorre do contacto prévio, anterior ao início do curso, com utentes consumidores de substâncias ilícitas, experiência que foi posteriormente aprofundada ao longo dos contextos de estágio. Durante este percurso, tornou-se evidente a complexidade das necessidades em saúde mental apresentadas por esta população, bem como a perceção de uma intervenção especializada ainda pouco sistematizada por parte do EEESMP neste domínio. Esta constatação evidenciou uma lacuna ao nível da clarificação e organização das intervenções específicas do Enfermeiro Especialista junto de pessoas com perturbação por uso de substâncias ilícitas, emergindo como problema central de investigação.

A relevância científica e clínica deste estudo encontra suporte na literatura, que reforça a necessidade de cuidados integrados que articulem a intervenção nos comportamentos aditivos com a abordagem das perturbações de saúde mental associadas. Volkow e Blanco (2023) defendem a necessidade de assegurar cuidados integrados às pessoas com perturbações por uso de substâncias, articulando o tratamento da dependência com a avaliação e acompanhamento das necessidades de saúde mental. Estes contributos reforçam o papel do EEESMP na promoção de cuidados especializados, contínuos e centrados na pessoa.

Face ao exposto, o estudo tem como objetivo geral mapear as intervenções específicas do EEESMP junto da pessoa com perturbação por uso

de substâncias ilícitas em contextos comunitários. Como objetivos específicos, pretende-se: identificar os tipos de intervenções descritas na literatura; analisar os contextos comunitários de atuação do EEESMP neste domínio; e sistematizar as funções atribuídas ao Enfermeiro Especialista na promoção da saúde mental desta população em contexto comunitário.

Relativamente à metodologia, o estudo assenta numa abordagem descritiva e qualitativa, através da realização de uma *Scoping Review*, metodologia adequada para o mapeamento de conceitos, práticas e evidência disponível sobre uma determinada temática.

A elaboração deste relatório seguiu as normas orientadoras para a realização de trabalhos académicos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, encontrando-se redigido de acordo com o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e estruturado segundo as normas da *American Psychological Association*, 7.^a edição.

PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPE- TÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

1. Caracterização dos Contextos de Estágio

O presente capítulo visa enquadrar os contextos de aprendizagem em que decorreram os estágios de natureza profissional, os quais se revelaram fundamentais para a consolidação das competências do EEESMP. A sua caracterização permite contextualizar as experiências clínicas vivenciadas, bem como compreender a natureza das intervenções realizadas e das aprendizagens adquiridas ao longo do percurso formativo.

A diversidade dos contextos de estágio proporcionou o contacto com diferentes realidades assistenciais, favorecendo a integração dos conhecimentos teóricos na prática clínica e o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas inerentes ao exercício especializado da enfermagem de saúde mental.

Nos subcapítulos seguintes procede-se à caracterização dos diferentes contextos de estágio, evidenciando a sua organização, o perfil dos utentes e o papel do Enfermeiro Especialista no âmbito das equipas multidisciplinares, enquanto base para a análise crítica das intervenções desenvolvidas.

1.1. Estágio em Contexto de Internamento de Agudos

O estágio em contexto de internamento de agudos ocorreu num Centro Hospitalar da zona Norte, no serviço de internamento de agudos de Saúde Mental, sob a supervisão e orientação de um EEESMP.

Este estágio, teve a duração de 205 horas e decorreu no período de 18 de junho a 30 julho de 2025.

Estruturalmente, este Serviço de Internamento é constituído por dois pisos, o inferior e o superior. O piso inferior tem capacidade para dez camas particulares onde o internamento pode ser ocupado por utentes do sexo feminino ou masculino. O piso superior tem capacidade para dezasseis camas não particulares onde apenas são internados utentes do sexo masculino. Este serviço alberga ainda seis utentes do Hospital de Dia, onde quatro usufruem das

refeições e administração de medicação, e, dois recorrem ao serviço quinzenalmente apenas para recolha de terapêutica medicamentosa.

Além dos quartos, no piso inferior, existe uma sala de estar comum, um refeitório, uma sala de tratamento, casas de banho externas à unidade do utente e um gabinete de enfermagem. Existe, no exterior, um bar, uma biblioteca, um salão de jogos/atividades, uma sala de musculação/fisioterapia, gabinetes de oficinas, aos quais os utentes têm acesso, e uma sala para realização de tratamento de Estimulação Magnética Transcraniana (EMT).

No período da realização do estágio, a maioria dos utentes tinham o diagnóstico médico de esquizofrenia, residual ou paranoide, havendo também lugar para diagnósticos de depressão, psicose e demência. Acresce o facto de este ser o serviço da instituição responsável pelo internamento de pessoas em fase de descompensação aguda.

A prestação de cuidados está direccionada a utentes crónicos e agudos, e, tem como objetivo a capacitação e promoção de autonomia, assim como a estabilização psicopatológica e o equilíbrio emocional.

Este serviço é formado por uma equipa multidisciplinar, constituída por um médico especialista, sete enfermeiros, dos quais uma enfermeira gestora, quatro enfermeiros especialistas e três enfermeiros generalistas, seis assistentes operacionais e um assistente social a tempo inteiro, e, um psicólogo, um nutricionista e uma terapeuta ocupacional, a tempo parcial. Na organização dos rácios de enfermagem, todos os turnos contavam com um enfermeiro, sendo que no da manhã crescia-se uma enfermeira gestora. Uma vez por semana, habitualmente à quarta-feira era realizada a reunião comunitária e o EEESMP, juntamente com a restante equipa multidisciplinar, participava nesta reunião. Esta reunião era um momento de partilha com o utente, onde se tentava compreender dificuldades, problemas, dinâmicas e situações que careciam de resolução, ou, programar atividades futuras, para que a equipa pudesse atuar no sentido de minimizar possíveis fatores de risco ou exacerbação da sintomatologia apresentada.

Durante a semana os utentes eram distribuídos por diferentes tipos de atividades como por exemplo oficina de cartonagem, teatro, equitação terapêutica, oficina de expressão plástica e educação física. Além disto, eram também atribuídas rotinas diárias como a preparação das mesas para as refeições, o fazer a sua cama, entre outras, com a finalidade de promover a integração social e potenciar a autonomia.

Os enfermeiros especialistas realizavam intervenções autónomas como o “Jornal de Parede” (ANEXO I) e a “RodaMente” (ANEXO II). Estas atividades, embora não fossem assumidas como intervenções psicoterapêuticas, eram as que mais se aproximavam deste objetivo, pois eram intervenções semanais, utilizavam dinâmicas reflexivas sobre as interações estabelecidas e promoviam o treino de competências cognitivas básicas, como a memória, a atenção e orientação. Com isso, representavam um papel importante no dia-a-dia dos utentes, contribuindo para o seu bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

Como referido anteriormente, neste serviço eram realizadas sessões de tratamentos de EMT, que está indicado especialmente na depressão resistente ao tratamento farmacológico, mas também pode ser aplicado a pessoas com perturbação obsessivo-compulsiva.

A EMT consiste numa técnica não invasiva de neuromodulação, por meio da aplicação de impulsos eletromagnéticos que são emitidos por uma bobina colocada sobre o couro cabeludo, induzindo a modulação da atividade do córtex cerebral (Arubuolawe et al., 2024). Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental na avaliação inicial do utente, na preparação e esclarecimento sobre o procedimento, na monitorização de sinais vitais e possíveis efeitos adversos, bem como no apoio emocional e promoção da adesão ao tratamento, articulando-se continuamente com a equipa multidisciplinar.

Este estágio em contexto de internamento de agudos permitiu aprofundar a intervenção de enfermagem em saúde mental junto de utentes em fase aguda, destacando a importância da abordagem multidisciplinar na estabilização psicopatológica e promoção da autonomia. Evidenciou-se ainda o

papel do Enfermeiro Especialista na dinamização de intervenções psicoterapêuticas, na gestão do quotidiano do internamento e no acompanhamento de tratamentos específicos.

1.2. Estágio em Contexto de Comunidade

O estágio que decorreu em contexto de comunidade foi realizado num Centro de Respostas Integradas (CRI) do Porto Central na Região Norte, mais especificamente numa Equipa de Tratamento, sob a supervisão e orientação de um EEESMP.

Este estágio, teve a duração de 205 horas e decorreu no período de 15 de setembro a 24 outubro de 2025.

A Equipa de Tratamento (ET) é uma estrutura que abrange um território geográfico específico e é multidisciplinar e especializada, tendo como principais funções a redução de riscos e minimização de danos das toxicodependências e alcoolismo, o tratamento, a prevenção e a reinserção social dos seus utentes, assim como a referenciação dos mesmos para outros serviços da comunidade. Esta tem um horário de funcionamento entre as 08:30h e as 18:00h e estruturalmente, tem uma sede de dois pisos e um edifício anexo, com a seguinte distribuição: rés-do-chão (uma sala de espera, um gabinete de atendimento, dois gabinetes de consulta, duas casas de banho e uma copa para os profissionais); primeiro piso (cinco gabinetes de consulta e uma casa de banho para profissionais); edifício em anexo (uma sala de espera, duas casas de banho, dois gabinetes de enfermagem e uma sala de armazenamento de medicação e materiais).

A equipa multidisciplinar é constituída por três enfermeiros, um especialista em saúde mental e psiquiátrica, dois especialistas em saúde comunitária, três assistentes sociais, três psicólogos, quatro médicos psiquiatras, dois médicos de medicina interna, dois médicos de medicina geral e familiar, duas administrativas, um assistente técnico operacional e dois técnicos psicossociais.

A ET, é uma unidade na qual a prestação de cuidados está direcionada a utentes em idade adulta, com comportamentos de dependência que

estão diagnosticados pela equipa médica. A integração da família faz parte do processo de tratamento assim como a promoção da integração do utente na comunidade. Nesta unidade, realizam-se consultas aos utentes e às famílias pelos diferentes elementos da equipa, nomeadamente, enfermeiros, médicos das diversas especialidades, psicólogos e assistentes sociais.

Os utentes em tratamento apresentam maioritariamente comportamentos aditivos e de dependência relacionados com álcool e substâncias psicoativas ilícitas, também se intervém noutros tipos de dependência como o jogo e o tabaco. De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (2022), os transtornos aditivos são caracterizados por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que indicam que o indivíduo continua a usar a substância ou a envolver-se no comportamento, apesar dos problemas significativos associados, resultando em prejuízo ou sofrimento clinicamente evidenciado. Estes transtornos abrangem tanto o uso problemático de substâncias (álcool, tabaco, cannabis, opióides, estimulantes, sedativos, entre outros) como determinados comportamentos aditivos, como o jogo patológico.

O Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho, aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos através de um conjunto de estruturas sócio sanitárias, nomeadamente Centros de Acolhimento e Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes Sem Enquadramento Sociofamiliar e a criação de programas de troca de seringas e outro material de consumo, equipas de rua, programa de substituição em baixo limiar de exigência, salas de consumo assistido, entre outros.

A ET realiza o Programa de Substituição Opiácea (PSO), que consiste numa forma de tratamento para a dependência de opiáceos através da utilização de fármacos como a metadona ou a buprenorfina, com o objetivo de aliviar sintomatologia de abstinência e reduzir a necessidade de uso de substâncias opiáceas. É implementada uma dose inicial de indução no tratamento, podendo ser ajustada de forma gradual, até não haver mais necessidade de uso do fármaco. Neste tratamento o utente deve cumprir as regras estipuladas, como por exemplo manter-se abstinente ou facultar amostras de urina

para pesquisa de metabolitos, com a finalidade de promover uma transição mais segura para o dia a dia sem consumos.

A decisão de ingresso no programa é tomada após a realização de uma consulta com o técnico responsável, que deve ser um médico. Os utentes que ingressam no programa, têm diferentes proveniências, podendo vir por recomendação médica, pela Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP) ou por autoproposta.

Uma das principais intervenções é a terapia de substituição, sendo a administração de cloridrato de metadona realizada presencialmente, por um técnico de saúde, nomeadamente o enfermeiro, bem como a administração de qualquer outro tipo de medicamento. O Cloridrato de Metadona apresenta-se na forma de solução oral em garrafa de 1 litro, com doseador, em saquetas ou em comprimidos, todos de diferentes doses. Já a Buprenorfina apresenta-se apenas na forma de comprimidos. Nas consultas de enfermagem, monitorizam-se os sinais vitais, realizam-se rastreios de infeções sexualmente transmissíveis (IST), como o Vírus da Hepatite C (VHC), a Sífilis e o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), por meio de testes rápidos, de alcoolémia e de despiste de metabolitos na urina (ANEXO III). Além do acompanhamento clínico e do atendimento, também se procede à administração de antipsicóticos injetáveis de longa duração, destinado a pessoas que careçam desta terapêutica, garantindo o cumprimento do plano terapêutico instituído, contribuindo para a continuidade dos cuidados na comunidade.

Este estágio em contexto comunitário permitiu compreender a complexidade da intervenção nos comportamentos aditivos e dependências, bem como a importância da abordagem multidisciplinar e da continuidade de cuidados na comunidade. Destacou-se o papel do enfermeiro na monitorização clínica, administração terapêutica e promoção da adesão ao tratamento, contribuindo para a reinserção social e melhoria da qualidade de vida dos utentes.

1.3. Estágio em Contexto de Respostas Diferenciadas

O estágio que decorreu neste contexto foi realizado numa Unidade de Respostas Diferenciadas (URD), sob a supervisão e orientação de um EEESMP.

Este estágio, teve a duração de 175 horas e decorreu no período de 15 de setembro a 24 novembro de 2025.

A URD integra-se na rede pública de cuidados especializados na área dos comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente no Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências, organismo público sob tutela do Ministério da Saúde, criado pelo Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro. Esta unidade funciona em estreita articulação com os CRI, responsáveis pela referenciação dos utentes, pela avaliação prévia das necessidades terapêuticas e pela continuidade dos cuidados após a alta clínica. A intervenção desenvolvida nesta unidade destina-se a utentes em idade adulta com dependência de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, que necessitam de um processo estruturado de desabitação em regime de internamento fechado, sob responsabilidade médica e integrado num contexto terapêutico protegido, organizado e livre de consumos.

O tempo de internamento na URD apresenta caráter transitório, sendo a sua duração definida de forma individualizada, em função do tipo de substâncias consumidas, da gravidade da síndrome de privação e da resposta clínica apresentada pelo utente. De um modo geral, os processos de desabitação associados a drogas ilícitas decorrem durante períodos mais curtos, enquanto nos casos de dependência alcoólica ou de determinadas substâncias farmacológicas (cocaína e heroína), o internamento pode prolongar-se até cerca de duas semanas, podendo este período ser ajustado sempre que clinicamente se justifique.

O acesso à unidade ocorre mediante referenciação pelas equipas técnicas dos CRI, após verificação dos critérios de inclusão e exclusão. No momento da admissão, o utente é acolhido pela equipa de enfermagem, sendo-lhe apresentadas as normas de funcionamento da unidade, os objetivos terapêuticos do internamento e as regras de convivência. Este processo inclui

ainda a formalização do contrato terapêutico e do consentimento informado, bem como a organização e verificação dos pertences pessoais, assegurando condições de segurança e prevenção de riscos antes da integração no internamento.

Relativamente à estrutura física, a URD é composta por sete enfermarias com casa de banho privativa, totalizando dezasseis camas. A unidade dispõe ainda de diversos espaços funcionais que suportam a prestação de cuidados e a intervenção terapêutica, nomeadamente gabinete de enfermagem, gabinete de acolhimento, quarto de isolamento para situações que requerem maior vigilância clínica, sala de atividades terapêuticas, espaços de lazer e socialização, área destinada a fumadores e sala de espera. A organização física do serviço encontra-se orientada para facilitar a monitorização contínua dos utentes e a intervenção atempada da equipa.

A equipa multidisciplinar da URD é constituída por cinco enfermeiros generalistas e sete enfermeiros especialistas, sendo cinco destes especialistas em saúde mental e psiquiátrica, cinco médicos psiquiatras, dois terapeutas ocupacionais, oito assistentes operacionais e dois administrativos. A enfermagem assume um papel central na dinâmica da unidade, sendo responsável pela vigilância e segurança clínica, monitorização da síndrome de privação, gestão do regime terapêutico, observação do estado mental e acompanhamento psicossocial dos utentes ao longo de todo o internamento. Esta proximidade contínua favorece a deteção precoce de alterações clínicas, a adequação dos cuidados e o estabelecimento de uma relação terapêutica consistente.

A intervenção desenvolvida na URD não se limita à estabilização clínica inerente ao processo de desabituação, integrando igualmente componentes psicoeducativas e estratégias de promoção da literacia em saúde mental. Estas intervenções centram-se, sobretudo, na prevenção da recaída, no desenvolvimento de competências de autocuidado e na capacitação do utente para uma participação ativa e informada no seu percurso de recuperação, sendo ajustadas às necessidades individuais de cada pessoa.

Após a alta clínica, a URD articula-se com diferentes respostas da comunidade, assegurando a continuidade dos cuidados e a integração do

utente em percursos terapêuticos subsequentes adequados ao seu nível de autonomia e projeto de vida. Esta articulação em rede contribui para o reforço da adesão ao tratamento, redução do risco de recaída e promoção de uma reintegração social progressiva e sustentada.

No âmbito deste estágio foi ainda possível aprofundar o conhecimento sobre outras respostas existentes na área dos comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente numa unidade de alcoologia, num gabinete de apoio, numa equipa de rua e numa comunidade terapêutica, compreendendo a importância da articulação entre diferentes níveis de cuidados, desde a fase de desabitação até à reintegração comunitária. O contacto com estas respostas permitiu consolidar a perceção da complexidade da intervenção nesta área e da necessidade de uma abordagem integrada, contínua e centrada no utente.

2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do Enfermeiro Especialista são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas independentemente da área de especialização. Estas são demonstradas pela elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Estas competências encontram-se publicadas em Diário da República no Regulamento N.º 140/2019, 2ª série – N.º26 de 6 de fevereiro de 2019 e têm como finalidade garantir ao Enfermeiro Especialista a detenção de habilidades e conhecimentos para prestar cuidados de qualidade à população alvo com necessidades de saúde.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o Enfermeiro Especialista exerce uma prática autónoma, responsável e juridicamente sustentada, orientada pelas normas legais, pelos princípios éticos e pelo Código Deontológico da profissão. A sua intervenção assegura a proteção dos direitos humanos, da segurança, da confidencialidade e da dignidade da pessoa cuidada (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Procurando associar as competências comuns do Enfermeiro Especialista às práticas desenvolvidas na área da saúde mental, torna-se necessário abordar o conceito de doença mental, definida na Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, como “*a condição caracterizada por perturbação significativa das esferas cognitiva, emocional ou comportamental*”. Em contexto de internamento de agudos, embora alguns utentes se apresentassem clinicamente estabilizados, conscientes e orientados no tempo e no espaço, permaneciam acompanhados e monitorizados devido ao diagnóstico de doença mental, com o objetivo de manter a estabilidade psíquica. Um dos objetivos centrais deste internamento consiste na promoção da autonomia, capacitando os utentes para a reintegração na vida quotidiana da forma mais independente possível.

Segundo o artigo 7.º da Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, as pessoas com necessidade de cuidados em saúde mental têm o direito a decidir, livre e esclarecidamente, a todo o momento, na medida da sua capacidade, sobre

os cuidados de saúde que lhes são propostos, bem como sobre a sua participação em investigação, ensaios clínicos ou atividades de formação, nos termos da lei, e ainda a ver promovida a sua capacitação e autonomia, nos vários quadrantes da sua vida, com respeito pelas suas vontades, preferências, independência e privacidade.

O princípio da autonomia constitui um dos pilares da ética em saúde e refere-se ao direito da pessoa de tomar decisões livres e informadas sobre a sua própria vida e os cuidados que recebe, respeitando a sua vontade, valores e crenças. Em saúde mental, a aplicação deste princípio levanta desafios particulares, dado que os utentes podem, em determinadas fases da doença, não dispor de plena capacidade de discernimento ou decisão.

Durante o estágio em contexto de internamento, observou-se que alguns utentes beneficiam de apoio formal através do Estatuto do Maior Acompanhado, em vigor em Portugal desde 2018. Este regime visa assegurar uma abordagem personalizada, proporcional e digna na proteção dos direitos e interesses das pessoas adultas com capacidade diminuída, sem anular totalmente a sua autonomia. A legislação determina que o acompanhante seja preferencialmente um familiar ou pessoa próxima, conhecedora da realidade e das preferências do utente, cabendo ao tribunal verificar periodicamente a adequação da medida. A nomeação de um profissional da instituição, sem vínculo afetivo ou relacional prévio, deve ocorrer apenas quando não exista alternativa viável (Assembleia da República, 2018).

A literatura sobre dupla lealdade em contextos mandatados refere que a coexistência de funções terapêuticas e de controlo pode influenciar negativamente a atuação dos profissionais de saúde mental, bem como comprometer os direitos humanos dos indivíduos em tratamento, constituindo um obstáculo ao desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança (Merkt et al., 2021). Tal circunstância pode comprometer os objetivos da reabilitação psicossocial e da recuperação, que assentam na promoção da autonomia e do empoderamento. Neste sentido, a literatura sobre apoio à tomada de decisão defende abordagens que privilegiem a vontade e as preferências da pessoa, evitando modelos excessivamente substitutivos ou dependentes do julgamento profissional e institucional (Stavert, 2021). O Código Deontológico da

Ordem dos Enfermeiros sublinha, por sua vez, que os profissionais devem recusar situações que comprometam a sua isenção, autonomia técnica e ética (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Embora o Estatuto do Maior Acompanhado possa constituir um instrumento fundamental na salvaguarda dos interesses, da segurança e do bem-estar do utente, levanta igualmente questões éticas e práticas que merecem reflexão crítica. Este regime representa um avanço na defesa dos direitos da pessoa com doença mental, ao permitir a personalização das medidas de apoio com base nas necessidades concretas da pessoa, em detrimento da imposição de medidas restritivas generalizadas. Deste modo, promove a inclusão social, a autonomia e a autodeterminação da pessoa, em consonância com os princípios de uma abordagem centrada nos direitos humanos e na participação ativa das pessoas com deficiência na sociedade (Presidência do Conselho de Ministros, 2021).

Contudo, na prática clínica, observa-se, por vezes, uma tensão entre a proteção e a promoção da autonomia. A presença de um acompanhante decretado judicialmente pode, em determinadas situações, perpetuar sentimentos de dependência. Acresce que a compreensão do utente acerca do significado e implicações do acompanhamento judicial é frequentemente limitada. Alguns utentes sentem-se desvalorizados ou mesmo “incapazes” por estarem sujeitos a esta medida, o que pode afetar negativamente a autoestima e a adesão ao plano terapêutico. Tal realidade reforça a importância do papel do enfermeiro na promoção da literacia jurídica e na mediação entre os diversos intervenientes, com vista à adequação contínua das medidas ao percurso de reabilitação e à valorização do potencial de autonomia.

Neste contexto, o EEESMP deve assumir um papel ativo na avaliação contínua da capacidade funcional e de decisão do utente, contribuindo para a revisão periódica das medidas de acompanhamento sempre que estas deixem de se justificar. É igualmente fundamental promover a participação ativa da pessoa na definição do seu projeto de vida, respeitando os seus desejos e preferências sempre que possível.

O consentimento informado constitui um princípio ético e legal estruturante na prática de enfermagem e na prestação de cuidados de saúde. Consiste no direito da pessoa a receber informações claras, completas e compreensíveis sobre o seu estado de saúde, os tratamentos propostos, os riscos e benefícios, as alternativas possíveis e as consequências da recusa. Apenas após este esclarecimento pode o utente aceitar ou recusar uma intervenção de forma livre, autónoma e consciente. Em saúde mental, este princípio assume particular complexidade, uma vez que podem existir situações em que a capacidade de decisão se encontra comprometida. Nesses casos, torna-se necessário avaliar cuidadosamente a capacidade da pessoa para prestar consentimento, podendo ser imprescindível envolver familiares ou recorrer ao enquadramento legal aplicável às situações de incapacidade ou risco.

Durante o estágio em internamento, os utentes colocavam frequentemente questões relacionadas com a terapêutica, a medicação e os sintomas da sua patologia, tais como “*para que serve?*” (sic), “*tomo tantos*” (sic), “*dão-me sono*” (sic) ou “*o que sinto é natural?*” (sic). Procurou-se responder de forma reservada, assertiva e com linguagem adaptada, garantindo a privacidade. Foi adotada a mesma postura perante questões colocadas pelos familiares referentes à patologia ou ao bem-estar do seu familiar, facultando apenas a informação estritamente necessária.

Considera-se imprescindível assegurar que os utentes compreendam, de forma clara e devidamente esclarecida, o seu tratamento, incluindo a medicação administrada, os seus efeitos, riscos e benefícios. Contudo, constatou-se que um dos utentes do internamento de agudos desconhecia a dose de um determinado medicamento. Esta situação suscita questões éticas no que respeita ao princípio da autonomia e ao direito à decisão informada, mesmo quando, em determinadas circunstâncias, seja necessário recorrer a medidas terapêuticas involuntárias. Tais medidas não isentam o Enfermeiro Especialista do dever de informar e esclarecer, garantindo que a pessoa se mantém envolvida no seu processo terapêutico.

A omissão de informação clínica pode gerar desconfiança e comprometer a relação terapêutica, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista na promoção de um ambiente terapêutico assente na confiança e na participação

ativa do utente no seu processo de tratamento, assegurando o respeito pela dignidade e autonomia nos processos de tomada de decisão (American Nurses Association, 2023).

Considerando a complexidade do contexto das dependências, durante o estágio em contexto comunitário observou-se que vários utentes se encontravam em situação de vulnerabilidade social e eram alvo de estigma, realidade mais evidente em pessoas cuja dependência estava relacionada com o consumo de drogas. Este contexto exige ao EEESMP uma prática pautada pela ética profissional e isenta de juízos de valor. Adams e Volkow (2020) afirmam que o estigma desencoraja a procura por cuidados de saúde, comprometendo a qualidade do atendimento recebido por pessoas com transtornos por uso de substâncias.

Neste contexto, foi vivenciada uma experiência com um utente integrado num programa terapêutico com agonista opiáceo, nomeadamente em tratamento com cloridrato de metadona, que efetuava o levantamento das doses de três em três dias. Foi necessário informá-lo e solicitar o seu consentimento para a realização de uma colheita de urina, com o objetivo de proceder à realização de teste imunoenzimático para avaliar a presença de drogas ou outras substâncias na urina. O resultado revelou-se positivo para opiáceos, cocaína e tetrahydrocannabinol. De acordo com o que está protocolado nesta unidade, para haver levantamento de doses, o utente deve estar abstinente e apresentar resultados negativos nos testes rápidos de pesquisa de metabólitos. Considerando o protocolo e a segurança terapêutica, houve necessidade de comunicar ao utente que seria necessário iniciar toma observada diária da sua dose de cloridrato de metadona.

Após comunicar esta informação, o utente demonstrou insatisfação e hostilidade, ameaçando abandonar o programa e alegando que, se fosse para realizar a toma diária, preferia abandonar a ET e passar a realizar a toma de cloridrato de metadona na Equipa de Rua.

Perante esta situação, reconheceu-se a necessidade de gerir o equilíbrio entre normas institucionais e cuidado centrado no utente, respeitando a sua dignidade e autonomia. Segundo Beauchamp e Childress (2019), deve

considerar-se sempre o respeito pela autonomia do utente. No entanto, é necessário ponderar o dever da beneficência e da não maleficência, particularmente quando o utente pode não ter total capacidade para decidir de forma livre e esclarecida. Assim, tornou-se evidente o conflito entre o respeito pela autonomia e o dever ético de proteger a saúde do utente.

Nesta situação, foi necessário praticar escuta ativa e comunicar de forma assertiva e empática, com vista a manter o vínculo terapêutico e a reforçar o papel do próprio utente no seu processo de tratamento. Esta experiência permitiu refletir acerca do papel desempenhado pelo EEESMP no desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, procurando alcançar o equilíbrio entre o cumprimento de protocolos e regras de tratamento e o respeito pela autonomia e dignidade do utente, em consonância com o Código Deontológico do Enfermeiro, que orienta a prática para uma atuação ética, fundamentada e centrada na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Outra situação relacionada com esta competência decorreu durante um acolhimento realizado a um utente encaminhado pela DGRSP, que se apresentou contra a sua vontade na sessão de acolhimento, uma vez que tinha sido encaminhado para tratamento por via judicial. No decorrer da sessão, mostrou-se ligeiramente hostil e comunicou num tom agressivo com a equipa de enfermagem, postura associada ao carácter obrigatório do tratamento. Perante esta situação de maior exigência, destacou-se o papel do Enfermeiro Especialista na manutenção de uma postura calma e empática, abstendo-se de julgamentos, gerindo a resistência e o conflito de forma assertiva e mantendo o foco no estabelecimento de uma relação terapêutica centrada nas necessidades do utente.

Segundo Parish et al. (2025), a formação contínua, aliada à consciencialização acerca das perturbações por uso de substâncias, constitui uma ferramenta essencial para minimizar o estigma associado ao consumo de substâncias e melhorar a qualidade do atendimento prestado por profissionais de saúde nestes contextos.

Considera-se, assim, que o enfermeiro deve realizar as suas intervenções com preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, como referido no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos

Enfermeiros, 2024). É possível compreender o papel do Enfermeiro Especialista ao abster-se de juízos de valor na gestão de situações que englobam aspetos éticos e legais, procurando o equilíbrio entre o cumprimento de normas e dimensões legais e o respeito pela dignidade e autonomia do utente, mesmo em contextos de mandato judicial. Esta atuação reforça a relevância de uma prática de enfermagem responsável, humanizada e adequada à realidade de cada pessoa.

No contexto das Respostas Diferenciadas, a responsabilidade profissional, ética e legal do EEESMP assume particular relevância desde a admissão do utente. Esta fase envolve a formalização do contrato terapêutico, a prestação do consentimento informado e a aceitação da realização de revista, procedimentos legalmente sustentados e protocolados que colocam desafios éticos significativos, exigindo uma prática clínica reflexiva, crítica e centrada na pessoa.

O contrato terapêutico constitui um instrumento estruturante do processo de tratamento, ao clarificar direitos, deveres, regras institucionais e objetivos terapêuticos. Contudo, a sua assinatura não deve ser entendida como um ato meramente administrativo. Durante o estágio, observou-se que alguns utentes, motivados pelo sofrimento associado à abstinência ou pela urgência em iniciar tratamento, tendiam a assinar os documentos sem compreensão plena do seu conteúdo e implicações.

Esta constatação reforça o papel do Enfermeiro Especialista enquanto mediador da informação, competindo-lhe assegurar que o utente compreende efetivamente os termos do contrato terapêutico, bem como os seus riscos, benefícios e consequências. A evidência demonstra que uma proporção significativa de pessoas envolvidas em contextos clínicos apresenta níveis reduzidos de compreensão dos elementos essenciais do consentimento informado, o que pode comprometer uma tomada de decisão livre e esclarecida (Pietrzykowski & Smilowska, 2021). Assim, compete ao EEESMP adaptar a linguagem utilizada, verificar a compreensão e validar a informação transmitida, promovendo um processo de consentimento contínuo e efetivamente informado.

A realização da revista no momento da admissão constitui igualmente um procedimento sensível do ponto de vista ético e deontológico. Embora tenha como finalidade principal a promoção da segurança do próprio utente, dos pares e da equipa, prevenindo a introdução de substâncias ilícitas ou de objetos potencialmente perigosos, este procedimento pode ser vivenciado como invasivo ou coercivo, sobretudo em contextos marcados por elevada vulnerabilidade emocional ou pela existência de medidas judiciais associadas ao tratamento.

Neste âmbito, torna-se fundamental que o Enfermeiro Especialista assegure que a revista é realizada com total respeito pela dignidade, privacidade e intimidade da pessoa, explicando de forma clara o seu enquadramento legal, a sua finalidade e o seu carácter universal, evitando práticas arbitrárias ou discriminatórias.

As situações observadas evidenciaram que uma abordagem baseada na escuta ativa, na validação emocional e na explicação cuidada do procedimento, permitem gerir a tensão, preservar a relação terapêutica e obter a colaboração do utente sem recurso à imposição. Tal posicionamento encontra-se em consonância com a literatura, que refere que, na prática da enfermagem de saúde mental, as considerações éticas associadas a medidas potencialmente coercivas se centram na tensão entre a sua necessidade terapêutica e a preservação da autonomia e da dignidade da pessoa, salientando a importância da comunicação, do respeito e do envolvimento do utente sempre que possível (Manderius et al., 2023).

Estas experiências permitiram compreender que a competência ética do Enfermeiro Especialista não se limita ao cumprimento rigoroso dos dispositivos legais e normativos, manifestando-se sobretudo na forma como estes são operacionalizados no contacto direto com o utente. A capacidade de questionar práticas rotineiras, analisar o seu impacto subjetivo e relacional e adotar estratégias que minimizem potenciais danos emocionais constitui um elemento central da prática especializada em saúde mental. Deste modo, a intervenção do EEESMP na URD evidencia a integração entre conhecimento legal, sensibilidade ética e competência relacional, assegurando que contratos terapêuticos, consentimentos informados e procedimentos de segurança

são concretizados de forma proporcional, humanizada e respeitadora da dignidade da pessoa, contribuindo para a confiança, adesão terapêutica e qualidade dos cuidados. Assim, o desenvolvimento desta competência evidenciou-se pela capacidade de mobilizar conhecimento legal, reflexão ética e competências relacionais especializadas, permitindo uma intervenção segura, humanizada e centrada na pessoa, mesmo perante situações de elevada complexidade clínica, social e jurídica.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o Enfermeiro Especialista assume um papel central na promoção da excelência dos cuidados, participando na conceção, implementação e monitorização de projetos e estratégias orientados para a qualidade assistencial. Contribui para a criação e manutenção de ambientes terapêuticos seguros, identifica oportunidades de melhoria contínua e promove a adoção de práticas baseadas na melhor evidência científica disponível. Simultaneamente, fomenta uma cultura organizacional centrada na segurança, eficácia e satisfação da pessoa cuidada, contribuindo para melhores resultados em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, define os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental, estruturando-os em enunciados descritivos da qualidade dos cuidados, nomeadamente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, adaptação, organização dos cuidados de enfermagem, relação psicoterapêutica e estigma/exclusão social. Assim, a qualidade dos cuidados deve ser central na organização e prestação dos serviços (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A melhoria contínua da qualidade vai além da aplicação de normas e protocolos, exigindo que o enfermeiro atue de forma reflexiva, analítica e baseada em evidência, contribuindo para a segurança, eficácia e humanização dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015). É necessário que observe e avalie continuamente os resultados das suas intervenções, adapte estratégias terapêuticas, proponha melhorias nos procedimentos e participe ativamente em dinâmicas de equipa multidisciplinar.

Durante os primeiros dias no estágio em contexto de internamento, após análise e reflexão sobre as rotinas e comportamentos dos utentes, foi

organizada uma intervenção psicoterapêutica focada no reconhecimento e regulação das emoções, promovendo o desenvolvimento de competências emocionais junto dos utentes. Esta intervenção contribuiu para a qualidade dos cuidados, ao melhorar a capacidade de gerir emoções, reduzir comportamentos disfuncionais e facilitar o processo de recuperação.

Este domínio assume particular relevância no contexto comunitário e de tratamento de dependências, uma vez que o Enfermeiro Especialista desempenha um papel central na garantia da qualidade dos serviços prestados, na coordenação de processos de transição e na promoção de ambientes terapêuticos seguros, de confiança e livres de julgamentos.

No estágio em contexto comunitário foi igualmente desenvolvida uma intervenção dirigida à capacitação da pessoa, centrada na promoção da adesão ao regime terapêutico, na prevenção de riscos associados ao consumo de substâncias e na compreensão da fase motivacional em que a pessoa se encontra, considerando os seus aspetos psicossociais.

Adicionalmente, no estágio em contexto de respostas diferenciadas, foi possível desenvolver um projeto de melhoria contínua baseado no ciclo *Plan–Do–Check–Act* (ANEXO IV), sustentado em pesquisa bibliográfica sistemática e atualizada. A consulta de evidência científica possibilitou a fundamentação das opções tomadas, a identificação de boas práticas e a definição de objetivos claros e mensuráveis, ajustados à realidade do contexto. Na elaboração do projeto procedeu-se à discussão e reflexão, em conjunto com os enfermeiros orientadores e com a enfermeira-chefe da unidade, constituindo este um momento importante de partilha, validação e aperfeiçoamento do projeto proposto. Esta articulação permitiu alinhar o projeto com as orientações institucionais, garantir a exequibilidade das ações planeadas e promover o envolvimento da equipa na melhoria da qualidade dos cuidados.

Com base no projeto de melhoria continua desenvolvido no contexto de respostas diferenciadas foi elaborado dum póster científico (ANEXO V), posteriormente aceite para apresentação em congresso, constituindo uma oportunidade de integração entre a prática clínica, a melhoria contínua da qualidade e a evidência científica.

A prestação de cuidados de enfermagem de excelência está intrinsecamente associada à qualificação e especialização dos profissionais, que influenciam diretamente os resultados dos serviços prestados. Amorim-Lopes et al. (2025) referem que a crescente complexidade dos cuidados de saúde reforça a importância da especialização dos profissionais de saúde na resposta às necessidades dos utentes.

Durante os estágios, observou-se a necessidade de integração das diferentes áreas terapêuticas, promovendo articulação em equipas multidisciplinares e definindo intervenções individualizadas. A análise de casos, a partilha de conhecimento e a definição de planos terapêuticos sustentados em evidência científica permitem a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esta prática evidencia o papel do Enfermeiro Especialista como mediador, gestor de cuidados e agente de mudança, equilibrando normas institucionais, princípios éticos e autonomia do utente, promovendo cuidados responsáveis, éticos e humanizados.

O Enfermeiro Especialista atua, neste contexto, como agente de mudança, dinamizando a articulação com outros serviços da comunidade, otimizando recursos e promovendo estratégias de assistência eficazes, seguras e humanizadas, contribuindo para respostas integradas e sustentáveis. Os enfermeiros desempenham um papel essencial na abordagem dos determinantes sociais da saúde e na promoção da equidade, através da colaboração com diferentes setores e da intervenção em múltiplos contextos (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2021).

A participação em sessões de educação para a saúde, dinâmicas de grupo, reuniões multidisciplinares e passagens de turno contribuiu significativamente para o desenvolvimento desta competência. As sessões de educação para a saúde permitiram reforçar conhecimentos, promover comportamentos de saúde e estimular a autonomia dos utentes, favorecendo a adesão ao tratamento e a prevenção de recaídas. A observação e participação nas dinâmicas de grupo possibilitaram compreender processos relacionais e terapêuticos subjacentes, bem como identificar necessidades comuns e individuais, essenciais para a adequação das intervenções.

A participação nas reuniões da equipa multidisciplinar nos diferentes locais de estágio permitiu compreender a importância da análise de casos individuais para posterior definição do plano terapêutico mais adequado às necessidades de cada utente. Nestes momentos, o contributo do Enfermeiro Especialista revelou-se particularmente relevante na identificação de fatores psicossociais condicionantes, na valorização da relação terapêutica e na adequação das intervenções ao contexto individual. A reflexão em equipa acerca dos ganhos e barreiras das intervenções implementadas permitiu compreender que a cooperação entre profissionais de diferentes áreas e a partilha de conhecimento promovem a responsabilização conjunta e a melhoria dos cuidados. De forma complementar, as passagens de turno representam um momento central na garantia da continuidade e segurança dos cuidados, possibilitando a transmissão rigorosa de informação relevante, a identificação precoce de riscos e a coerência das intervenções ao longo do tempo.

Shi et al. (2025) demonstraram que o trabalho em equipa multidisciplinar, nos diversos contextos, desde a comunidade ao meio clínico ou domiciliário, está associado a uma melhoria dos resultados percebidos pelos utentes, como a satisfação, comportamentos de saúde melhorados e maior conhecimento sobre a própria condição.

Ainda dentro desta competência, é papel do Enfermeiro Especialista garantir um ambiente terapêutico seguro e livre de julgamentos, considerando que o estigma, situações de exclusão social e fragilidade económica são realidades frequentes. Deve construir esse ambiente com base numa relação de respeito, empatia e participação, garantindo confidencialidade e dignidade, bem como condições facilitadoras da adesão terapêutica e do processo de recuperação.

Os estágios evidenciaram a necessidade de equilibrar rigor técnico-científico com humanização dos cuidados, especialmente em contextos de dependência e vulnerabilidade social. O trabalho com utentes em situação vulnerável e de exclusão social reforça a compreensão do papel de agente de mudança do Enfermeiro Especialista.

O segundo domínio é, portanto, multidimensional, englobando avaliação contínua, articulação em equipa multidisciplinar, aplicação de evidência

científica, promoção de ambiente terapêutico seguro e intervenção ética, responsável e centrada no utente. Esta abordagem garante que os cuidados de enfermagem não apenas atendam às normas institucionais, mas também respondam às necessidades individuais, sociais e emocionais dos utentes, promovendo resultados sustentáveis e melhoria contínua da qualidade.

O desenvolvimento desta competência ficou patente na capacidade de identificar oportunidades de melhoria, planear intervenções fundamentadas, envolver a equipa multidisciplinar e refletir criticamente sobre o impacto das ações implementadas na segurança, continuidade e humanização de cuidados.

No domínio da gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista intervém na organização, coordenação e supervisão dos cuidados de enfermagem, assegurando respostas ajustadas às necessidades da pessoa, família, grupos e comunidade. Para tal, mobiliza competências de liderança, gestão de recursos humanos e materiais, tomada de decisão clínica e articulação interdisciplinar, promovendo a continuidade, segurança e eficiência dos cuidados prestados. Este domínio evidencia a capacidade do especialista para adequar os recursos existentes à complexidade das situações clínicas e contextos assistenciais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Para Maziero et al. (2020), uma boa liderança tem impacto positivo na criação de ambientes saudáveis e na qualidade dos cuidados prestados ao utente nas organizações hospitalares, tornando esta competência uma habilidade essencial para o enfermeiro.

No contexto da saúde mental, a gestão exige uma abordagem mais sensível e personalizada, tendo em conta a complexidade das situações clínicas, a imprevisibilidade das crises e a importância da continuidade terapêutica.

Durante o estágio em contexto de internamento foi possível desenvolver competências na gestão dos cuidados, garantindo a coerência e continuidade dos processos de enfermagem. Adicionalmente, foi possível acompanhar a enfermeira gestora em diversos turnos, participando na organização e

planeamento de recursos humanos, gestão de equipamentos e materiais clínicos e farmacêuticos, o que permitiu desenvolver competências na área da gestão de recursos.

Este envolvimento permitiu compreender que a gestão de cuidados vai além da intervenção direta junto do utente, abrangendo a supervisão de pares, o planeamento estratégico e a atenção às condições de trabalho da equipa, especialmente num contexto de elevada exigência emocional e sensibilidade profissional.

No contexto comunitário, a gestão dos cuidados revelou-se ainda mais complexa. A relação com os utentes exige elevada capacidade comunicativa e emocional, enquanto os recursos disponíveis são frequentemente limitados e as necessidades variadas. Para responder adequadamente a cada situação, é necessário um planeamento individualizado das intervenções e dos cuidados, articulando com diferentes áreas terapêuticas. A organização e cooperação entre os elementos da equipa multidisciplinar constituem estratégias essenciais para garantir continuidade, eficácia e humanização dos cuidados.

Em diversas situações, verificou-se a necessidade de redefinir prioridades e planear intervenções conjuntas com a equipa, procurando garantir respostas terapêuticas consistentes e ajustadas ao contexto. Esta experiência permitiu consolidar a compreensão do papel do Enfermeiro Especialista enquanto agente de mudança e elemento articulador entre o utente/família e os diferentes profissionais, promovendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa.

De acordo com Seabra et al. (2021), a enfermagem desempenha um papel importante na assistência à pessoa com comportamentos de dependência, já que é um elemento essencial no processo de adaptação ao tratamento, intervindo nos problemas associados à dependência e focando-se na promoção da qualidade de vida.

A gestão de cuidados também exige reconhecer as limitações e potencialidades de cada elemento da equipa, promovendo a partilha conjunta do

compromisso com a qualidade dos cuidados. No entanto, importa compreender que nem todos os elementos da equipa se encontram igualmente motivados, e o nível de comprometimento difere entre profissionais, podendo impactar a articulação e implementação dos cuidados. Neste sentido, a gestão implica competências relacionais e de liderança organizacional que permitam adaptar decisões ao clima e às dinâmicas da equipa, otimizando os recursos físicos e humanos disponíveis.

No contexto de respostas diferenciadas, a gestão dos cuidados revelou-se particularmente exigente em situações de elevada instabilidade emocional e coexistência de múltiplas necessidades concorrentes, frequentes no contexto de desabituação. Nestes momentos, a tomada de decisão foi, por vezes, inicialmente orientada numa lógica mais reativa, influenciada pela intensidade emocional das situações e pela necessidade de resposta imediata. Embora compreensível num contexto formativo, esta abordagem evidenciou limitações ao nível da gestão dos cuidados, sobretudo na capacidade de priorizar intervenções sustentadas numa avaliação estruturada do risco, da segurança e da continuidade dos cuidados.

A análise crítica destas vivências permitiu compreender que tais dificuldades não decorriam apenas da transição para um nível de prática mais avançado, mas também da complexidade do trabalho interno exigido pela tomada de decisão em contextos de elevada responsabilidade clínica e exigência emocional. Reconhecer esta situação proporcionou um momento significativo de aprendizagem, permitindo recentrar a prática na reflexão clínica que sustenta a ação, integrar diferentes dimensões do contexto, gerir respostas imediatas de forma mais ponderada e definir prioridades coerentes com os princípios da segurança e da centralidade dos cuidados na pessoa.

Paralelamente, a gestão do plano de cuidados evidenciou-se como um processo dinâmico, influenciado pela imprevisibilidade do sofrimento psíquico. Inicialmente, verificou-se tendência para manter planos previamente definidos, mesmo quando alterações significativas do estado emocional dos utentes comprometiam a sua adequação às necessidades reais da pessoa.

A reflexão sobre estas situações permitiu reconhecer que a capacidade de rever prioridades, reformular objetivos e adaptar intervenções constitui aspeto central da gestão dos cuidados em saúde mental, determinante para a qualidade da intervenção e para a manutenção da relação terapêutica. Neste sentido, a flexibilidade clínica passou a ser compreendida não como fragilidade da organização dos cuidados, mas como competência essencial da prática avançada.

A articulação com a equipa multidisciplinar constituiu igualmente um espaço privilegiado de aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento de competências de comunicação, escuta ativa e partilha de informação. A participação em processos de discussão clínica permitiu integrar diferentes perspetivas profissionais e compreender que a gestão dos cuidados se constrói de forma partilhada, através da corresponsabilização pelas decisões e da cooperação interprofissional.

Esta evolução refletiu-se numa participação gradualmente mais ativa e fundamentada nos processos de decisão clínica, sustentada por argumentação reflexiva e pela construção coletiva do cuidado. Assim, o desenvolvimento das competências no domínio da gestão dos cuidados configurou-se como um processo contínuo de aprendizagem reflexiva, permitindo transformar a experiência clínica em conhecimento aplicado e consolidar uma prática especializada orientada para a qualidade, segurança e humanização dos cuidados.

Conclui-se que o papel do Enfermeiro Especialista vai muito além de executor de intervenções, assume a função de gestor e promotor de cuidados de qualidade, articulando com a equipa multidisciplinar e integrando diferentes áreas terapêuticas. Esta abordagem garante que os recursos sejam utilizados de forma eficaz para responder às necessidades individuais, sociais e emocionais dos utentes, promovendo a melhoria contínua da qualidade e a humanização dos cuidados.

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista desenvolve o seu autoconhecimento e assertividade, bem como desempenha um papel ativo na promoção da aprendizagem conti-

nua e no desenvolvimento profissional dos pares e das equipas. Integra a evidência científica e os resultados da investigação na prática clínica, participa em processos formativos, supervisão clínica e mentoria, e contribui para a produção e disseminação do conhecimento em enfermagem. Demonstra igualmente capacidade reflexiva, pensamento crítico e compromisso com a melhoria contínua da prática especializada, favorecendo a evolução da disciplina e a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Harley (2024) refere que a autoconsciência constitui uma competência fundamental para a prática de enfermagem, na medida em que permite ao enfermeiro reconhecer e compreender as suas emoções, influenciando a forma como estabelece relações interpessoais e responde aos diferentes contextos de cuidados.

Segundo Machado et al. (2025), é necessário integrar a competência emocional dos enfermeiros com a melhor evidência científica, uma vez que isso se traduz numa melhor qualidade dos processos de tomada de decisão e numa prática mais consciente e segura, alicerçada em evidência científica atualizada.

No contexto de internamento de agudos, foi possível assistir às reuniões multidisciplinares realizadas semanalmente. Este momento assume elevada relevância, na medida em que permite aprofundar a comunicação entre os diferentes elementos da equipa e os utentes, com vista à tomada de decisões terapêuticas centradas no bem-estar da pessoa.

Enquanto futuro Enfermeiro Especialista, esta oportunidade revelou-se particularmente significativa, pois possibilitou o desenvolvimento de competências fundamentais, como a comunicação assertiva e a escuta ativa, que, embora já parcialmente adquiridas, exigem treino e aperfeiçoamento contínuos. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento contínuo dessas competências em contexto clínico.

Importa ainda salientar a relevância da reunião multidisciplinar pela diversidade de perspetivas envolvidas, decorrente da participação de profissionais de diferentes áreas clínicas, o que favorece uma análise mais abrangente das situações. Tal diversidade contribui para maior produção e partilha

de informação, permitindo definir estratégias de intervenção ajustadas às necessidades individuais dos utentes e sustentadas na melhor evidência científica disponível.

No estágio em contexto comunitário, a intervenção junto de pessoas com comportamentos aditivos, considerando as diferentes dimensões da pessoa, contribuiu para o desenvolvimento e consolidação desta competência. A prática reflexiva assume um papel central na prática do Enfermeiro Especialista, na medida em que permite ajustar a intervenção às necessidades da pessoa, de forma consciente, refletida e eticamente adequada.

O facto de muitos utentes se encontrarem em situação de exclusão social e apresentarem histórias de vida marcadas pela dependência proporcionou momentos de reflexão crítica sobre as respostas emocionais e os limites pessoais enquanto futuro Enfermeiro Especialista. A reflexão crítica sobre a prática de enfermagem revela-se fundamental para o desenvolvimento de competências relacionais e reflexivas, promovendo uma atitude mais empática, autêntica e consistente na relação terapêutica.

Segundo Narciso et al. (2024), os profissionais que desempenham funções na área das dependências demonstram maior resiliência e sinais positivos de transformação pessoal, decorrentes da necessidade de adaptação às exigências deste contexto. Os autores salientam que intervir nesta área fomenta a reflexão crítica, o desenvolvimento da empatia e o crescimento pessoal, reforçando a ideia de que, perante contextos emocionalmente exigentes, o profissional pode potenciar o desenvolvimento de competências relacionais e terapêuticas.

Como refere Tolosa-Merlos et al. (2023), a atitude dos enfermeiros constitui um dos pilares da relação terapêutica, desempenhando um papel determinante na sua qualidade. Este entendimento reforça a pertinência da autorreflexão e da consciência do impacto das atitudes profissionais como dimensões fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida e ética.

A assertividade assume igualmente um papel fundamental, particularmente em momentos que exigem a comunicação de decisões ou a definição

de limites terapêuticos. De acordo com Al-Hawaiti et al. (2025), a assertividade é uma competência essencial na prática de enfermagem, especialmente na construção de relações terapêuticas eficazes com utentes em contextos de dependência. Comunicar de forma clara, empática e respeitadora da dignidade e autonomia do utente contribui para a consolidação da relação terapêutica e para a promoção de um clima de confiança. Esta competência revela-se igualmente relevante na interação com a equipa multidisciplinar, ao facilitar a partilha clara de informação e ideias, contribuindo para a definição de estratégias, tomada de decisão conjunta e gestão de conflitos.

A complexidade do contexto comunitário, frequentemente marcado por estigma, exclusão social e fragilidade associada à dependência, exige que o Enfermeiro Especialista fundamente as suas atitudes e intervenções na evidência científica, desenvolvendo simultaneamente capacidade reflexiva e capacidade de adaptação terapêutica para adequar as respostas às necessidades da pessoa. Durante a interação com estes utentes, tornou-se evidente a importância da coerência e assertividade ao longo da relação terapêutica, evitando juízos de valor que possam comprometer o vínculo estabelecido.

Neste processo, o aspeto mais exigente centrou-se na gestão das intervenções perante determinadas situações clínicas complexas ao nível relacional e terapêutico. Constatou-se que, através da reflexão crítica e do desenvolvimento contínuo da prática reflexiva, é possível estabelecer uma relação terapêutica consistente, com intervenções justas, genuínas e sustentadas na evidência científica. Durante os ensinamentos clínicos, a prática foi fundamentada na melhor evidência disponível, garantindo segurança, adequação e resposta às necessidades reais dos utentes.

Este percurso permitiu consolidar a compreensão de que a assertividade, a reflexão crítica e a capacidade de adequação relacional são competências nucleares da prática especializada, que exigem desenvolvimento contínuo ao longo da trajetória profissional.

No contexto de respostas diferenciadas, o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão da relação terapêutica assumiu papel central na prática clínica, em virtude da elevada exigência emocional associada ao trabalho com pessoas em situação de dependência e frequentemente

em fases de grande vulnerabilidade psicológica. A intensidade do sofrimento apresentado pelos utentes, a instabilidade emocional característica dos processos de desabitação e a presença frequente de comportamentos defensivos ou de resistência ao tratamento exigiram capacidade de adaptação comunicacional, reflexão crítica e adequação contínua das intervenções às necessidades da pessoa.

Ao longo do estágio, tornou-se progressivamente evidente que a qualidade da intervenção não dependia apenas da adequação técnica ou do conhecimento científico mobilizado, mas também da capacidade de integrar reflexão clínica, adequação relacional e tomada de decisão ajustada às necessidades individuais da pessoa. Em vários momentos, foi necessário refletir criticamente sobre a forma como determinadas atitudes, estratégias de comunicação ou posturas profissionais poderiam influenciar a relação terapêutica e a eficácia das intervenções. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de uma prática progressivamente mais refletida, consistente e ajustada ao contexto clínico.

Este percurso evidenciou a necessidade de desenvolver competências relacionais e comunicacionais em situações de confronto, resistência ou desconfiança por parte dos utentes, frequentes no contexto da desabitação. Em diversas interações, tornou-se necessário refletir criticamente sobre a forma como o tom de voz, a postura e o modo de comunicar limites poderiam influenciar a aceitação da intervenção e a manutenção da relação terapêutica. Esta análise permitiu reconhecer que respostas excessivamente diretivas ou excessivamente permissivas tendiam a comprometer a eficácia do cuidado, exigindo ajustamento contínuo da intervenção e adoção de uma postura profissional mais assertiva e coerente.

A supervisão clínica assumiu papel relevante no desenvolvimento da prática reflexiva, ao permitir analisar criticamente situações marcadas por elevada tensão relacional, ambivalência do utente face ao tratamento e necessidade de imposição de limites terapêuticos. Nestes momentos, a reflexão partilhada possibilitou questionar intervenções e posturas assumidas em contexto clínico, compreendendo o impacto destas na relação terapêutica e na eficácia

da intervenção. Este processo contribuiu para o desenvolvimento de uma postura profissional mais assertiva, consistente e eticamente sustentada, reforçando a importância da reflexão crítica e da adequação contínua da intervenção.

Neste contexto, a mobilização da evidência científica assumiu igualmente papel relevante na sustentação da prática reflexiva, funcionando como suporte à tomada de decisão e como elemento regulador da ação clínica. A articulação entre conhecimento científico, reflexão crítica e experiência clínica permitiu não apenas fundamentar as intervenções, mas também conferir maior segurança e coerência à prática, minimizando o impacto de decisões influenciadas exclusivamente por fatores contextuais.

Ainda no âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destaca-se a apresentação do trabalho intitulado “O Círculo das Emoções” no XVI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema “Intervenções Psicoterapêuticas”, referente à intervenção psicoterapêutica desenvolvida durante o estágio em contexto de internamento de agudos (ANEXO VI). Esta experiência permitiu conjugar a prática clínica com a evidência científica, através da sistematização, análise e divulgação de uma intervenção centrada na promoção da consciência, expressão e regulação emocional dos utentes. A preparação e apresentação desta comunicação científica contribuíram para o desenvolvimento de competências de reflexão crítica, comunicação científica e análise da prática clínica, reforçando o papel do EEESMP na produção e disseminação de conhecimento em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. No ANEXO VII apresenta-se o certificado relativo à apresentação da comunicação.

Como já referido anteriormente, no âmbito do projeto de melhoria contínua desenvolvido no estágio, foi preparado um póster científico (ANEXO V), posteriormente aceite para ser apresentado em seminário. Esta experiência proporcionou o desenvolvimento de competências associadas à comunicação científica, análise crítica da prática clínica e disseminação do conhecimento, reforçando a relevância da prática baseada na evidência científica no exercício da profissão.

O desenvolvimento desta competência evidenciou-se pela capacidade de integrar o desenvolvimento de autoconhecimento, prática reflexiva, assertividade, supervisão clínica e evidência científica, favorecendo uma prática mais consciente, consistente e eticamente sustentada nos diferentes contextos de saúde mental e psiquiátrica.

3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

As competências específicas do EEESMP encontram-se disponíveis em Diário da República no Regulamento Nº 515/2018, 2ª série – Nº151 de 7 de agosto de 2018 e cada competência possui descrição, unidade de competência e critérios de avaliação.

No domínio do elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, o Enfermeiro Especialista em saúde mental e psiquiátrica desenvolve uma prática profissional sustentada no autoconhecimento, na reflexão crítica e na compreensão da influência dos fatores pessoais na relação de cuidado. Reconhece as suas emoções, valores, atitudes e limites, utilizando essa consciência como instrumento terapêutico na prestação de cuidados. Simultaneamente, mobiliza competências relacionais avançadas, promovendo intervenções baseadas na empatia, autenticidade e comunicação terapêutica, essenciais à construção de relações de confiança e segurança com a pessoa cuidada (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Esta competência é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que interfere na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, condicionando os resultados esperados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Esta competência constitui uma componente estrutural da prática clínica e do desenvolvimento profissional enquanto EEESMP. De acordo com Peplau (1991), a relação interpessoal representa um dos principais instrumentos da prática de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo que, para a relação se estabelecer de forma eficaz, é necessário o enfermeiro reconhecer as suas emoções, atitudes e limites, já que estes podem interferir na forma como se relaciona com a pessoa. Para Peplau (1991), o autoconhecimento é a capacidade do enfermeiro se conhecer a si próprio, reconhecendo que isso influencia a relação terapêutica e que cada relação terapêutica surge

como uma oportunidade de crescimento para ambos os intervenientes. A literatura destaca ainda que a relação terapêutica entre enfermeiro e utente em saúde mental é um dos pilares do processo de cuidar, sendo o principal preditor de bons resultados no tratamento, independentemente da técnica ou abordagem utilizada (Coelho et al., 2024; De Pinho et al., 2021). Os utentes valorizam uma relação baseada em apoio, empatia, comunicação eficaz e respeito pela individualidade, o que contribui para a personalização do cuidado e para a promoção da autonomia e autodeterminação (Coelho et al., 2024).

A consolidação do conhecimento e da consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro constitui uma competência essencial, na medida em que facilita o desenvolvimento de uma identidade profissional sólida e uma prática clínica centrada na empatia, regulação emocional e presença terapêutica. Haver et al. (2025) destacam que o fortalecimento da autoconsciência abrange diversas dimensões, incluindo a consciência das próprias emoções e das emoções alheias, aliada à honestidade, autenticidade, preservação da imagem profissional e autorregulação emocional, constituindo um conjunto essencial de competências para a prática profissional responsável e ética.

Estes elementos reforçam a articulação entre o ser pessoa e o ser profissional de saúde, evidenciando a importância da autorreflexão e da inteligência emocional no exercício seguro e humanizado do cuidar.

O estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz requer do enfermeiro profundo conhecimento de si próprio, das suas capacidades e dos seus limites, aspetos essenciais para a construção de vínculos terapêuticos de qualidade. Moreno-Poyato et al. (2021), afirmam que é fundamental os enfermeiros reconhecerem a importância da autoconsciência e da gestão emocional da empatia como elementos essenciais para a construção e fortalecimento de relações terapêuticas de qualidade.

No estágio em contexto de internamento, foi adotada uma postura pautada pela empatia, respeito e assertividade, procurando compreender os comportamentos dos utentes sem emitir juízos de valor. Um caso ilustrativo envolveu um utente que apresentou sinais de confusão quanto à natureza da relação terapêutica, procurando contacto verbal frequente e comentários de cariz afetivo fora dos momentos programados. Esta situação motivou reflexão

sobre a necessidade de definir papéis e limites claros, equilibrando empatia e assertividade.

Inicialmente, foi experienciada preocupação perante a possibilidade de a assertividade na definição de papéis e limites poder ser interpretada pelo utente como rejeição. Paralelamente, foi reconhecido que valores pessoais e a intenção de ser empático poderiam dificultar a gestão da situação. Esta ambivalência permitiu refletir sobre a importância de reconhecer e gerir os próprios sentimentos e emoções, conciliando o vínculo terapêutico com a necessidade de limites claros.

Esta experiência permitiu reconhecer que fatores internos, como valores pessoais e expectativas, podem interferir na relação terapêutica. A literatura evidencia que a capacidade de reconhecer e regular as próprias emoções é fundamental para preservar os limites profissionais, prevenir desgaste emocional e promover relações terapêuticas seguras e eficazes (Brillon et al., 2025; Hoff et al., 2024). Moreira et al. (2022) demonstram que enfermeiros com maior autoconsciência aplicam estratégias comunicativas mais empáticas e assertivas, facilitando o estabelecimento de papéis e limites terapêuticos claros. Esta tomada de consciência permitiu adotar uma abordagem equilibrada, mantendo o foco no utente e assegurando clareza na definição de limites.

No contexto comunitário, a relevância desta competência foi particularmente evidente devido à complexidade emocional, relacional e social associada às dependências. Os utentes encontravam-se em diferentes fases do processo terapêutico, frequentemente manifestando desconfiança e ambivalência em relação ao tratamento. Esta realidade exigiu constante autorreflexão e autorregulação emocional, visando assegurar uma relação terapêutica íntegra, autêntica e isenta de juízos de valor.

Um exemplo ocorreu durante a integração de um utente no PSO, cujo comportamento defensivo e evasivo dificultava a comunicação e a interação inicial. Perante sentimentos de frustração e impotência, foi reconhecido que essas emoções poderiam comprometer a eficácia da relação terapêutica. A tomada de consciência das emoções vivenciadas revelou-se fundamental para delinear uma estratégia mais adequada que permitisse dar continuidade

à abordagem. Assim, adotou-se uma postura empática e neutra, recorrendo a perguntas abertas que incentivassem a partilha de sentimentos, sem expor o utente a julgamentos.

A literatura em enfermagem enfatiza a necessidade de os profissionais identificarem e gerirem emoções no decorrer das interações com utentes, familiares ou elementos da equipa multidisciplinar. A comunicação terapêutica desempenha, neste âmbito, um papel central, promovendo relações interpessoais eficazes e minimizando obstáculos à efetividade dos cuidados (Aydogdu, 2023; Lima et al., 2021).

Considerando a complexidade da prática clínica em contextos de dependências, esta experiência permitiu desenvolver o autoconhecimento e compreender a importância da autoconsciência e da autorregulação como ferramentas essenciais para estabelecer e preservar a relação terapêutica, com base na empatia, confiança e ausência de julgamentos.

No contexto de respostas diferenciadas, as situações clínicas revelaram-se particularmente relevantes para a consolidação desta competência, uma vez que a intervenção em comportamentos aditivos implicou gestão emocional constante e elevada consciência das próprias atitudes e limites profissionais. Os utentes encontravam-se em diferentes fases do processo terapêutico, manifestando frequentemente desconfiança, ambivalência e resistência à intervenção, o que exigiu autorreflexão contínua e autorregulação emocional consistente.

Um episódio de autorreflexão ocorreu durante o acompanhamento de um utente recentemente integrado no programa terapêutico, que apresentava postura defensiva e comunicação evasiva. Perante sentimentos de frustração e impotência, foi reconhecido que estas emoções poderiam comprometer a qualidade da relação terapêutica. A tomada de consciência das emoções vivenciadas permitiu ajustar a intervenção, optando por uma abordagem menos diretiva, baseada na presença terapêutica, na escuta ativa e no respeito pelo ritmo do utente.

A valorização de pequenos momentos de contacto informal contribuiu para a construção progressiva de um espaço relacional seguro, facilitando a

verbalização de aspetos da sua história de vida e a expressão de ambivalências face ao tratamento. Esta experiência evidenciou que a capacidade de reconhecer e gerir emoções internas é fundamental para o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes, permitindo manter o foco no utente e assegurar a clareza dos limites profissionais.

A utilização intencional de estratégias de comunicação terapêutica, como a reformulação, clarificação e validação emocional, revelou-se determinante para promover a confiança e a adesão ao processo terapêutico. Assim, a experiência na URD contribuiu significativamente para o desenvolvimento do autoconhecimento, reforçando a importância da autorreflexão contínua e da autorregulação emocional enquanto pilares da prática do EEESMP.

O desenvolvimento destas competências resulta de uma prática reflexiva contínua, cultivada ao longo do percurso académico e profissional, permitindo consolidar conhecimentos e aplicá-los de forma ética e fundamentada na realidade clínica. A autoconsciência, aliada à prática baseada em evidência científica, constitui, assim, um alicerce para a atuação do Enfermeiro Especialista, promovendo intervenções responsáveis, seguras e humanizadas, tanto em contextos de internamento como comunitários.

De forma global, as experiências vividas nos três contextos de estágio permitiram consolidar gradualmente a competência do autoconhecimento e do desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futuro EEESMP. Cada contexto apresentou desafios distintos, que contribuíram para aprofundar a consciência das próprias emoções, valores, atitudes e limites, evidenciando o seu papel na qualidade da relação terapêutica. A reflexão contínua sobre as experiências, aliada à autorregulação emocional e à utilização intencional da comunicação terapêutica, possibilitou o desenvolvimento de uma postura profissional mais consciente, ética e centrada na pessoa.

No domínio da assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, o Enfermeiro Especialista assume um papel ativo na promoção do bem-estar psicológico e emocional, através da implementação de estratégias preventivas e educativas ajustadas às necessidades identificadas. Desenvolve intervenções promotoras de

literacia em saúde mental, identifica fatores de risco e potencia fatores protetores, contribuindo para ambientes mais saudáveis e resilientes. Paralelamente, fomenta a capacitação da pessoa, família e comunidade, favorecendo ganhos em saúde mental e melhoria da qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O processo de enfermagem constitui a matriz orientadora da prática clínica do enfermeiro, permitindo uma prestação de cuidados individualizada, contínua e baseada na evidência científica. Este processo compreende cinco etapas interdependentes: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Gonçalves et al., 2020). A avaliação inicial corresponde à primeira fase do processo de enfermagem, exigindo do enfermeiro a capacidade de triar a informação relevante e compreender o propósito da informação colhida. No contexto da saúde mental e psiquiatria, esta avaliação deve ser realizada preferencialmente através de uma entrevista livre de preconceitos ou estigmas, permitindo compreender a perceção que o utente tem da sua situação (Amaral, 2022).

No estágio em contexto de internamento não houve admissão de novos utentes, sendo que a recolha de informação foi realizada através da escuta ativa e de entrevistas informais, possibilitando a colheita de dados pessoais e histórias de vida que, aliadas ao conhecimento do processo do utente, permitiram compreender a relevância de determinados acontecimentos no evoluir da sua condição de saúde mental. A análise da informação obtida possibilitou também compreender o impacto da perturbação mental na qualidade de vida e bem-estar do utente, com enfoque na funcionalidade e autonomia.

Nesta unidade, a promoção da autonomia do utente, com vista à reintegração comunitária, assume papel central, sendo operacionalizada através da organização e implementação de tarefas quotidianas atribuídas a cada utente, tais como realização da cama, preparação das mesas para as refeições, higienização de espaços comuns, gestão de dinheiro ou participação em saídas ao exterior. Este tipo de práticas, associadas a situações do dia-a-dia percecionadas como simples, mas frequentemente fragilizadas pela doença mental ou pelo estigma, revela-se de elevada importância para a pessoa com perturbação mental grave. O facto de estas tarefas serem realizadas num

contexto protegido e promotor da autoestima confere sentido de utilidade à pessoa e contribui para modificar a perceção da sua capacidade pessoal.

Neste contexto, foi possível compreender o impacto do EEESMP enquanto facilitador e promotor da autonomia, recorrendo à escuta ativa e ao desenvolvimento de estratégias de *coping*, promovendo simultaneamente a tomada de decisão livre e esclarecida. Este processo permitiu incutir, de forma gradual, sentido de responsabilidade na pessoa, respeitando sempre os limites individuais. A importância destas intervenções tornou-se evidente através das verbalizações dos utentes, como “*sou eu o responsável pelo bar*” (sic) ou “*eu é que deixo sempre o refeitório pronto para nós comermos*” (sic), que demonstraram satisfação pessoal pelo cumprimento das tarefas atribuídas. A participação nestas intervenções permitiu compreender que o tratamento da pessoa com doença mental não se limita à terapêutica farmacológica, integrando igualmente intervenções relacionadas com o quotidiano e com as experiências de vida, com o objetivo de promover dignidade e melhorar a perceção que cada utente tem de si próprio (World Health Organization (WHO), 2022).

Paralelamente, foi possível reconhecer que o papel do EEESMP na promoção da saúde mental não se restringe à pessoa, devendo ser alargado à família. Ao longo do ensino clínico, o contacto com diversas famílias permitiu constatar que a falta de literacia em saúde pode assumir impacto negativo e, por vezes, estigmatizante. Verificou-se que algumas famílias não possuíam compreensão clara do diagnóstico do seu familiar nem do impacto que este poderia ter no quotidiano.

Sempre que considerado pertinente, procurou-se esclarecer e capacitar as famílias com informação acerca da patologia, permitindo-lhes compreender que muitas das alterações observadas são características da própria perturbação e que a sua compreensão é fundamental para que possam desempenhar um papel promotor de saúde mental e bem-estar. Adicionalmente, foram partilhadas estratégias a que os familiares poderiam recorrer perante situações vivenciadas de forma menos positiva, tendo sido também demonstrada preocupação com o familiar enquanto pessoa individual.

No contexto comunitário, houve oportunidade de realizar acolhimentos a novos utentes e de acompanhar terapêuticamente pessoas com consumo problemático de substâncias psicoativas, nomeadamente álcool e drogas ilícitas, como cocaína ou heroína. Este consumo problemático encontra-se frequentemente associado a sofrimento mental e a situações de exclusão social. De acordo com Nord-Baade et al. (2024), as pessoas que apresentam simultaneamente problemas de saúde mental e consumo de substâncias integram um dos grupos de maior risco de exclusão social.

A proveniência dos utentes aquando da admissão na ET revelou-se um aspeto relevante, uma vez que se associa a diferentes níveis de motivação e expectativas face ao tratamento, influenciando a adequação da abordagem em função do estado em que a pessoa se encontra, com impacto na recuperação, bem-estar e reabilitação psicossocial. Durante as entrevistas de acolhimento, observou-se que os utentes encaminhados por via da DGRSP, enquanto medida judicial, apresentavam maioritariamente baixos índices de motivação para o ingresso no tratamento, referindo frequentemente a presença na unidade como uma obrigação a cumprir. Por sua vez, os utentes encaminhados por profissionais de saúde apresentavam índices motivacionais mais equilibrados, ainda que, por vezes, com alguma ambivalência relativamente à abstinência. Os utentes que recorreram ao tratamento de forma autoproposta evidenciaram, tendencialmente, níveis mais elevados de motivação, embora pudessem vivenciar sentimentos ou emoções menos positivas no momento da admissão.

Considerando a diversidade de perfis dos utentes que recorrem a este serviço, torna-se pertinente refletir sobre a importância da avaliação inicial. O Enfermeiro Especialista deve valorizar não apenas a colheita de dados clínicos, mas também a recolha de informação relativa às condições socioeconómicas, culturais, religiosas, psicológicas e aos níveis de motivação de cada pessoa, de modo a planear e adequar os cuidados ao perfil individual. A compreensão da motivação para o tratamento permite ajustar estratégias às necessidades e ao momento atual da pessoa.

Durante as interações realizadas, foi possível constatar que a utilização de estratégias e linguagem mais diretivas conduzia frequentemente a resistência, sobretudo nos utentes encaminhados pela DGRSP. Assim, tornou-se evidente a importância de reconhecer a imposição judicial do tratamento como aspeto a ser explorado pelo enfermeiro, auxiliando o utente a encontrar motivação mesmo num contexto de obrigatoriedade. Neste sentido, optou-se por uma abordagem baseada na escuta ativa e empática, validação das emoções e ausência de julgamentos, a qual se revelou mais eficaz no estabelecimento da relação terapêutica.

Neste estágio foi possível realizar sessões breves de psicoeducação e acompanhamento individual com alguns utentes, orientadas para a recuperação global da pessoa e não exclusivamente para a abstinência de consumos. As intervenções foram adaptadas às particularidades individuais de cada utente e ao momento em que se encontravam, tendo sido definidos objetivos terapêuticos específicos, como o estabelecimento de novas rotinas, a promoção da interação social e a implementação de dinâmicas de autocuidado. Em todas as intervenções foi dada ênfase aos progressos alcançados, promovendo a autonomia do utente e valorizando os ganhos obtidos ao longo do processo terapêutico. Segundo Sampaio et al. (2023), o processo psicoterapêutico considera o momento de vida da pessoa, as suas vivências, crenças e valores, articulando rotinas, autocuidado, relação com o meio e participação social.

No contexto de respostas diferenciadas, a participação na avaliação inicial dos utentes representou uma das aprendizagens mais relevantes, permitindo compreender de forma aprofundada o papel central do EEESMP na recolha, integração e interpretação de informação clínica e psicossocial. A utilização do genograma e do ecomapa constituiu um momento estruturante da colheita de dados, possibilitando uma leitura sistémica da pessoa com dependência (Cattani et al., 2020).

Através do genograma, foi possível identificar padrões relacionais, rupturas afetivas, histórias familiares marcadas pelo consumo de substâncias e experiências prévias de doença mental, elementos fundamentais para a compreensão do percurso de vida e do contexto emocional do utente. Por sua vez,

o ecomapa permitiu analisar o grau de inserção comunitária, a qualidade das relações com instituições e recursos sociais, bem como situações de isolamento ou fragilidade das redes de suporte.

Para além destes instrumentos, a avaliação inicial incluiu a participação na entrevista clínica e na observação sistemática do comportamento, exigindo mobilização de competências de comunicação terapêutica, escuta ativa e sensibilidade às dimensões culturais e emocionais dos utentes. A observação do discurso, do estado emocional, da ansiedade, do nível de *insight* e da motivação para o tratamento permitiu identificar respostas humanas frequentemente presentes no processo de desabitação, como ambivalência face à mudança, sentimentos de culpa, labilidade emocional e dificuldades na regulação de emoções.

Esta vivência contribuiu para o desenvolvimento do pensamento clínico, permitindo refletir sobre o papel do EEESMP na avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de doença mental, distinguindo manifestações emocionais transitórias associadas à abstinência de possíveis comorbilidades psiquiátricas que exigem acompanhamento especializado.

A recolha da história de saúde, com especial atenção na saúde mental, no percurso de consumo, nas experiências anteriores de tratamento, recaídas e intercorrências clínicas associadas ao uso de substâncias psicoativas, constituiu uma componente fundamental da prática desenvolvida. Esta avaliação permitiu compreender o impacto cumulativo da perturbação aditiva ao longo do ciclo vital, evidenciando perdas significativas ao nível da funcionalidade, autonomia e qualidade de vida. A identificação destes fatores revelou-se essencial para antecipar necessidades em saúde mental e planear intervenções orientadas para a recuperação e reintegração social.

Ao longo do estágio em contexto de respostas diferenciadas, a avaliação assumiu carácter contínuo, através da monitorização do estado emocional, comportamento, adesão ao regime terapêutico e resposta às intervenções implementadas. Esta experiência reforçou a noção de que a avaliação em saúde mental é um processo dinâmico, que sustenta a tomada de decisão clínica

especializada e a adequação das intervenções às necessidades emergentes de cada utente.

No âmbito da promoção e proteção da saúde mental, a participação em sessões de educação para a saúde e intervenções de literacia em saúde mental centradas na prevenção da recaída permitiu refletir sobre a importância do empoderamento dos utentes. A promoção do conhecimento acerca de fatores de risco, sinais de alerta e estratégias de *coping* revelou-se fundamental para fomentar autonomia, adesão ao tratamento e responsabilização pelo percurso de recuperação. Estas intervenções evidenciaram que a promoção da saúde mental não se limita à transmissão de informação, implicando a criação de espaços terapêuticos que favoreçam *insight*, reflexão crítica e desenvolvimento de competências pessoais (WHO, 2022).

A articulação com a equipa multidisciplinar e o contacto com intervenções desenvolvidas em contexto de grupo, como atividades de estimulação cognitiva e terapias ocupacionais, permitiram compreender o impacto destas práticas na melhoria da funcionalidade, participação social e organização do desempenho ocupacional. A observação da evolução relacional e comportamental dos utentes reforçou a importância do EEESMP na avaliação do impacto da perturbação mental na autonomia e qualidade de vida, bem como na promoção de uma identidade pessoal e ocupacional mais adaptativa.

No que concerne à família, o contexto específico das respostas diferenciadas impõe particularidades que condicionam a interação direta durante o internamento, uma vez que os utentes não recebem visitas presenciais. O contacto com a família é realizado pela equipa de enfermagem, através de contacto telefónico, sempre com o consentimento do utente. Apesar de não ter sido possível presenciar diretamente estes momentos, esta realidade constituiu uma oportunidade de reflexão crítica sobre o papel do EEESMP enquanto mediador terapêutico entre o utente e o sistema familiar, exigindo competências avançadas de comunicação, sensibilidade emocional e gestão ética da informação. Tornou-se evidente que esta intervenção contribui para a promoção da saúde mental da família, fortalecimento da aliança terapêutica e preparação da continuidade de cuidados após a alta (Ghosh et al., 2025).

A experiência nestes contextos de estágio permitiu consolidar esta competência, tornando evidente a complexidade emocional e relacional inerente ao cuidado de pessoas com perturbação por uso de substâncias. Cuidar destas pessoas exige mestria do enfermeiro na gestão dos seus sentimentos e emoções, bem como capacidade de manter equilíbrio entre a promoção da autonomia e a responsabilidade profissional. Foi possível constatar que, mesmo quando o tratamento é imposto por via judicial, o enfermeiro, através de técnicas e estratégias adequadas, pode estabelecer uma relação terapêutica empática e de confiança, capaz de promover, ao longo do tempo, mudanças no comportamento e na motivação dos utentes.

No domínio da ajuda à pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, para recuperar a saúde mental, o Enfermeiro Especialista intervém de forma diferenciada nos processos de recuperação e reabilitação psicossocial. Realiza avaliação especializada, identifica necessidades específicas e planeia cuidados individualizados orientados para a autonomia e funcionalidade da pessoa. Para tal, mobiliza recursos familiares, sociais e comunitários, promovendo a integração social, a adaptação aos desafios decorrentes da doença mental e a continuidade dos cuidados prestados (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As etapas do processo de enfermagem visam identificar as necessidades da pessoa, definir objetivos, implementar intervenções adequadas e avaliar os resultados obtidos (Gonçalves et al., 2020). Desta forma, o enfermeiro sistematiza e organiza o raciocínio clínico de modo metódico e eficaz, favorecendo a tomada de decisão fundamentada e direcionada à resolução de problemas de enfermagem individualizados.

No contexto de internamento, e considerando que os utentes se encontravam num momento de particular vulnerabilidade associado à transição saúde-doença e à adaptação ao processo de hospitalização, o foco do cuidar incidiu sobretudo na monitorização da evolução clínica, na promoção da adaptação e no apoio emocional aos utentes e famílias. A ausência de novas admissões limitou a experiência no âmbito da avaliação inicial estruturada, mas possibilitou o acompanhamento longitudinal dos casos em curso, favorecendo

a compreensão da evolução dos diagnósticos e intervenções de enfermagem ao longo do internamento.

Atendendo ao facto de integrar, profissionalmente, uma equipa de internamento de psiquiatria de agudos, já possuía familiaridade com a elaboração de planos de cuidados, o que permitiu identificar pormenores relevantes, contribuir para a melhoria de algumas lacunas existentes e clarificar a pertinência de determinados diagnósticos e intervenções enquanto foco da prática de enfermagem especializada.

Durante este período, foi possível identificar uma situação de alteração do comportamento num utente com diagnóstico de esquizofrenia, que apresentou comportamento agressivo, colocando em risco a integridade física de terceiros. Esta situação exigiu uma intervenção rápida, estruturada e articulada da equipa de enfermagem, recorrendo inicialmente à contenção verbal e, posteriormente, à administração de medicação em SOS, de acordo com o plano terapêutico previamente estabelecido.

Esta experiência permitiu aplicar diretamente critérios de avaliação da competência do EEESMP, nomeadamente no que se refere à avaliação e deteção de situações de agudização do estado mental e à gestão do risco. Tornou-se fundamental identificar com precisão os sinais e sintomas de alteração do estado mental, distinguindo-os de possíveis fatores externos ou crises situacionais desencadeantes. Ao longo do episódio, foi assegurada a monitorização contínua da segurança do utente e de terceiros, com o objetivo de manter um ambiente seguro, evitando, sempre que possível, o recurso a medidas restritivas suscetíveis de causar maior sofrimento ou prejuízo relacional.

Esta situação permitiu compreender que a gestão da crise em saúde mental exige uma postura calma e equilíbrio entre segurança, respeito pela dignidade da pessoa e preservação da relação terapêutica. Esta experiência contribuiu para aprofundar a compreensão do papel do EEESMP na gestão do risco, na prevenção de complicações e na promoção da recuperação da estabilidade psíquica. Estudos recentes salientam que intervenções individualizadas, associadas à comunicação terapêutica e ao desenvolvimento de

uma relação terapêutica baseada na empatia, contribuem para melhores resultados em saúde mental e para uma maior colaboração da pessoa no processo terapêutico (Moreno-Poyato et al., 2021; Moreno-Poyato et al., 2022).

No contexto comunitário, o acompanhamento dos utentes possibilitou consolidar esta competência através do levantamento de necessidades individuais e da definição de estratégias de intervenção ajustadas à fase motivacional, ao contexto familiar e social e à história de consumo de cada pessoa. A recuperação da saúde mental nestes contextos implica uma abordagem abrangente, cujo foco não seja apenas a abstinência, mas também a promoção da autonomia e reforço da autoestima, a reconstrução de rotinas e a reinserção social.

Ao longo do estágio, evidenciou-se a importância da monitorização contínua do tratamento na avaliação dos cuidados de enfermagem. Na unidade, realizam-se regularmente, e por vezes de forma aleatória, pesquisas de metabolitos na urina para detetar consumo ativo de substâncias e identificar o seu tipo. A interpretação destes resultados, articulada com o diálogo com o utente, permite avaliar a congruência entre dados objetivos e discurso, sinalizar risco de recaída e ajustar as intervenções às necessidades reais. Esta interação revela-se essencial não só para contextualizar os resultados, mas também para fortalecer a relação terapêutica, promovendo o envolvimento ativo do utente, a reflexão e a clarificação da motivação para o tratamento.

Assim, as intervenções do EEESMP ultrapassam a dimensão técnica, integrando a capacitação do utente e destacando a comunicação eficaz como elemento central na monitorização dos ganhos em saúde e na adequação dos cuidados.

Paralelamente, torna-se fundamental monitorizar a assiduidade do utente ao PSO e intervir adequadamente perante eventuais irregularidades. A ET dispõe de um protocolo de atuação em caso de irregularidade da assiduidade do utente (ANEXO VIII), assim como de um esquema de indução do cloridrato de metadona para quando um utente inicia o PSO (ANEXO IX). Sempre que necessário, o Enfermeiro Especialista deve articular com a equipa multidisciplinar, garantindo uma intervenção integrada, segura e ajustada às necessidades clínicas e psicossociais do utente.

Foi ainda possível participar na gestão de situações de encaminhamento de utentes para consultas noutros serviços da comunidade. Nestes momentos, o enfermeiro assume um papel central na transmissão de informação clara e compreensível, assegurando que o utente dispõe dos conhecimentos necessários para dar continuidade ao seu processo terapêutico. Esta vivência permitiu compreender a importância do enfermeiro como facilitador da transição de cuidados, bem como a relevância da comunicação interprofissional e da articulação entre diferentes estruturas comunitárias para a manutenção da adesão e continuidade dos tratamentos.

No contexto de respostas diferenciadas, a ajuda à pessoa na recuperação da saúde mental evidenciou-se através da participação na avaliação, planeamento e acompanhamento de utentes em processo de desabitação. Este contexto revelou-se particularmente exigente pela intensidade do sofrimento psíquico, pela presença de sintomas de abstinência, pela ambivalência face ao tratamento e pela necessidade de reorganização do projeto de vida.

Desde o início, foi claro que a avaliação em saúde mental assume um papel fundamental na intervenção do Enfermeiro Especialista. Os utentes internados apresentavam quadros clínicos heterogêneos, marcados pela coexistência de sintomas de dependência, manifestações de abstinência, perturbações psiquiátricas e respostas emocionais ao contexto de internamento fechado.

A recolha sistemática e organizada de dados relativos ao estado mental, comportamento, equilíbrio emocional e contexto psicossocial permitiu a identificação de necessidades reais e potenciais, exigindo pensamento crítico contínuo e rigor no processo de diagnóstico de enfermagem.

A formulação de diagnósticos de enfermagem em saúde mental permitiu apoiar o planeamento e a implementação de planos de cuidados individualizados (Gonçalves et al., 2020).

A intervenção do EEESMP neste contexto implicou a avaliação contínua do estado mental, a identificação de necessidades emergentes e a adaptação das intervenções às alterações emocionais e comportamentais dos utentes. Foi possível compreender que o processo de recuperação não ocorre

de forma linear, sendo frequentemente marcado por avanços, recuos, resistência e momentos de maior vulnerabilidade. Esta realidade exigiu flexibilidade clínica, capacidade de contenção emocional e manutenção de uma relação terapêutica consistente.

Um exemplo ocorreu durante a desabilitação, quando um utente apresentou ansiedade intensa, irritabilidade e alterações do sono, com atitudes hostis. Foi necessária avaliação contínua e intervenção imediata centrada na comunicação terapêutica, validação emocional e estabelecimento de limites, promovendo autorregulação sem recurso a terapêutica farmacológica. Esta experiência reforçou a importância da intervenção especializada na gestão de agudizações, com impacto positivo no bem-estar (Coelho et al., 2024).

Noutra situação, um utente manifestou intenção de abandonar o internamento, evidenciando ambivalência e medo. A escuta ativa, validação emocional e reforço de recursos internos permitiram reduzir a ansiedade e promover a manutenção do envolvimento terapêutico (Moreno-Poyato et al., 2021).

Para além da intervenção individual, a participação em grupos terapêuticos e psicoeducação evidenciou o grupo como recurso essencial na recuperação, promovendo competências emocionais e reflexão sobre o processo de mudança. A gestão de dinâmicas grupais exigiu adaptação da comunicação e mediação de conflitos, transformando situações de tensão em oportunidades de aprendizagem.

A família e a rede de suporte constituem elementos fundamentais na continuidade dos cuidados após a alta. Embora o contacto direto com familiares fosse condicionado pelas normas da unidade, a reflexão sobre esta dimensão permitiu compreender a importância de preparar a reintegração familiar e comunitária, garantindo que a pessoa dispõe de suporte adequado para manter os ganhos obtidos durante o internamento.

Neste estágio, foi possível conhecer diferentes respostas comunitárias, como uma comunidade terapêutica, um gabinete de apoio e uma equipa de rua, proporcionando uma visão mais integrada da rede de cuidados. O contacto com estas estruturas reforçou a compreensão da importância da inter-

venção de proximidade, do acompanhamento no território e da resposta ajustada às necessidades reais dos utentes, salientando o papel do Enfermeiro Especialista na gestão de casos, na preparação da transição entre contextos e na manutenção da continuidade de cuidados (Klevan et al., 2021).

O acompanhamento da pessoa em desabilitação centra-se no equilíbrio emocional, fortalecimento relacional e integração na comunidade, promovendo autonomia, bem-estar e envolvimento social, para além do controlo sintomático.

De forma global, o desenvolvimento desta competência permitiu compreender que a recuperação da saúde mental exige continuidade, estrutura e com foco na pessoa, sustentada na avaliação clínica, na gestão do risco e na articulação com a equipa e os recursos da comunidade. Esta experiência reforçou o papel do EEESMP na integração das diferentes dimensões da pessoa, promovendo a autonomia, a funcionalidade e a continuidade dos cuidados.

A competência para o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais ao longo do ciclo vital é a quarta mencionada para o EEESMP e, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2023), a intervenção psicoterapêutica corresponde à utilização intencional e fundamentada de técnicas psicoterapêuticas destinadas a promover mudanças nos comportamentos, pensamentos, emoções e outras características pessoais da pessoa, com vista ao alcance de objetivos terapêuticos definidos. Estas intervenções devem ser estruturadas em sessões limitadas no tempo, promovendo a aprendizagem de estratégias para lidar com a doença mental, a gestão emocional e o desenvolvimento de competências de adaptação e autocuidado (Xiong, 2023).

Com base nestes pressupostos e na interação estabelecida com os utentes em contexto de internamento, através da escuta ativa e da aplicação da versão portuguesa adaptada da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS-P) (Rodrigues et al., 2011) (ANEXO X), considerou-se necessária a implementação de uma intervenção psicoterapêutica. Assim, em con-

junto com os colegas de estágio, foi elaborada uma intervenção psicoterapêutica centrada nas emoções (ANEXO XI), utilizando como instrumento a roda das emoções (ANEXO XII).

A escala WLEIS-P, validada para a população portuguesa, avalia quatro dimensões da inteligência emocional: avaliação das próprias emoções, avaliação das emoções dos outros, uso das emoções e regulação das emoções. A sua aplicação permitiu identificar dificuldades na identificação e regulação emocional, interferindo nas dinâmicas interpessoais entre os utentes.

Para assegurar grupos equilibrados e ajustados aos objetivos da intervenção, foi considerada informação de instrumentos de avaliação cognitiva, nomeadamente o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e o *Montreal Cognitive Assessment*. Estes permitiram avaliar o perfil cognitivo e emocional, facilitando a divisão em subgrupos homogêneos e promovendo maior eficácia terapêutica.

Definiram-se como critérios de inclusão todos os utentes internados no Piso 1 da unidade de recuperação, em articulação com a equipa e de acordo com as diretrizes do serviço, desde que apresentassem condições compatíveis com a participação. Como critérios de exclusão, consideraram-se utentes cuja condição clínica impedisse uma participação ativa e segura, bem como aqueles não elegíveis para atividades no âmbito do ensino clínico de mestrado devido ao regime de internamento privado, como definido pelas orientações institucionais.

Complementarmente, foi criado um recurso visual para o serviço, o quadro “Hoje Eu Sinto...” (ANEXO XIII), com o objetivo de facilitar a identificação, expressão e monitorização diária das emoções, promovendo a consciência emocional e o autoconhecimento.

A intervenção foi estruturada em quatro sessões — musicoterapia, mímica, cinematerapia e *roleplay* — explorando diferentes formas de expressão emocional. Estas sessões visaram o reconhecimento, identificação e regulação das emoções, promovendo uma melhor adequação emocional. Em pessoas com doença mental, as atividades criativas têm sido associadas a experiências de bem-estar, fortalecimento do sentido de significado pessoal e

melhoria da participação social, contribuindo para processos de recuperação e reorganização do quotidiano (Hansen et al., 2023).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2023), a intervenção psicoterapêutica corresponde à aplicação intencional e fundamentada de técnicas psicoterapêuticas dirigidas à promoção de mudanças nos pensamentos, emoções e comportamentos da pessoa. Em enfermagem, estas intervenções encontram-se descritas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (Bulechek et al., 2016). A inteligência emocional corresponde ao conjunto de capacidades que permitem ao indivíduo identificar, compreender e regular as próprias emoções, bem como lidar com situações geradoras de conflito (Sousa et al., 2020).

Na primeira sessão, recorreu-se à musicoterapia para promover a identificação e expressão emocional através da escuta de diferentes músicas, seguida de reflexão. Inicialmente observou-se alguma resistência na partilha de emoções, mas progressivamente verificou-se maior envolvimento. De acordo com Peters et al. (2023), as intervenções baseadas na música podem favorecer a regulação emocional, promovendo o bem-estar psicológico e facilitando estratégias adaptativas de gestão emocional.

Na segunda sessão utilizou-se a mímica, com o objetivo de trabalhar a expressão e reconhecimento de emoções próprias e no outro, através da comunicação não-verbal. A utilização consciente da comunicação não verbal, incluindo gestos, postura e contacto visual, contribui para o fortalecimento da relação terapêutica, aumentando a empatia e reduzindo barreiras emocionais (Del Giacco et al., 2020; Lin & Anderson, 2024; Hoff et al., 2024).

Nesta sessão, compreendeu-se a relevância da comunicação não-verbal na relação terapêutica, refletindo sobre dificuldades na identificação, reconhecimento e interpretação de emoções. Enquanto futuro EEESMP, reconhece-se a importância de promover a expressão emocional e criação de espaços terapêuticos seguros, considerando que o sofrimento psíquico se manifesta frequentemente através da linguagem não-verbal.

Na terceira sessão recorreu-se à cinematerapia, com o filme “*Up – Altamente*”, promovendo a identificação e interpretação de emoções nas interações das personagens e das suas vivências. Após a exibição, promoveu-se um momento de reflexão em grupo que favoreceu a empatia e o pensamento crítico, permitindo compreender a perceção dos utentes sobre as emoções do filme e a sua identificação com experiências pessoais.

A cinematerapia constitui, assim, uma abordagem consistente na utilização do cinema como ferramenta mediadora em intervenções em saúde mental. A evidência demonstra que este recurso facilita a expressão emocional, a autorreflexão e a aquisição de competências relacionais e comunicacionais, permitindo, através do processo de identificação com personagens e enredos, a exploração de conflitos internos (Gagliano et al., 2023; Mekhakyan & Szulc, 2025).

Na quarta sessão utilizou-se o *roleplay*, permitindo simular situações de conflito e desenvolver competências de regulação emocional. O *roleplay* constitui uma técnica particularmente relevante no treino de comportamentos assertivos, uma vez que muitas das dificuldades apresentadas pelos utentes se relacionam com situações interpessoais (Sequeira & Sampaio, 2022).

O método utilizado proporcionou aos elementos do grupo a oportunidade de ensaiar alternativas de resposta perante situações desafiantes e de experimentar estratégias consideradas mais eficazes no controlo e na regulação das emoções.

A utilização do *roleplay* em saúde mental tem demonstrado eficácia no desenvolvimento de competências sociais e na promoção de comportamentos assertivos em pessoas com patologia psiquiátrica, alinhando-se com as recomendações das terapias expressivas e contribuindo para a melhoria do bem-estar e da empatia (Jiang et al., 2023).

No final, promoveu-se discussão em grupo, com dramatização inspirada no “*Feiticeiro de Oz*”, envolvendo as personagens Leão, Homem de Lata e Espantalho, que representam, de forma metafórica, a coragem, a afetividade e a cognição, facilitando a reflexão e integração emocional.

A implementação desta intervenção permitiu desenvolver competências ao nível da regulação emocional, comunicação terapêutica e intervenção grupal. Apesar de algumas ausências pontuais, por motivos não relacionados com a intervenção, verificou-se boa adesão. O *feedback* recebido e o questionário de avaliação (ANEXO XIV) evidenciaram uma perceção globalmente positiva.

No estágio na comunidade, realizaram-se intervenções breves de psicoeducação, abordando assuntos como o consumo de substâncias, adesão terapêutica e aspetos psicossociais, com o principal objetivo de capacitar a pessoa e identificar a sua fase motivacional.

A evidência científica demonstra que intervenções educativas baseadas em teorias comportamentais, particularmente quando envolvem familiares e abordam competências de vida, comunicação e resolução de problemas, estão associadas a ganhos significativos na adesão ao tratamento, no aumento da esperança e na qualidade das relações interpessoais. Estratégias de acompanhamento contínuo e intervenções psicoeducativas estruturadas contribuem igualmente para a consolidação das aprendizagens e para a manutenção de resultados positivos ao longo do tempo (Kamyab et al., 2024; Rezapour et al., 2024).

A implementação destas intervenções evidenciou a importância de identificar a fase motivacional do utente, permitindo ajustar a abordagem terapêutica e promover a participação ativa, a adesão ao tratamento e a mudança comportamental. Em situações pontuais, foi também possível intervir junto de familiares, promovendo educação e literacia em saúde, reforçando as redes de suporte, a prevenção de recaídas e a redução do estigma associado ao consumo.

Intervenções que incluem familiares, como o aconselhamento e a educação para a saúde, promovem o envolvimento no tratamento, favorecem a adesão terapêutica e contribuem para a manutenção de resultados positivos ao longo do tempo (Biswal et al., 2024; Kamyab et al., 2024).

Tal como referido, na ET existe consulta de enfermagem de apoio à família, à qual não foi possível assistir por ausência de agendamentos. Ainda

assim, destaca-se que a intervenção junto dos familiares constitui uma oportunidade privilegiada para informar, esclarecer dúvidas, envolver a rede familiar e fortalecer a relação de confiança no processo terapêutico.

Cabral et al. (2021) reforçam a importância da integração da família no processo terapêutico, destacando que as intervenções de enfermagem dirigidas ao sistema familiar podem favorecer a adaptação familiar e apoiar a recuperação da pessoa com comportamentos aditivos.

Na ET, momentos como a administração de metadona e rastreios de IST constituíram oportunidades terapêuticas para avaliação, educação e reforço da adesão à terapêutica, evidenciando o papel do EEESMP na promoção da saúde, educação para a saúde, prevenção de riscos associados ao consumo e redução do estigma.

Foram realizadas entrevistas clínicas que permitiram identificar diagnósticos e orientar intervenções. Neste contexto, considerando a necessidade de uma intervenção psicoterapêutica direcionada para a mudança comportamental, optou-se pela Entrevista Motivacional (EM).

A EM encontra-se indicada para diversas situações clínicas, sendo particularmente eficaz em contextos de ambivalência e na abordagem de comportamentos aditivos e dependências (Sampaio et al., 2023). De acordo com os autores, esta intervenção assenta no princípio de que a mudança é da responsabilidade da própria pessoa, constituindo essa condição um elemento fundamental para que a mudança seja consolidada e sustentada ao longo do tempo. Neste contexto, o enfermeiro deve promover um ambiente terapêutico facilitador da reflexão, da autonomia e da tomada de decisão informada.

A EM foi aplicada a dois utentes, designados como utente A e utente B, salvaguardando a sua identidade, com o objetivo de compreender a fase motivacional, identificar ambivalências, reforçar a motivação intrínseca e definir objetivos realistas. A intervenção foi estruturada em quatro sessões de intervenção psicoterapêutica, começando pela avaliação inicial, recorrendo a

instrumentos como o SOCRATES 8D, MMSE e *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, permitindo um planeamento individualizado (ANEXO XV).

No utente A, que havia abandonado o tratamento antirretroviral para o VIH e pretendia reduzir consumos, identificou-se na primeira sessão a fase de contemplação. Na segunda sessão, trabalhou-se na resolução da ambivalência e reforço motivacional, recorrendo à técnica da balança decisional e com recurso a questões abertas e escuta reflexiva. A maior disponibilidade do utente para refletir e assumir compromissos, permitiu definir objetivos como a marcação de consulta de infeciologia e o agendamento da terceira sessão.

O uso da balança decisional permite à pessoa refletir sobre os benefícios e dificuldades associados à mudança, promovendo a exploração da ambivalência e aumentando a consciência das motivações internas para a mudança comportamental (Romano & Peters, 2021; Douaihy et al., 2023).

Na terceira sessão, o utente não compareceu, tendo sido reagendada, e tendo novamente faltado ao reagendamento. A não comparência às sessões seguintes impossibilitou a conclusão da intervenção, o que demonstra que a ambivalência ainda se mantinha evidente, podendo existir barreiras à mudança ou a necessidade de adequar e prolongar o período de intervenção.

Apesar de se considerar este um momento potencialmente adequado para a intervenção, é possível que o utente ainda não dispusesse dos recursos necessários para sustentar a ação. A intervenção psicoterapêutica com este utente encontra-se detalhada em anexo (ANEXO XVI).

No utente B, que havia manifestado desejo em reduzir a dose de metadona, verificou-se na primeira sessão que também se encontra na fase de contemplação.

Na segunda sessão, o utente apresentou-se mais inquieto, com dificuldade em manter o contacto visual e frequentemente a olhar pela janela. Ao questionar se existia alguma preocupação, referiu “*tenho gente à minha espera*” (sic). Perante a sua reduzida disponibilidade, procedeu-se ao resumo da sessão e ao reagendamento, evidenciando-se maior resistência e menor envolvimento no processo terapêutico.

Na terceira sessão, o utente B não compareceu, tendo sido necessário agendar nova data. Apesar deste novo agendamento, voltou a não comparecer, o que impossibilitou a conclusão da intervenção e a implementação de todas as sessões planeadas.

Assim, apesar de ter sido possível avaliar a motivação do utente e compreender a sua ambivalência, não se verificou progresso relevante no sentido da mudança comportamental durante o período de intervenção. A intervenção psicoterapêutica com este utente encontra-se detalhada em anexo (ANEXO XVII).

Estas experiências permitiram compreender que a EM deve ser flexível e adaptada às necessidades e ao momento de cada utente, reconhecendo que o processo de mudança é dinâmico e sujeito a avanços e recuos. A literatura destaca a importância de intervenções adaptadas e centradas na pessoa para promover o envolvimento contínuo no processo terapêutico e favorecer a adesão à mudança comportamental (Beck et al., 2024). Neste contexto, o Enfermeiro Especialista assume um papel relevante no acompanhamento e monitorização do progresso da pessoa ao longo do processo terapêutico.

Segundo Miller e Rollnick (2013), a motivação para a mudança não constitui uma característica imutável, mas sim um estado em permanente evolução, influenciado pela interação interpessoal, sendo fundamental que o profissional identifique e explore ambivalências e ajuste as suas intervenções à fase do processo de mudança em que a pessoa se encontra.

Neste contexto, foram consolidadas competências em comunicação terapêutica, escuta ativa, gestão de ambivalências e promoção da motivação para a mudança, evidenciando que manter o utente motivado exige resiliência, flexibilidade e adaptação contínua da intervenção. O trabalho desenvolvido contribuiu para o crescimento profissional e pessoal, reforçando a importância de uma abordagem centrada na pessoa e da reflexão crítica na prática em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Destaca-se ainda o papel do EEESMP na promoção da reabilitação psicossocial, visando a autonomia e funcionalidade, reconhecendo a influência dos determinantes sociais e a necessidade de envolvimento ativo do utente. Torna-se, assim, essencial compreender os contextos e barreiras, articular com recursos comunitários e assegurar a continuidade dos cuidados, afirmando o EEESMP como agente de mudança.

No estágio de respostas diferenciadas, evidenciou-se que a intervenção junto de pessoas com comportamentos aditivos em desabituação exige uma abordagem integrada de natureza psicoterapêutica, psicossocial e psicoeducacional, centrada na autorregulação emocional, no desenvolvimento de competências e na adaptação à situação de saúde/doença. Ficou também claro que os cuidados especializados vão além do controlo sintomático, implicando processos contínuos de capacitação, aprendizagem e construção de significado no percurso de recuperação.

A curta duração do internamento, associada à intensidade dos sintomas de abstinência e à ambivalência face à mudança, constituiu um desafio à profundidade das intervenções psicoterapêuticas, sendo inicialmente vivenciada com alguma frustração quanto ao impacto da intervenção do Enfermeiro Especialista.

Contudo, a reflexão crítica sobre a prática permitiu reconhecer esta limitação como uma oportunidade de aprendizagem, favorecendo o desenvolvimento de competências em intervenções breves, focalizadas e ajustadas à fase terapêutica dos utentes, em consonância com os princípios da intervenção psicoterapêutica em enfermagem (Cuijpers, 2020).

Ao longo deste estágio, tornou-se evidente que a relação terapêutica é um instrumento central nos cuidados psicoterapêuticos e psicoeducacionais. A interação com utentes marcados por sentimentos de culpa, vergonha e desconfiança revelou-se desafiante, nomeadamente na gestão da resistência, da hostilidade ou do aparente desinteresse, exigindo o desenvolvimento de competências de autorregulação emocional, consciência dos próprios limites e tolerância à incerteza inerente ao processo terapêutico. Progressivamente, a construção de relações empáticas, isentas de juízo e sustentadas na escuta ativa permitiu criar um espaço seguro, facilitador da expressão emocional e

da adesão ao plano terapêutico, reconhecendo-se a presença terapêutica como uma intervenção fulcral do EEESMP.

No âmbito das intervenções psicoeducacionais, foi possível participar em sessões dirigidas a utentes em diferentes fases da desabitação, identificando desafios relacionados com a literacia em saúde mental, alterações cognitivas e flutuação da motivação. Nestas sessões foram abordados temas como dependência enquanto doença, gestão da ansiedade e *craving*, prevenção da recaída, higiene do sono e importância da adesão ao tratamento.

Esta experiência evidenciou que a transmissão de informação, por si só, não garante a integração de conhecimento, podendo, inclusive, gerar resistência ou sobrecarga emocional, exigindo adaptação dos conteúdos, linguagem acessível e validação da experiência subjetiva, reforçando a psicoeducação enquanto processo relacional, dinâmico e centrado na pessoa.

Atendendo à curta duração do internamento, tornou-se necessário privilegiar intervenções psicoterapêuticas breves, orientadas para a gestão da ansiedade e para a promoção da autorregulação emocional (ANEXO XVIII).

A implementação destas intervenções revelou-se exigente, uma vez que o estado físico e emocional dos utentes, sobretudo durante a fase aguda da desabitação, condicionava a sua disponibilidade e capacidade de participação no processo terapêutico. A presença de inquietação psicomotora, desconforto físico, ansiedade e dificuldades de concentração limitou, em determinados momentos, o envolvimento terapêutico e a resposta às intervenções implementadas, exigindo uma adaptação contínua das estratégias utilizadas. Esta realidade reforçou a necessidade de uma prática clínica flexível e centrada na pessoa, sustentada numa avaliação contínua das respostas dos utentes e na adequação das intervenções às suas necessidades e capacidade de participação terapêutica (Fluyau et al., 2021; Garriga et al., 2024).

Revisões sistemáticas demonstram que intervenções psicológicas de curta duração em contexto de internamento podem reduzir a ansiedade, a depressão e o *distress* emocional, mesmo quando aplicadas em poucas sessões e em períodos limitados de hospitalização (Schweighoffer et al., 2022).

A gestão da motivação para a mudança revelou-se desafiadora ao longo do estágio. A reflexão sobre a prática evidenciou que abordagens excessivamente diretivas eram pouco facilitadoras, sendo progressivamente substituídas por estratégias centradas na validação do sofrimento, exploração das ambivalências e identificação de recursos internos. Este processo implicou autorreflexão sobre o papel do Enfermeiro Especialista, reforçando a intervenção motivacional como prática respeitadora da autonomia e alinhada com a recuperação em saúde mental, favorecendo o aumento do *insight* e respostas mais adaptativas.

A dinamização de grupos terapêuticos e atividades estruturadas constituiu uma componente relevante, evidenciando desafios na gestão de dinâmicas grupais, conflitos interpessoais e diferentes níveis de participação. A reflexão sobre estas experiências possibilitou desenvolver competências na condução de grupos, na promoção da convivência terapêutica e na utilização do grupo como espaço privilegiado de aprendizagem relacional e de ensaio de respostas adaptativas, em consonância com os objetivos da reabilitação psicossocial.

Embora a intervenção psicossocial junto da família constitua um eixo central no processo de recuperação em comportamentos aditivos, fatores organizacionais e a articulação de horários entre equipa e familiares condicionaram a possibilidade de um acompanhamento mais sistemático. Esta limitação motivou reflexão crítica e valorização de momentos com potencial terapêutico, como a admissão e a alta, onde foi possível intervir junto das famílias ao nível do acolhimento, clarificação do processo, validação emocional e capacitação para o suporte pós-alta.

A adaptação às oportunidades existentes permitiu consolidar competências de comunicação terapêutica e integração da dimensão familiar, de forma ética, realista e centrada na pessoa.

A conceção e implementação de um projeto de melhoria na gestão das emoções emergiu da análise crítica da prática e de uma necessidade transversal aos utentes da URD, constituindo um espaço de integração entre teoria, evidência e prática clínica. Este projeto reforçou a competência na capacitação da pessoa, a promoção da autonomia emocional e a prevenção da

recaída, representando também um exercício de responsabilidade profissional e compromisso com a qualidade dos cuidados.

Em síntese, a curta duração do internamento em desabilitação condicionou a profundidade de algumas intervenções, mas potenciou o desenvolvimento de competências em intervenções breves, focalizadas e ajustadas às necessidades dos utentes.

Esta experiência contribuiu decisivamente para a consolidação da identidade profissional enquanto futuro EEESMP, reforçando uma prática centrada na promoção da saúde mental, recuperação, autonomia e dignidade da pessoa.

4. Considerações Finais

O percurso formativo desenvolvido nos contextos de internamento, comunidade e respostas diferenciadas constituiu um processo estruturante de consolidação das competências comuns e específicas do EEESMP. A diversidade dos cenários clínicos permitiu integrar saber teórico, competência técnica e maturidade reflexiva, evidenciando que o exercício especializado em saúde mental exige uma prática simultaneamente fundamentada, ética e relacionalmente competente.

No domínio das competências comuns, destacou-se a responsabilidade profissional, ética e legal como eixo transversal à intervenção. A gestão de situações complexas, nomeadamente, conflitos entre autonomia e beneficência, imposição judicial de tratamento, gestão do risco e aplicação de normas institucionais, exigiu posicionamentos clínicos ponderados e sustentados em princípios de dignidade, proporcionalidade e respeito pela pessoa. A gestão de cuidados revelou-se igualmente uma competência nuclear, implicando tomada de decisão estruturada, capacidade de priorização em contextos de instabilidade e articulação eficaz com equipas multidisciplinares. A participação em dinâmicas de melhoria contínua da qualidade reforçou a compreensão do EEESMP como profissional ativo na construção de ambientes terapêuticos seguros, organizados e orientados para resultados em saúde.

No que respeita às competências específicas, o desenvolvimento do autoconhecimento assumiu-se como dimensão central da prática especializada. A consciência das próprias emoções, limites e posicionamentos revelou-se determinante na manutenção de uma postura terapêutica consistente, particularmente perante ambivalência, resistência e sofrimento psíquico intenso. Este processo permitiu compreender que a relação terapêutica constitui o instrumento fundamental do cuidar em saúde mental, exigindo presença, autenticidade e autorregulação contínua.

A assistência à pessoa, família, grupos e comunidade evidenciou a necessidade de avaliação sistemática e contínua das respostas humanas face

à doença mental e aos comportamentos aditivos. A formulação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento de cuidados individualizados e a implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e socioterapêuticas demonstraram que o cuidado especializado vai além da estabilização sintomática, integrando processos de capacitação, literacia em saúde e promoção da autonomia. A adaptação das intervenções à fase motivacional e ao contexto psicossocial de cada utente revelou-se essencial para favorecer adesão, corresponsabilização e recuperação sustentada.

A experiência em respostas diferenciadas, pela sua intensidade clínica e emocional, constituiu um espaço privilegiado de crescimento profissional. A gestão de situações de crise, a contenção emocional sem recurso imediato a medidas restritivas, a implementação de intervenções breves orientadas para a autorregulação e a condução de dinâmicas grupais reforçaram a necessidade de flexibilidade clínica, pensamento crítico e intervenção intencional. Tornou-se evidente que a prática do EEESMP exige capacidade de tolerar incerteza, lidar com avanços e recuos no processo terapêutico e manter compromisso terapêutico mesmo perante resistência ou abandono.

Importa reconhecer que os constrangimentos temporais de determinados contextos, particularmente na desabituação, limitaram a profundidade de algumas intervenções. Contudo, estas limitações funcionaram como catalisadoras de aprendizagem, promovendo o desenvolvimento de competências em intervenções breves, focalizadas e ajustadas à realidade clínica, reforçando a importância da adaptação e da priorização enquanto competências avançadas.

Globalmente, este percurso formativo permitiu consolidar uma identidade profissional mais consciente e fundamentada, marcada pela integração entre conhecimento científico, reflexão ética e maturidade relacional. A experiência vivida demonstrou que o exercício especializado em saúde mental não se define apenas pela aplicação de técnicas, mas pela capacidade de construir relações terapêuticas seguras, promover autonomia mesmo em contextos de vulnerabilidade e sustentar decisões clínicas com rigor e humanidade.

Assim, a consolidação das competências comuns e específicas do EEESMP ao longo deste percurso representa não um ponto de chegada, mas

um momento estruturante de transição para o exercício profissional autônomo. A prática futura deverá manter-se ancorada na evidência científica, na reflexão crítica contínua e no compromisso com a promoção da recuperação, dignidade e inclusão social da pessoa em sofrimento psíquico, reafirmando o papel do EEESMP como agente de mudança e promotor da qualidade dos cuidados em saúde mental.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica Junto da Pessoa com Perturbação por Uso de Substâncias Ilícitas
em Contextos Comunitários: *Scoping Review*

1. Resumo

Enquadramento: As perturbações por uso de substâncias ilícitas constituem um importante problema de saúde pública, associado a sofrimento psíquico, exclusão social e necessidades complexas em saúde mental (United Nations Office on Drugs and Crime, 2025). Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume um papel relevante na prestação de cuidados especializados.

Objetivos: Mapear as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas em contextos comunitários.

Metodologia: Realizou-se uma *Scoping Review* segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa efetuou-se nas bases de dados EBSCOhost e em literatura cinzenta. Incluíram-se estudos publicados entre 2020 e 2025, em português, inglês e espanhol, de acordo com os critérios da estratégia Participantes, Conceito e Contexto.

Resultados: Incluíram-se 10 fontes de evidência, onde se identificaram intervenções organizadas em categorias, nomeadamente avaliação clínica e monitorização terapêutica, intervenções psicoterapêuticas, relacionais e de regulação emocional, intervenções psicoeducativas e promotoras de saúde mental, intervenções de redução de riscos e minimização de danos, intervenções comunitárias e de continuidade de cuidados, e intervenções de reabilitação psicossocial e *recovery*.

Conclusão: A *Scoping Review* evidencia que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desenvolve intervenções diversificadas e integradas junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas, assumindo um papel relevante na relação terapêutica, continuidade de cuidados e promoção da recuperação física e mental.

Palavras-Chave: Perturbação por Uso de Substâncias, Enfermagem de Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica, Intervenções de Enfermagem, Utilizadores de Drogas.

2. Abstract

Background: Illicit substance use disorders constitute a major public health problem, associated with psychological suffering, social exclusion, and complex mental health needs (United Nations Office on Drugs and Crime, 2025). In this context, the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing plays a relevant role in the provision of specialised care.

Objectives: To map the interventions developed by the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing for individuals with illicit substance use disorder in community outreach settings.

Methodology: A Scoping Review was conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology. The search was carried out in the EBSCO-host databases and grey literature sources. Studies published between 2020 and 2025, in Portuguese, English, and Spanish, were included according to the Participants, Concept, and Context strategy criteria.

Results: Ten sources of evidence were included, in which interventions organised into categories were identified, namely clinical assessment and therapeutic monitoring; psychotherapeutic, relational, and emotional regulation interventions; psychoeducational and mental health promotion interventions; harm reduction and risk minimisation interventions; community and continuity of care interventions; and psychosocial rehabilitation and recovery interventions.

Conclusion: The Scoping Review demonstrates that the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing develops diverse and integrated interventions for individuals with illicit substance use disorder, assuming a relevant role in the therapeutic relationship, continuity of care, and the promotion of physical and mental recovery.

Keywords: Substance Use Disorder; Mental Health Nursing; Psychiatric Nursing; Nursing Interventions; People Who Use Drugs.

3. Enquadramento teórico

As substâncias psicoativas possuem propriedades com potencial de alterar o funcionamento cerebral e, por consequência, podem alterar o estado mental das pessoas que as usam (Barbosa et al., 2020). Existem diversos tipos de substâncias ilícitas como canabinóides, opióides, estimulantes ou alucinógenos. Ao interagirem com o sistema nervoso central, atuam sobretudo em recetores específicos e nos sistemas de neurotransmissores, modificando o funcionamento cerebral e provocando alterações na percepção, no humor, no estado de consciência, na cognição e no comportamento (Chiappini & Schifano, 2023).

Segundo o Instituto Nacional de Abuso de Drogas (2020), a dependência é definida como um transtorno crónico e recorrente, caracterizado pela procura e uso compulsivos de drogas, apesar das consequências adversas. É considerada um transtorno cerebral, pois envolve alterações funcionais nos circuitos cerebrais relacionados à recompensa, ao *stress* e ao autocontrolo. Essas alterações podem persistir por muito tempo após a pessoa ter interrompido o uso das substâncias.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2022, p. 546), “*a característica essencial de um transtorno por uso de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a usar a substância apesar de problemas significativos relacionados com a substância*”. Estes transtornos podem envolver diferentes classes de substâncias psicoativas, nomeadamente álcool, cannabis, opióides, estimulantes, alucinógenos, inalantes, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, estando associados a prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional e interpessoal.

De acordo com o Relatório Europeu sobre Drogas (2024), estima-se que, no último ano, cerca de meio milhão de cidadãos europeus tenham consumido substâncias ilícitas por via injetável. Este dado evidencia a dimensão da perturbação por uso de substâncias, a qual constitui, na atualidade, uma grave crise de saúde pública.

Globalmente, estima-se que 39,5 milhões de pessoas foram diagnosticadas com perturbações por uso de substâncias em 2021 (United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2023). Atualmente, as questões relacionadas com as substâncias ilícitas manifestam-se e agravam outros problemas políticos complexos, como o problema dos sem-abrigo, a gestão das perturbações psiquiátricas e a criminalidade juvenil (European Union Drugs Agency, 2025).

Além disso, na Europa, os utilizadores de substâncias ilícitas são um grupo de pessoas que está na iminência de ser socialmente excluído ou marginalizado, sendo frequentemente alvo de violência e estigma, o que pode ter repercussões diretas na saúde mental dos mesmos. (Houborg et al., 2025).

O estudo realizado por Heidari et al. (2024) destaca a importância do rastreio de perturbações mentais em pessoas que utilizam substâncias ilícitas por via injetável, bem como da garantia de acesso a cuidados integrados que articulem a intervenção em saúde mental e o tratamento do uso de substâncias. Os autores salientam ainda a relevância da avaliação da história de saúde mental no contexto das estratégias de redução de danos.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (2018) estabelece que o EEESMP detém competências especializadas no âmbito da promoção da saúde mental e da intervenção junto da pessoa com comportamentos aditivos e dependências. Neste contexto, o EEESMP tem um amplo e complexo conjunto de ações, nomeadamente promoção para a saúde, proteção de saúde e prevenção da perturbação mental, gestão de conflitos em comportamento abusivos relacionados com álcool e drogas, a implementação de programas de intervenção precoce, desenvolvimento de programas que evitem a exclusão social em comportamentos aditivos e situações de sem abrigo, orientação da pessoa no acesso a recursos comunitários, reabilitação da pessoa a nível psicossocial, abordando com sensibilidade e habilidade assuntos relacionados com o abuso de substâncias, comportamentos de risco, entre outros (Ordem do Enfermeiros, 2018).

Segundo Marques (2023), considerando a complexidade de gestão dos casos relacionados com abuso de substâncias, as intervenções de enfermagem em saúde mental, devem contemplar um conjunto de competências que potenciem a capacidade de trabalhar em equipas multidisciplinares e de comunicar de forma eficaz e assertiva, com os utentes e famílias, no sentido de facilitar a recuperação e reintegração do utente na sociedade.

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2030, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2023, de 26 de setembro, define diferentes níveis de cuidados que vão desde a prevenção à reabilitação e estabelece estratégias para a redução da prevalência de comportamentos aditivos e dependências, incluindo a promoção da saúde mental, a prevenção do uso de substâncias e a melhoria do acesso a cuidados de saúde mental (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

Em Portugal, a redução de riscos e minimização de danos foi operacionalizada no Decreto de Lei - DL nº 183/2001 de 21 de junho, através de um conjunto de estruturas sócio sanitárias, nomeadamente Centros de Acolhimento e Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes Sem Enquadramento Sociofamiliar e a criação de programas de troca de seringas e outro material de consumo, equipas de rua (com ou sem unidade móvel), programa de substituição em baixo limiar de exigência, salas de consumo assistido, entre outros.

A existência de estruturas de redução de riscos em Portugal evidencia a necessidade de profissionais qualificados capazes de lidar com a complexidade do uso de substâncias. No contexto da saúde mental, os EEESMP são essenciais nestas equipas pois as suas competências específicas integram os cuidados de saúde mental e física, a promoção de intervenções de baixo limiar, a orientação para serviços especializados, além de contribuírem para a reinserção social, garantindo que as políticas de minimização de danos sejam eficazes e centradas na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Considerando o estigma, a marginalização da pessoa com perturbação por uso de substâncias, a sua vulnerabilidade e o sofrimento psíquico

associado ao consumo de substâncias ilícitas, surge a necessidade de aprofundar a investigação no que diz respeito às intervenções do EEESMP junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas.

4. Questão de Investigação

O presente estudo tem como objetivo mapear as intervenções desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica dirigidas à pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas em contextos comunitários.

A definição da questão de investigação constitui uma etapa determinante na condução de uma *Scoping Review*, uma vez que orienta a delimitação dos critérios de elegibilidade, a construção da estratégia de pesquisa e o processo de síntese da evidência científica. De acordo com as orientações metodológicas da *Joanna Briggs Institute* (JBI), a formulação da questão deve assentar na estratégia PCC (Participantes, Conceito e Contexto), particularmente adequada à natureza exploratória e de mapeamento inerente a este tipo de revisão (Peters et al., 2024).

Na presente revisão, foram considerados os seguintes elementos estruturantes: Participantes (P) - pessoas adultas com perturbação por uso de substâncias ilícitas; Conceito (C) - intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; e Contexto (C) - contextos comunitários de proximidade, nomeadamente equipas de rua, unidades móveis e programas de redução de riscos e minimização de danos e salas de consumo vigiado.

Com base nesta estrutura, foi definida a seguinte questão de investigação: *Quais as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas em contextos comunitários-?*

5. Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com a questão de investigação e com os elementos estruturantes da estratégia PCC, recomendada pela metodologia do JBI para a realização de *Scoping Review* (Peters et al., 2024). A definição destes critérios teve como finalidade delimitar o âmbito da revisão, orientar a seleção dos estudos e assegurar a identificação de evidência científica relevante para a problemática em análise.

5.1. Participantes

Foram incluídos estudos dirigidos a pessoas adultas, com idade igual ou superior a 18 anos, com perturbação por uso de substâncias ilícitas. Consideraram-se elegíveis estudos envolvendo pessoas com padrões de consumo problemático, dependência ou perturbação associada ao uso de substâncias psicoativas ilícitas.

Foram excluídos estudos centrados exclusivamente no consumo de substâncias lícitas, nomeadamente álcool e tabaco, quando não associados ao consumo de substâncias ilícitas.

5.2. Conceito

A presente *Scoping Review* considerou estudos que abordassem intervenções desenvolvidas pelo EEESMP junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas, incluindo intervenções de enfermagem em saúde mental enquadráveis no âmbito da prática especializada.

5.3. Contexto

Foram considerados estudos desenvolvidos em contextos comunitários de proximidade dirigidos à pessoa com comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente equipas de rua, unidades móveis, centros de respostas integradas, programas de redução de riscos e minimização de danos,

salas de consumo vigiado e outras respostas comunitárias de acompanhamento, tratamento e suporte terapêutico.

Foram excluídos estudos realizados exclusivamente em contexto hospitalar, unidades de internamento ou outros contextos não comunitários.

5.4. Tipo de Fontes

Foram considerados estudos primários de natureza quantitativa, qualitativa e mista, bem como revisões da literatura relevantes para a temática em análise. Adicionalmente, foram incluídos documentos institucionais e literatura cinzenta considerados pertinentes para o mapeamento das intervenções do EEESMP em contextos comunitários de proximidade.

Foram incluídos estudos publicados em português, inglês e espanhol. Considerou-se um intervalo temporal correspondente aos últimos cinco anos, incluindo estudos publicados entre 2020 e 2025, com o objetivo de integrar evidência científica recente e alinhada com as atuais abordagens comunitárias na área dos comportamentos aditivos e dependências. Adicionalmente, a pesquisa foi limitada a documentos disponíveis em texto integral e de acesso gratuito, de forma a assegurar a acessibilidade e análise integral das fontes incluídas na revisão.

6. Metodologia

A presente *Scoping Review* foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo JBI para *Scoping Reviews* (Peters et al., 2024).

Com o objetivo de assegurar rigor metodológico, transparência e reprodutibilidade do processo de investigação, foi previamente elaborado um protocolo orientador da revisão, no qual foram definidos o objetivo do estudo, os critérios de inclusão, a estratégia de pesquisa e os procedimentos metodológicos a adotar ao longo do processo de revisão. O protocolo foi registado na plataforma *Open Science Framework*, com o título “*Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental Junto da Pessoa com Perturbação por uso de Substâncias Ilícitas em Contextos Comunitários: Protocolo de Scoping Review*”, encontrando-se disponível através do DOI: 10.17605/OSF.IO/V69QH.

A elaboração e apresentação da presente revisão seguiram igualmente as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Nos tópicos seguintes são descritas as diferentes etapas metodológicas que orientaram o desenvolvimento da revisão, nomeadamente a definição da estratégia de pesquisa, o processo de seleção dos estudos, a extração dos dados e análise dos resultados.

6.1. Estratégia de Pesquisa

Após a definição da questão de investigação e dos elementos estruturantes da estratégia PCC, procedeu-se à construção da estratégia de pesquisa bibliográfica. Para a identificação dos descritores controlados foi utilizado o *Medical Subject Headings* (MeSH Browser®), permitindo selecionar os termos mais adequados e ajustados à temática em estudo.

O quadro 1 apresenta os principais descritores MeSH controlados, descritores DeCS e termos livres utilizados na construção da estratégia de pesquisa, organizados de acordo com os elementos da estratégia PCC.

PCC	MeSH Terms	DeCS	Termos Livres
Participantes	Illicit Drugs; Street Drugs	Drogas Ilícitas; Drogas de Rua	illicit drug use; illegal drug*; street drug*; people who inject drugs; injection drug use.
Conceito	Harm Reduc- tion; Psychi- atric Nursing;	Redução do Dano; Enferma- gem Psiquiá- trica;	low-threshold; risk reduction; mental health nursing.
Contexto	Community Health Ser- vices; Out- reach Pro- grams	Serviços de Sa- úde Comunitária; Programas de Extensão Comu- nitária	mobile unit*; mobile clinic*; street outreach; drug con- sumption room*; supervised consumption site*; safe con- sumption site*; overdose pre- vention site*

Quadro 1 – Termos utilizados na construção da estratégia de pesquisa

Com base nos descritores controlados e termos livres previamente identificados, foram elaboradas as expressões booleanas utilizadas nas diferentes bases de dados, recorrendo aos operadores booleanos “AND” e “OR”, com o objetivo de relacionar os diferentes conceitos da questão de investigação e otimizar a sensibilidade e especificidade da pesquisa bibliográfica.

Na base de dados PubMed, a estratégia de pesquisa foi construída recorrendo a descritores do vocabulário controlado *MeSH Terms*, combinados com os termos livres e operadores booleanos.

Na pesquisa realizada através da plataforma EBSCOhost, disponibilizada pela Ordem dos Enfermeiros, tendo sido selecionadas as bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE*, *Academic Search Complete* e *MedicLatina*. A estratégia de pesquisa foi adaptada às especificidades da plataforma, recorrendo a descritores controlados do vocabulário *CINAHL Headings* (MH) e a termos livres (TX), igualmente combinados através de operadores booleanos.

No quadro 2 podemos verificar estratégias de pesquisa utilizadas nas diversas bases de dados.

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa
PubMed	("Illicit Drugs"[MeSH] OR "Street Drugs"[MeSH] OR "Injection Drug Use" OR "People Who Inject Drugs" OR "illicit drug use" OR "illegal drug*" OR "street drug*") AND ("Harm Reduction"[MeSH] OR "harm reduction" OR "low-threshold" OR "risk reduction") AND ("Community Health Services"[MeSH] OR "Outreach Programs"[MeSH] OR "mobile unit*" OR "mobile clinic*" OR "street outreach" OR "drug consumption room*" OR "supervised consumption site*" OR "safe consumption site*" OR "overdose prevention site*") AND (nurs* OR "mental health nursing" OR "psychiatric nursing").
EBSCOhost	(MH "Illicit Drugs+" OR MH "Injection Drug Users" OR TX "illicit drug*" OR TX "illegal drug*" OR TX "street drug*" OR TX "people who inject drugs") AND (MH "Harm Reduction" OR TX "harm reduction" OR TX "low threshold" OR TX "risk reduction") AND (MH "Community Health Services" OR MH "Outreach Programs" OR TX "mobile unit*" OR TX "mobile clinic*" OR TX "carrinha*" OR TX "equipa* de rua" OR TX "street outreach" OR TX "drug consumption room*" OR TX "supervised consumption site*" OR TX "sala* de consumo") AND (MH "Psychiatric Nursing" OR MH "Mental Health Nursing" OR TX nurs*).

Quadro 2 – Estratégias de pesquisa nas bases de dados

Em todas as bases de dados consultadas foram aplicados limitadores de pesquisa, nomeadamente o intervalo temporal compreendido entre 2020 e 2025 e os idiomas português, inglês e espanhol. As pesquisas nas diferentes bases de dados foram realizadas no dia 13 de janeiro de 2026.

Adicionalmente, foi realizada uma pesquisa em literatura cinzenta, nomeadamente no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

(RCAAP) e no motor de busca académico Google Scholar, com o objetivo de identificar documentos relevantes não indexados nas bases de dados científicas.

A estratégia de pesquisa no RCAAP foi adaptada às especificidades do motor de busca, considerando as limitações associadas ao processamento de expressões booleanas complexas e extensas.

Inicialmente, foram testadas estratégias de pesquisa mais abrangentes, com recurso de múltiplos sinónimos e combinações booleanas semelhantes às utilizadas nas bases de dados indexadas. Contudo, verificou-se a recuperação de um elevado número de resultados pouco relevantes, comprometendo a precisão da pesquisa e dificultando o processo de triagem.

Neste sentido, optou-se por uma abordagem metodologicamente mais simplificada, recorrendo a termos-chave centrais e operadores booleanos básicos, de forma a privilegiar a especificidade dos resultados e facilitar a identificação de documentos potencialmente relevantes para a revisão.

As pesquisas no RCAAP foram realizadas entre 25 e 27 de março de 2026. O quadro 3 apresenta as estratégias de pesquisa utilizadas.

Motor de Busca	Estratégia de Pesquisa
RCAAP 1ª pesquisa	“Enfermeiro Especialista” AND “saúde mental” substâncias OR ilícitas OR dependência
RCAAP 2ª pesquisa	“Enfermeiro Especialista” AND “saúde mental” AND dependência
RCAAP 3ª pesquisa	“Enfermeiro Especialista” AND “saúde mental” AND drogas
RCAAP 4ª pesquisa	“Enfermeiro Especialista” AND “saúde mental” AND toxicodependência
RCAAP 5ª pesquisa	“Enfermeiro Especialista” AND “saúde mental” AND "comportamentos aditivos"

Quadro 3 – Estratégias de pesquisa realizadas no RCAAP

De forma complementar, foi realizada pesquisa no Google Scholar, no dia 28 de março de 2026, com o objetivo de identificar literatura relevante não indexada nas bases de dados científicas consultadas, nomeadamente litera-

tura cinzenta. A pesquisa foi conduzida com recurso a combinações de palavras-chave alinhadas com a questão de investigação, seguindo uma abordagem complementar e não sistemática.

Atendendo às características das fontes de literatura cinzenta, não foi possível aplicar limitadores de pesquisa formais, tendo os critérios de inclusão e exclusão sido aplicados posteriormente durante a fase de triagem dos documentos identificados.

6.2. *Seleção dos Estudos*

O processo de seleção dos estudos foi conduzido de acordo com os procedimentos metodológicos previamente definidos no protocolo da revisão, garantindo consistência, transparência e rigor ao longo das diferentes etapas do processo de seleção.

Após a realização das pesquisas nas diferentes bases de dados e da identificação de documentos relevantes em fontes de literatura cinzenta, os resultados obtidos foram reunidos para posterior processo de seleção, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos.

Numa primeira fase, procedeu-se à remoção dos estudos duplicados através da plataforma *Rayyan Intelligent Systematic Review*. Posteriormente, os títulos e respetivos resumos foram analisados por dois revisores independentes, com o objetivo de avaliar a relevância e adequação dos estudos face à questão de investigação e aos critérios de elegibilidade previamente estabelecidos.

Os estudos potencialmente elegíveis foram posteriormente analisados em texto integral pelos mesmos revisores independentes, permitindo verificar o cumprimento dos critérios de inclusão definidos para a revisão. Sempre que os estudos não cumpriam os critérios estabelecidos ou não apresentavam informação relevante para o objeto de estudo, os mesmos foram excluídos, sendo os motivos de exclusão devidamente registados e fundamentados.

Adicionalmente, procedeu-se à análise das referências bibliográficas dos estudos selecionados, com o objetivo de identificar publicações potencialmente relevantes para inclusão na revisão. Os estudos identificados através deste processo foram submetidos às mesmas etapas de triagem, nomeadamente leitura de títulos, resumos e análise do texto integral.

As discordâncias entre os dois revisores foram resolvidas através de discussão e consenso entre os investigadores. Sempre que não foi possível alcançar consenso, recorreu-se à apreciação de um terceiro revisor independente.

O processo de seleção dos estudos foi realizado de forma sistemática e organizada, sendo posteriormente documentado através de um fluxograma elaborado de acordo com as recomendações do PRISMA-ScR, promovendo transparência, rigor metodológico e clareza na apresentação das diferentes etapas que estruturaram o processo de revisão (Tricco et al., 2018).

6.3. *Extração de Dados*

Após a seleção final dos estudos incluídos na *Scoping Review*, procedeu-se à extração dos dados considerados relevantes para responder à questão de investigação. Para esse efeito, foi elaborado um instrumento de extração de dados, baseado no modelo proposto pelo JBI, permitindo a recolha sistemática, organizada e padronizada da informação presente nos estudos selecionados.

Os dados extraídos incluíram informações relativas ao autor, ano de publicação, país de realização do estudo, tipo de estudo, participantes, contexto e intervenções descritas.

A informação recolhida foi posteriormente organizada de forma estruturada, constituindo a base para a análise, síntese e apresentação dos resultados.

6.4. *Análise dos Resultados*

Após a extração dos dados, procedeu-se à sua análise e organização com o objetivo de responder à questão de investigação definida. A análise foi realizada através de uma síntese narrativa, de acordo com as orientações do JBI, permitindo descrever, integrar e mapear a informação proveniente dos estudos incluídos (Peters et al., 2024).

Os dados foram organizados de forma descritiva, tendo por base os elementos definidos no instrumento de extração de dados e orientados pela questão de investigação.

A apresentação dos resultados foi realizada sob a forma de tabelas, complementadas por uma descrição narrativa que permitiu sintetizar os principais achados identificados nos estudos incluídos.

Os resultados analisados apresentaram natureza heterogénea, integrando dados empíricos, *outcomes* associados às intervenções e evidência de natureza populacional, de acordo com as características e tipologia das diferentes fontes incluídas na revisão.

7. Resultados

Neste tópico são apresentados os resultados obtidos através do processo de pesquisa, seleção e análise das fontes de evidência incluídas na presente *Scoping Review*.

Numa primeira fase, são descritos os resultados da pesquisa bibliográfica e o processo de seleção dos estudos, de acordo com as recomendações do PRISMA-ScR. Posteriormente, procede-se à caracterização das fontes de evidência incluídas e à apresentação das intervenções identificadas, com vista a responder à questão de investigação definida.

7.1. *Seleção das Fontes de Evidência*

A aplicação das estratégias de pesquisa nas diferentes bases de dados científicas e fontes de literatura cinzenta permitiu identificar inicialmente 1047 registos, provenientes das bases de dados eletrónicas EBSCOhost e PubMed, bem como de fontes de literatura cinzenta.

O processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão das fontes de evidência encontra-se representado na Figura 1, através do fluxograma PRISMA-ScR.

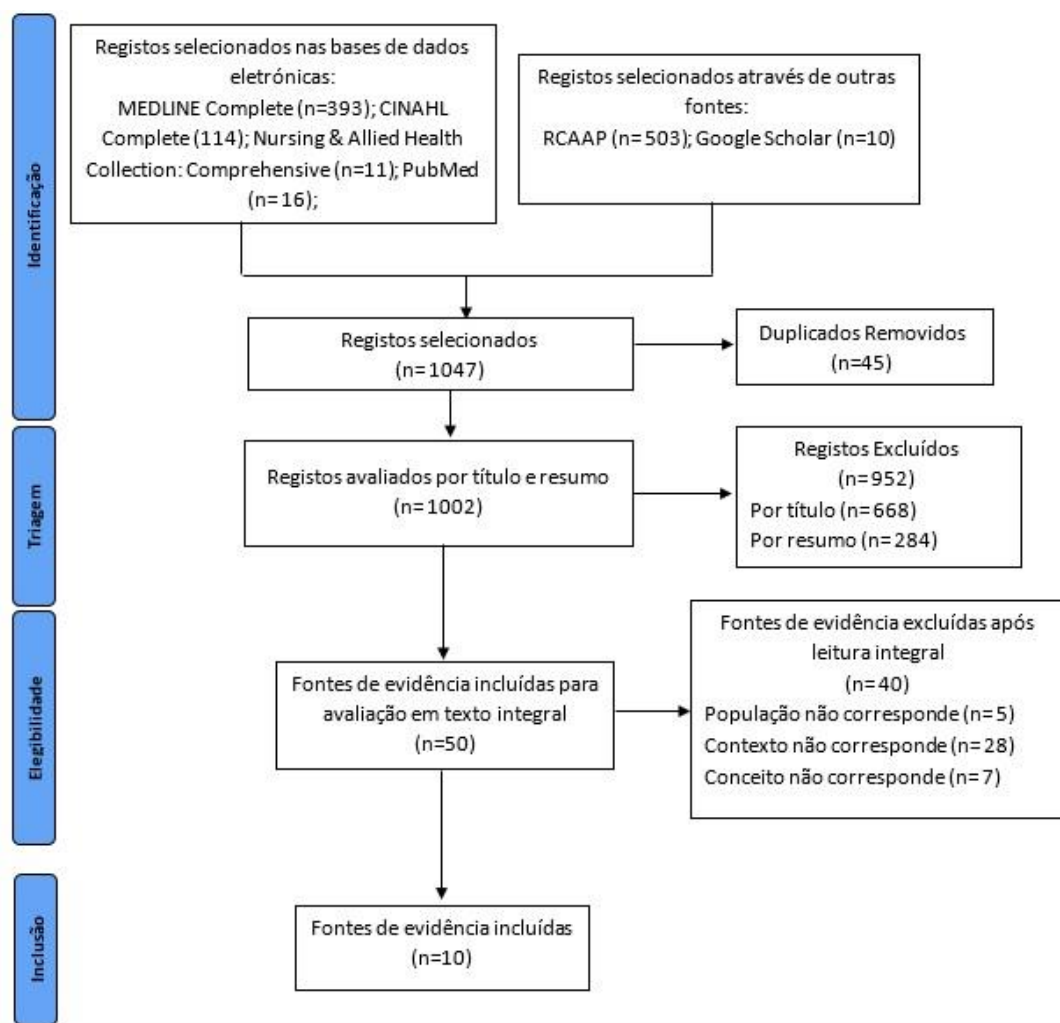


Figura 1 - Fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção das fontes de evidência

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos, foram incluídas 10 fontes de evidência na presente *Scoping Review*.

7.2. Caracterização das Fontes de Evidência Incluídas

As principais características das fontes de evidência incluídas na presente *Scoping Review* encontram-se sistematizadas no Quadro 4, incluindo informações relativas ao autor, ano de publicação, país de realização do estudo, tipologia metodológica e contexto das intervenções desenvolvidas.

Có- digo	Autor	Ano	Pais	Tipo De Es- tudo	Objetivo Do Estudo	Contexto
<i>E1</i>	Rafael Clua García	2021	Espanha	Estudo qualita- tivo etnográ- fico	Analisar os cuidados de enfermagem desenvolvidos em salas de consumo higiénico e identificar de promoção da saúde dirigidas a pessoas que usam substâncias ilícitas.	Salas de consumo higiénico (fixas e móveis) – Redução de danos
<i>E2</i>	Brayden Ka- meg	2025	Estados Unidos da Améri- ca	Revisão Nar- rativa	Apresentar abordagens teóricas e das intervenções de redução de danos aplicáveis à prática da enferma- gem em saúde mental psiquiátrica	Comunitário (programas de troca de seringas, salas de consumo supervisionado, etc.)
<i>E3</i>	Correlation – European Harm Reduc- tion Network	2023	Europa	Relatório Téc- nico Instituci- onal	Descrever e analisar o funciona- mento e impacto das salas de con- sumo supervisionado na redução de riscos associados ao consumo de substâncias.	Contextos comunitários de proximidade
<i>E4</i>	Harm Reduc- tion Internatio- nal	2021	Europa Ociden- tal	Relatório de Monitorização Internacional	Analisar a disponibilidade e imple- mentação de serviços de redução de danos	Contextos comunitários e de baixo li- miar (equipas de rua, programas de troca de seringas, salas de consumo, tratamento comunitário)

E5	Mafalda de Sousa Baptista	2024	Portugal	Relatório académico de natureza reflexiva	Desenvolver e implementar intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica dirigidas à promoção de estilos de vida saudáveis e ao autocontrolo da ansiedade, em contexto de cuidados diferenciados.	Comunitário (Cuidados diferenciados)
E6	Andreia Jeremias Flório	2024	Portugal	Relatório académico de natureza reflexiva	Capacitar pessoas com comportamentos aditivos e dependências para a redução do estigma internalizado e promoção da autoestima.	Comunitário (Equipa de Tratamento)
E7	Mariana Almeida Cruz	2025	Portugal	Relatório académico de natureza reflexiva	Desenvolver e implementar intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica dirigidas à pessoa com comportamentos aditivos e dependências.	Comunitário (Equipa de Tratamento)
E8	WHO; UNODC	2020	Internacional	Documento Normativo/Institucional	Estabelecer padrões internacionais para a organização e implementação de intervenções dirigidas a pessoas com perturbações por uso de substâncias.	Comunitário e Ambulatório

E9	Raquel Patrícia Alves do Couto Bessa	2024	Portugal	Dissertação de Mestrado	Desenvolver intervenções especializadas de enfermagem dirigidas à pessoa com perturbação por uso de substâncias, com foco na redução/cessação do consumo e na promoção da mudança comportamental.	Comunitário (Equipa de Tratamento)
E10	Ana Filipa Rodrigues Monteiro	2025	Portugal	Dissertação de Mestrado	Promover a regulação emocional e o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> através de intervenção psicoterapêutica individual.	Comunitário (Equipa de Tratamento)

Quadro 4 - Caracterização dos Estudos

7.3. Intervenções Identificadas

Após a caracterização das fontes de evidência incluídas, procedeu-se à análise das intervenções descritas nos diferentes estudos, com o objetivo de identificar, mapear e sistematizar as principais estratégias de intervenção desenvolvidas no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica dirigidas à pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas em contexto comunitário.

Com o objetivo de facilitar a análise, interpretação e sistematização das intervenções identificadas nas diferentes fontes de evidência, procedeu-se à sua categorização de acordo com a natureza, finalidade e dimensão da intervenção especializada do EEESMP. O Quadro 5 apresenta a organização das intervenções identificadas, agrupadas segundo a sua tipologia e objetivo terapêutico.

Categorias de Intervenção do EEESMP	Intervenções Identificadas	Identificação da Fonte
Avaliação Clínica e Monitorização Terapêutica	• Avaliação do estado mental e monitorização comportamental; • Avaliação do padrão de consumo de substâncias e monitorização da evolução clínica; • Avaliação do risco suicidário, risco de overdose e outras situações de vulnerabilidade psicossocial; • Aplicação de instrumentos validados de avaliação clínica e funcional; • Identificação precoce de situações de risco associadas ao consumo de substâncias ilícitas; • Monitorização clínica em programas de terapêutica de substituição opiácea.	E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10

Intervenções Psicoterapêuticas, Relacionais e de Regulação Emocional	• Implementação de intervenções psicoterapêuticas breves e individualizadas; • Entrevista motivacional enquanto estratégia promotora da mudança comportamental; • Estabelecimento de relação terapêutica baseada na proximidade, confiança e suporte emocional; • Relação de ajuda, escuta ativa e suporte emocional; • Facilitação da expressão emocional e verbalização de sentimentos; • Reestruturação cognitiva e comportamental; • Aplicação de técnicas de relaxamento, gestão emocional e promoção da autorregulação.	E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10
Intervenções Psicoeducativas e Promotoras de Saúde Mental	• Educação para práticas de consumo mais seguro, incluindo ensino sobre redução de riscos associados ao consumo, prevenção de overdose e utilização de material esterilizado; • Desenvolvimento de intervenções psicoeducativas dirigidas à promoção da saúde mental, gestão da ansiedade, higiene do sono, controlo da dor e adoção de estilos de vida saudáveis; • Implementação de intervenções psicoeducativas orientadas para a identificação e desconstrução do estigma internalizado, promoção da autoestima e fortalecimento do autoconceito;	E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E10

	• Ensino e treino de estratégias não farmacológicas para gestão do sofrimento psicológico, ansiedade, impulsividade e regulação emocional; • Desenvolvimento de intervenções promotoras do autocuidado, adesão terapêutica e participação ativa da pessoa no seu processo terapêutico; • Capacitação da pessoa para a identificação de sinais de agravamento clínico e adoção de estratégias adaptativas de gestão da saúde mental; • Promoção de competências de literacia em saúde e tomada de decisão informada relativamente ao consumo de substâncias e autocuidado; • Implementação de estratégias promotoras de estilos de vida saudáveis, incluindo atividade física, enquanto intervenção não farmacológica promotora de saúde mental, regulação emocional e bem-estar psicológico.	
Redução de Riscos e Minimização de Danos	• Supervisão terapêutica e monitorização clínica em dispositivos de consumo supervisionado, com vigilância do estado físico e mental da pessoa durante o consumo; • Intervenções em programas de troca de seringas, incluindo disponibilização de material esterilizado e educação para práticas de consumo mais seguro; • Implementação de intervenções dirigidas à prevenção, identificação e atuação precoce em situações de overdose;	E1, E2, E3, E4, E8, E9

	• Monitorização clínica e acompanhamento terapêutico da pessoa integrada em programas de terapêutica de substituição opiácea; • Desenvolvimento de intervenções promotoras da adesão terapêutica e gestão do regime terapêutico em programas de substituição opiácea; • Intervenção comunitária de proximidade (<i>outreach</i>) dirigida a populações em situação de vulnerabilidade psicossocial e exclusão social; • Implementação de estratégias de prevenção de infeções transmissíveis associadas ao consumo de substâncias, incluindo promoção de rastreios em saúde; • Desenvolvimento de intervenções de aconselhamento e educação para a saúde no âmbito do VIH e VHC, orientadas para a adoção de comportamentos preventivos e redução de riscos associados ao consumo.	
Intervenções Comunitárias de Proximidade e Continuidade de Cuidados	• Encaminhamento da pessoa para serviços de saúde, respostas sociais e estruturas comunitárias de apoio; • Articulação com redes comunitárias, equipas multidisciplinares, serviços especializados e recursos comunitários; • Acompanhamento terapêutico continuado em contexto comunitário; • Gestão de caso em contexto de acompanhamento comunitário;	E1, E3, E4, E7, E8, E9, E10

	• Referenciação para avaliação médica especializada e outros recursos diferenciados; • Realização de intervenções de proximidade em contexto comunitário e equipas de tratamento; • Facilitação do acesso da pessoa aos serviços de saúde e estruturas comunitárias; • Acompanhamento comunitário de pessoas em situação de vulnerabilidade psicossocial; • Participação em equipas multidisciplinares e redes de intervenção comunitária; • Prestação de apoio psicossocial em contexto comunitário.	
Reabilitação Psicossocial e Processos de <i>Recovery</i>	• Desenvolvimento de intervenções promotoras da autonomia e capacitação da pessoa em contexto terapêutico; • Implementação de intervenções dirigidas ao desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>, autorregulação emocional e tomada de decisão; • Facilitação de processos de autoconhecimento, reflexão emocional e desenvolvimento pessoal; • Prestação de apoio psicossocial contínuo e suporte terapêutico em contexto comunitário; • Desenvolvimento de intervenções promotoras da participação da pessoa no processo terapêutico e na definição dos seus objetivos de saúde;	E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10

	• Implementação de intervenções orientadas para a reintegração social e inclusão comunitária da pessoa; • Desenvolvimento de estratégias promotoras de recuperação psicossocial (<i>recovery</i>) em contexto comunitário; • Desenvolvimento de competências pessoais, sociais e adaptativas facilitadoras do processo de recuperação; • Promoção do envolvimento da pessoa nas atividades terapêuticas e comunitárias; • Apoio à reorganização do projeto de vida e fortalecimento das competências de adaptação psicossocial.	
--	---	--

Quadro 5 - Categorização das Intervenções do EEESMP

8. Discussão

A presente *Scoping Review* permitiu compreender que as intervenções desenvolvidas pelo EEESMP, em contexto comunitário, junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas, assentam numa abordagem integrada, relacional e centrada na pessoa. De forma transversal, os resultados evidenciam práticas orientadas para a proximidade terapêutica, continuidade de cuidados, redução de riscos e minimização de danos, promoção da saúde mental e recuperação psicossocial, enquadrando-se nos atuais paradigmas da saúde mental comunitária e nas recomendações internacionais dirigidas à intervenção em comportamentos aditivos e dependências (WHO, 2021; WHO & UNODC, 2020).

Os estudos analisados demonstram que a avaliação clínica e a monitorização terapêutica constituem dimensões estruturantes da intervenção do EEESMP. A avaliação do estado mental, monitorização do padrão de consumo, identificação precoce de situações de risco e acompanhamento clínico em programas de terapêutica de substituição opiácea surgem descritos de forma consistente nas diferentes fontes analisadas. Estes resultados assumem particular relevância considerando que as perturbações por uso de substâncias se associam frequentemente a comorbilidade psiquiátrica, sofrimento psicológico significativo e maior vulnerabilidade psicossocial (American Psychiatric Association, 2022; Seabra et al., 2021). Neste contexto, a vigilância clínica contínua parece assumir relevância na deteção precoce de agravamento clínico, prevenção de complicações e adequação das respostas terapêuticas às necessidades da pessoa.

No âmbito dos programas de terapêutica de substituição opiácea, os resultados evidenciam intervenções relacionadas com monitorização clínica, gestão terapêutica e promoção da adesão ao tratamento. A literatura demonstra que estes programas se associam à redução da mortalidade, diminuição do consumo ilícito e melhoria da estabilidade psicossocial (Santo et al., 2021), sugerindo que o EEESMP poderá desempenhar um papel relevante na conti-

nuidade de cuidados e acompanhamento terapêutico. Contudo, as fontes incluídas não permitem compreender de forma concreta o impacto específico destas intervenções quando desenvolvidas pelo EEESMP, verificando-se frequentemente descrições centradas na intervenção da equipa multidisciplinar de forma global.

Paralelamente, as intervenções psicoterapêuticas, relacionais e de regulação emocional surgem como dimensões fortemente associadas à prática especializada em saúde mental. A evidência identificada aponta para a utilização de entrevista motivacional, intervenções psicoterapêuticas breves, relação terapêutica, escuta ativa, facilitação da expressão emocional, reestruturação cognitiva e estratégias de autorregulação emocional. A literatura reconhece a relação terapêutica como elemento central da intervenção em saúde mental, particularmente junto de pessoas frequentemente expostas a contextos de exclusão social, vulnerabilidade e estigma (Adams et al., 2020; Coelho et al., 2024). Neste sentido, o estabelecimento de uma relação baseada na confiança, empatia e ausência de julgamento parece favorecer maior envolvimento terapêutico, adesão aos cuidados e participação ativa da pessoa no processo terapêutico.

A entrevista motivacional surge igualmente alinhada com a literatura enquanto estratégia promotora da mudança comportamental e diminuição da ambivalência relativamente ao tratamento (Beck et al., 2024; Miller & Rollnick, 2013). De igual modo, as intervenções dirigidas à gestão emocional e reestruturação cognitiva parecem assumir relevância considerando a associação frequentemente descrita entre consumo de substâncias, sofrimento psicológico e dificuldades de regulação emocional (Lucas-Guerra et al., 2024). Os resultados sugerem que estas intervenções poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias adaptativas de gestão emocional, prevenção da recaída e reforço da estabilidade psicológica. Contudo, as fontes analisadas descrevem estas intervenções de forma pouco detalhada, dificultando a compreensão dos modelos teóricos utilizados e do contributo específico do EEESMP na sua implementação.

As intervenções psicoeducativas e promotoras de saúde mental evidenciam igualmente uma abordagem holística da prática especializada, integrando dimensões relacionadas com saúde mental, autocuidado, estilos de vida saudáveis e literacia em saúde. Os estudos descrevem intervenções relacionadas com educação para práticas de consumo mais seguro, gestão da ansiedade, higiene do sono, ensino de estratégias não farmacológicas, promoção da atividade física e desenvolvimento de competências de autocuidado. A literatura reconhece a psicoeducação como estratégia relevante na promoção da literacia em saúde, fortalecimento das competências pessoais e adesão terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Seabra et al., 2021), sugerindo que o EEESMP poderá assumir um papel importante no desenvolvimento de competências da pessoa para a gestão da sua condição de saúde.

A educação para práticas de consumo mais seguro assume particular relevância no contexto das estratégias de redução de riscos e minimização de danos. A evidência científica sugere que intervenções educativas orientadas para a redução de comportamentos de risco podem contribuir para a prevenção de complicações associadas ao consumo, redução da transmissão de infeções e melhoria do acesso aos cuidados de saúde (Taylor et al., 2021; WHO & UNODC, 2020). Neste contexto, o EEESMP poderá contribuir para a adoção de práticas de menor risco e para o fortalecimento da literacia em saúde da pessoa.

As intervenções comunitárias de proximidade e continuidade de cuidados evidenciam igualmente a importância do EEESMP na articulação entre serviços, acompanhamento terapêutico continuado e facilitação do acesso da pessoa aos recursos de saúde e apoio social. Estas intervenções encontram-se alinhadas com os modelos de saúde mental comunitária, que valorizam a continuidade de cuidados, a proximidade terapêutica e a integração da pessoa nos recursos da comunidade (WHO, 2021). Neste contexto, o EEESMP poderá assumir um papel relevante na promoção da acessibilidade aos cuidados, redução da vulnerabilidade psicossocial e fortalecimento do suporte comunitário.

As intervenções dirigidas à reabilitação psicossocial e aos processos de *recovery* reforçam uma abordagem centrada na autonomia, participação ativa e inclusão social da pessoa. A literatura reconhece os modelos orientados para o *recovery* enquanto abordagens centradas na autodeterminação, esperança e reconstrução de projetos de vida significativos, ultrapassando perspectivas exclusivamente centradas na abstinência (Jørgensen et al., 2022; WHO, 2021). Neste sentido, o EEESMP poderá contribuir para o fortalecimento das competências adaptativas da pessoa, promoção da inclusão comunitária e desenvolvimento de processos de recuperação psicossocial.

De forma global, os resultados desta *Scoping Review* evidenciam que o EEESMP desenvolve intervenções diversificadas e alinhadas com uma abordagem holística, comunitária e centrada na pessoa. Contudo, as fontes incluídas apresentam maioritariamente natureza descritiva, dificultando a compreensão do impacto específico destas intervenções nos resultados clínicos, psicossociais e funcionais da pessoa. Acresce ainda a limitada produção científica dirigida especificamente ao papel do EEESMP junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas, particularmente em contexto nacional, reforçando a necessidade de desenvolvimento de investigação futura com maior robustez metodológica.

Relativamente às implicações para a prática, os resultados sugerem a importância do reforço de competências especializadas do EEESMP na área da saúde mental comunitária, redução de danos, *recovery* e continuidade de cuidados. Simultaneamente, evidenciam a necessidade de desenvolvimento de modelos comunitários integrados, orientações de boas práticas e maior investimento na formação e investigação nesta área. Apesar das limitações inerentes à natureza metodológica da *Scoping Review* e da heterogeneidade das fontes incluídas, considera-se que este estudo permitiu mapear intervenções relevantes do EEESMP e identificar lacunas importantes para investigação futura.

9. Conclusão

As perturbações por uso de substâncias ilícitas constituem uma problemática complexa e multidimensional, frequentemente associada a sofrimento psicológico, vulnerabilidade social, estigma e elevada prevalência de comorbilidade psiquiátrica, exigindo respostas terapêuticas integradas e especializadas. Neste contexto, o EEESMP assume um papel relevante na prestação de cuidados à pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas, integrando dimensões relacionais, psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais na sua intervenção.

A presente *Scoping Review* permitiu mapear as intervenções do EEESMP identificadas na literatura junto desta população, evidenciando uma prática especializada assente numa abordagem integrada, relacional e centrada na pessoa. Os resultados destacam a centralidade da relação terapêutica como elemento nuclear da intervenção, particularmente em contextos marcados por ambivalência, exclusão social e trajetórias prolongadas de consumo. Paralelamente, evidenciaram-se intervenções relacionadas com entrevista motivacional, psicoeducação, monitorização clínica, promoção da adesão terapêutica, redução de riscos e minimização de danos, gestão de caso e reabilitação psicossocial.

A análise da evidência sugere que a intervenção do EEESMP ultrapassa dimensões exclusivamente biomédicas, assumindo um papel relevante na articulação interdisciplinar, continuidade de cuidados e promoção da recuperação centrada na pessoa. Neste contexto, as estratégias de redução de danos e promoção da adesão terapêutica revelaram-se particularmente relevantes na manutenção do vínculo aos cuidados e minimização das consequências associadas ao consumo de substâncias.

Apesar da diversidade de intervenções identificadas, verificou-se que a literatura permanece limitada no que respeita à descrição específica das intervenções autónomas do EEESMP junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas. Grande parte dos estudos integra a enfermagem

em abordagens multidisciplinares pouco diferenciadas, dificultando a clarificação do contributo específico da prática especializada em saúde mental e psiquiátrica.

Esta *Scoping Review* contribui para a sistematização do conhecimento existente nesta área, reforçando a relevância da especialidade na resposta a necessidades complexas em saúde mental e comportamentos aditivos. Simultaneamente, os resultados obtidos evidenciam a necessidade de desenvolvimento de investigação futura dirigida à avaliação dos ganhos em saúde associados às intervenções especializadas do EEESMP, particularmente no âmbito das intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e comunitárias.

Em síntese, o EEESMP emerge como elemento diferenciador na construção de respostas terapêuticas humanizadas, integradas e centradas na recuperação da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas. O investimento na valorização, visibilidade e investigação da prática especializada em saúde mental e psiquiátrica revela-se fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nesta área de elevada complexidade.

10. Considerações Éticas

Tratando-se de uma *Scoping Review*, o presente estudo não envolveu contacto direto com participantes nem recolha de dados primários, pelo que não foi necessária a submissão a comissão de ética para aprovação formal.

Contudo, foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação científica, nomeadamente no que respeita ao rigor metodológico, utilização criteriosa das fontes consultadas e adequada referência dos autores, assegurando o cumprimento dos direitos de autor, integridade científica e transparência na apresentação dos resultados.

Declara-se, ainda, a inexistência de conflitos de interesse associados à realização do presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional representa a conclusão de um percurso académico e formativo de particular relevância no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro EEESMP, bem como no processo de crescimento pessoal e profissional. A diversidade dos diferentes contextos de ensino clínico possibilitou a vivência de experiências exigentes e enriquecedoras, favorecendo uma compreensão mais abrangente da complexidade da doença mental, do sofrimento psicológico e das necessidades da pessoa ao longo do seu processo de recuperação.

Ao longo deste percurso, tornou-se evidente a relevância da relação terapêutica enquanto elemento central da prática do EEESMP. Estratégias como a escuta ativa, empatia, comunicação terapêutica e adaptação das intervenções à singularidade de cada pessoa revelaram-se fundamentais na construção de uma relação de confiança, promoção do envolvimento terapêutico e adesão ao tratamento.

Nos diferentes contextos de estágio foi igualmente possível desenvolver competências relacionadas com gestão emocional, tomada de decisão clínica e reflexão crítica, evidenciando a importância do autoconhecimento na prática especializada em saúde mental. A gestão de situações complexas e emocionalmente exigentes favoreceu uma maior consciencialização acerca do impacto das próprias emoções, atitudes e experiências na relação terapêutica e na qualidade dos cuidados prestados.

Importa salientar que nem todas as intervenções inicialmente previstas foram concretizadas da forma antecipada. Contudo, estas limitações constituíram oportunidades significativas de aprendizagem, reforçando a importância da flexibilidade, capacidade de adaptação e adequação das intervenções às necessidades individuais da pessoa e às especificidades de cada contexto clínico. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento de uma prática mais reflexiva, crítica e centrada na pessoa.

Relativamente à componente de investigação, esta assumiu um papel relevante ao longo do percurso académico, evidenciando a importância da prática baseada na evidência e favorecendo uma compreensão mais aprofundada acerca das intervenções do EEESMP junto da pessoa com perturbação por uso de substâncias ilícitas. A realização da presente *Scoping Review* possibilitou a articulação entre os conhecimentos teóricos e as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio, permitindo uma análise mais crítica, fundamentada e integrada da intervenção especializada nesta área.

Assim, este percurso contribuiu para a consolidação de competências técnicas, científicas, éticas e relacionais essenciais à prática especializada em saúde mental e psiquiátrica, favorecendo o desenvolvimento de uma prática clínica mais reflexiva, humanizada e individualizada. A conclusão desta etapa representa não apenas um requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, mas também um processo profundamente significativo de crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J. M., & Volkow, N. D. (2020). *Ethical imperatives to overcome stigma against people with substance use disorders*. *AMA Journal of Ethics*, 22(8), E702–E708. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.702>
- Adams, M., Sionean, C., Broz, D., Lewis, R., & Wejnert, C.; NHBS Study Group. (2020). *Serious mental illness among young people who inject drugs: An assessment of injection risks and healthcare use*. *The Journal of Infectious Diseases*, 222(Suppl 5), S401–S409. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa238>
- Al-Hawaiti, M. R., Sharif, L., & Elsayes, H. (2025). *Assertiveness in nursing: A systematic review of its role and impact in healthcare settings*. *Nursing Reports*, 15(3), 102. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030102>
- Amaral, A. C. (2022). Observação e avaliação inicial em saúde mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 84–85). Lidel.
- American Nurses Association. (2023). *Nurse–patient relationship: The importance of trust*. <https://www.nursingworld.org/content-hub/resources/becoming-a-nurse/nurse-patient-relationship-trust/>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Amorim-Lopes, M., Cruz-Gomes, S., Doldi, E., & Almada-Lobo, B. (2025). *From policy to practice: Rolling out the clinical nurse specialist role in Portugal*. *Health Policy*, 155, 105308. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105308>
- Arubuolawe, O. O., Folorunsho, I. L., Busari, A. K., et al. (2024). Combination of transcranial magnetic stimulation and ketamine in treatment-resistant depression: A systematic review. *Cureus*, 16(7), e64712. <https://doi.org/10.7759/cureus.64712>

- Assembleia da República. (2018). *Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto: Estabelece o regime do maior acompanhado, procedendo à revisão do regime jurídico da tutela e da curatela. Diário da República: 1.ª série*, (157). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/49-2018-116043536>
- Aydogdu, A. L. F. (2023). *Competência emocional na área de enfermagem. Revista Ciências da Saúde Nova Esperança*, 20(2), 141–147. <https://revistanovaesperanca.com.br/index.php/revistane/article/view/738>
- Barbosa, L. N. F., Asfora, G. C. A., & Moura, M. C. de. (2020). Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 16(1), 1-8. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.155334>
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2019). *Principles of Biomedical Ethics: Marking its fortieth anniversary. The American Journal of Bioethics*, 19(11), 9-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
- Beck, A. K., Baker, A. L., Britton, B., Lum, A., Pohlman, S., Forbes, E., Moore, L., Barnoth, D., Perkes, S. J., Oldmeadow, C., & Carter, G. (2024). *Adapted motivational interviewing for brief healthcare consultations: A systematic review and meta-analysis of treatment fidelity in real-world evaluations of behaviour change counselling. British Journal of Health Psychology*, 29(2), 389–417. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12664>
- Biswal, B., Gandhi, Y., Singla, D. R., Velleman, R., Zhou, B., Fernandes, L., Patel, V., Prina, M., Sequeira, M., Garg, A., Bhatia, U., & Nadkarni, A. (2024). Interventions for improving adherence to psychological treatments for common mental disorders: a systematic review. *Global mental health (Cambridge, England)*, 11, e83. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.94>
- Brillon, P., Dewar, M., Lapointe, V., Paradis, A., & Philippe, F. L. (2025). *Emotion regulation and compassion fatigue in mental health professionals*

in a context of stress: A longitudinal study. PLOS Mental Health, 2(2), e0000187. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000187>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2016). *Nursing interventions classification (NIC)* (6th ed.). Elsevier.

Cabral, A. M., Carreira, I. V., Carreira, I. M., Gil, M. T., Silva, M. dos S. ., Correia, L. I., & Amaral, O. (2021). Nurses' interventions in families with individuals with additive alcohol behaviors. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(9e), 73–79. <https://doi.org/10.29352/mill029e.24788>

Cattani, A. N., Ronsani, A. P. V., Welter, L. dos S., Mello, A. de L., Siqueira, D. F. de, & Terra, M. G. (2020). Família que convive com pessoa com transtorno mental: genograma e ecomapa. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 10, e6. <https://doi.org/10.5902/2179769236517>

Chiappini, S., & Schifano, F. (2023). An Update on Psychoactive Substances: Pharmacology and Toxicology Issues. *Pharmaceuticals*, 16(8), 1177. <https://doi.org/10.3390/ph16081177>

Coelho, J., Poyato, A., Merino, J., Sequeira, C., & Sampaio, F. (2024). *Perspectives of adult patients with mental health disorders on the relationship with nurses: A focus group study. BMC Nursing*, 23, 28. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01663-5>

Cuijpers P. (2019). Targets and outcomes of psychotherapies for mental disorders: an overview. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(3), 276–285. <https://doi.org/10.1002/wps.20661>

De Pinho, L. M. G., Sequeira, C. A. D. C., Sampaio, F. M. C., Rocha, N. B., Ozaslan, Z., & Ferre-Grau, C. (2021). *Assessing the efficacy and feasibility of providing metacognitive training for patients with schizophrenia by mental health nurses: A randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 999–1012. <https://doi.org/10.1111/jan.14627>

- Del Giacco, L., Anguera, M. T., & Salcuni, S. (2020). The Action of Verbal and Non-verbal Communication in the Therapeutic Alliance Construction: A Mixed Methods Approach to Assess the Initial Interactions With Depressed Patients. *Frontiers in psychology*, 11, 234. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00234>
- Douaihy, A., Kelly, T. M., Gold, M. A., D'Alesio, M., Kelly, T. M., & Douaihy, A. (2023). Ambivalence, decisional balance, and equipoise. In *Motivational interviewing: A guide for medical trainees* (pp. 62–77). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780197583876.003.0004>
- European Union Drugs Agency. (2024). *European drug report 2024: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024_en
- European Union Drugs Agency. (2025). *European drug report 2025: Trends and developments*. Publications Office of the European Union. https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2025_en
- Fluyau, D., Cook, S. C., Chima, A., Kailasam, V. K., & Revadigar, N. (2021). Pharmacological management of psychoactive substance withdrawal syndrome. *CNS Drugs*, 35(10), 1099–1122. <https://doi.org/10.1007/s40267-021-00874-7>
- Gagliano, A., Costanza, C., Bazzoni, M., Falcioni, L., Rizzi, M., Scaffidi Abbate, C., Vetri, L., Roccella, M., Guglielmi, M., Livio, F., Ingrassia, M., & Benedetto, L. (2023). *Effectiveness of an educational filmmaking project in promoting the psychological well-being of adolescents with emotive/behavioural problems*. *Healthcare*, 11(12), 1695. <https://doi.org/10.3390/healthcare11121695>
- Garriga, M., et al. (2024). *Agitation: Neurobiology and current management guidelines*. *American Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2024.11.068>

- Ghosh, M., O'Connell, B., Nguyen, H. T., Coventry, L., Towell-Barnard, A., Gallagher, O., Gullick, K., Gent, L., & Saunders, R. (2025). Patient and Family Involvement in Nursing Bedside Handover: A Qualitative Descriptive Study of Consumer Perceptions of Nursing Care. *Nursing Reports*, 15(2), 51. <https://doi.org/10.3390/nursrep15020051>
- Gonçalves, A., Pereira, F., & Sequeira, C. (2020). *Processo de enfermagem: Da teoria à prática*. Lusodidacta.
- Hansen, B., Pedersen, H., Brandt, Å., & Berring, L. (2023). Creative activities as intervention: experiences of well-being and satisfaction with daily living in a mental health context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77, 788 - 798. <https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2253236>
- Harley, J. (2024). *Developing self-awareness for effective nurse leadership*. *Nursing Management*. <https://doi.org/10.7748/nm.2024.e2124>
- Haver, A., Caputi, L., & Akerjordet, K. (2025). *Enhancing emotional intelligence and mental well-being for stress management in nursing education: A qualitative study*. *BMC Nursing*, 24(1), 121. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03338-9>
- Heidari, O., Winiker, A., Dangerfield, D. T., II, Wenzel, J., Rodney, T., Mehta, S., & Genberg, B. (2024). *Understanding healthcare engagement for people who inject drugs*. *Research in Nursing & Health*, 47(2), 123–135. <https://doi.org/10.1002/nur.22355>
- Hoff, C., Nissen-Lie, H., & Strømme, H. (2024). *Learning from embodied tension: A naturalistic multimodal single case study of nonverbal expressions and interactions in a psychotherapy training process*. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy*, 14, 44–61. <https://doi.org/10.24377/EJQRP.article3102>
- Houborg, E., Brummer, J. E., Christensen, L., Kappel, N., Kronbæk, M., Fahnøe, K. R., & Johansen, K. S. (2025). Violence and drug scene participation: Violent victimization among marginalized people who use

- drugs in Copenhagen, Denmark. *Nordic Journal of Criminology*, 26(1), 1–22. <https://doi.org/10.18261/njc.26.1.8>
- Jiang, L., Alizadeh, F., & Cui, W. (2023). *Effectiveness of drama-based intervention in improving mental health and well-being: A systematic review and meta-analysis during the COVID-19 pandemic and post-pandemic period*. *Healthcare*, 11(6), 839. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060839>
- Jørgensen, K., Hansen, M., & Karlsson, B. (2022). *Recovery-oriented practices in a mental health centre for citizens experiencing serious mental issues and substance use: As perceived by healthcare professionals*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10294. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610294>
- Kamyab, A., Bijani, M., Jormand, H., Afzali Harsini, P., & Khani Jeihooni, A. (2024). *Education based on the theory of planned behavior to improve medication regimen adherence, hope and marital quality in patients with substance use disorder*. *BMC Public Health*, 24, 3173. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20651-1>
- Klevan, T., Sommer, M., Borg, M., Karlsson, B., Sundet, R., & Kim, H. S. (2021). *Part III: Recovery-oriented practices in community mental health and substance abuse services: A meta-synthesis*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13180. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413180>
- Lei da Saúde Mental n.º 35/2023, de 21 de julho da Assembleia da República. (2023). Diário da República n.º 14, Série I de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339> 21-07-2023.
- Lima, F. C. de, Soares, T. B., Ueno, T. M. R. L., Garcez, J. C. D., Martínez-Riera, J. R., & Aguiar, V. F. F. de. (2021). Comunicação como instrumento de enfermagem no cuidado interpessoal do usuário. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 78–87. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.78-87>

- Lin, T., & Anderson, T. (2024). *Reduced therapeutic skill in teletherapy versus in-person therapy: The role of non-verbal communication. Counselling and Psychotherapy Research*, 24(2), 317–327. <https://doi.org/10.1002/capr.12666>
- Lucas-Guerra, C., González-Ordi, H., & del Gallego-Lastra, R. (2024). *Intervenciones enfermeras para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: Una revisión sistemática. Enfermería Clínica*, 34(4), 271–292. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.03.006>
- Machado, D. R., Brás, M. M., Almeida, A. L., & Vilela, C. (2025). *The relationship between nurses' emotional competence and evidence-based nursing: A scoping review. Nursing Reports*, 15(4), 124. <https://doi.org/10.3390/nursrep15040124>
- Manderius, C., Clintståhl, K., Sjöström, K., & Örmon, K. (2023). *The psychiatric mental health nurse's ethical considerations regarding the use of coercive measures: A qualitative interview study. BMC Nursing*, 22(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01186-z>
- Marques, R. J. B. (2023). *Intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/ec14b8f4-ed0a-4e47-a3a4-c10df5d035bb/download>
- Maziero, V. G., Bernardes, A., Righetti, E. A. V., Spiri, W. C., & Gabriel, C. S. (2020). *Positive aspects of authentic leadership in nursing work: An integrative review. Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), e20190118. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0118>
- Mekhakyian, A., & Szulc, A. (2025). *Film therapy and anxiety disorders, self-esteem and quality of life: Report from research. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jpm.13166>

- Merkt, H., Haesen, S., Eytan, A., Habermeyer, E., Aebi, M. F., Elger, B., & Wangmo, T. (2021). *Forensic mental health professionals' perceptions of their dual loyalty conflict: Findings from a qualitative study*. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00688-2>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Moreira, D. G., Laranjeira, C., & Gomes, L. M. S. M. (2022). Competência emocional do enfermeiro e a comunicação terapêutica face à pessoa com manifestações de perturbação mental: Estudo num hospital geral português. In M. F. S. Praxedes (Ed.), *Qualidade da prática de enfermagem no processo de cuidar* (pp. 49–61). Atena Editora.
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J., & Lluch-Canut, T. (2022). *The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A narrative review of the perspective of nurses and patients*. *Archives of Psychiatric Nursing*, 36, 103–109. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.11.006>
- Moreno-Poyato, A. R., Rodríguez-Nogueira, Ó., & MiRTCIME.CAT working group. (2021). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 335–343. <https://doi.org/10.1111/jpm.12675>
- Narciso, I., Albuquerque, S., & Nunes, S. (2024). *Addiction interprofessional experiences of care: Stress, coping and transformation*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(4), 928–936. <https://doi.org/10.1111/inm.13289>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). *The future of nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25982>

- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs, brains, and behavior: The science of addiction*. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction>
- Nord-Baade, S., Ness, O., Jensen, C. B., Rowe, M., Opheim, E., & Landheim, A. (2024). *Barriers and facilitators for social inclusion among people with concurrent mental health and substance use problems: A qualitative scoping review*. *PLOS ONE*, 19(12), e0315758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0315758>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. *Diário da República*, 2.ª série(121). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67615831>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto: Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. *Diário da República*, 2.ª série(151). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Diário da República*, 2.ª série (nº 26). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica n.º 47/2023: Clarificação de conceitos no âmbito da ESMP*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28402/pronuncia-mceesmp_47-2023_clarifica%C3%A7%C3%A3o-de-conceitos-no-%C3%A2mbito-da-esmp_iniciativa-da-mceesmp.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CodigoDeontologico.pdf>
- Parish, C. L., Feaster, D. J., Pollack, H. A., Horigian, V. E., Wang, X., Jacobs, P., & Metsch, L. R. (2025). *Healthcare provider stigma toward patients with substance use disorders*. *Addiction*, 120(10), 2005–2019. <https://doi.org/10.1111/add.70122>
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2024). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBI manual for evidence synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Peters, V., Bissonnette, J., Nadeau, D., Gauthier-Légaré, A., & Noël, M.-A. (2023). *The impact of musicking on emotion regulation: A systematic review and meta-analysis*. *Psychology of Music*. <https://doi.org/10.1177/03057356231212362>
- Pietrzykowski, T., & Smilowska, K. (2021). *The reality of informed consent: Empirical studies on patient comprehension — systematic review*. *Trials*, 22(1), Article 57. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04969-w>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2001). *Decreto-Lei n.º 183/2001: Aprova o regime geral das políticas de prevenção e redução de riscos e minimização de danos* (Diário da República I Sér.-A, n.º 142, pp. 3594-3601). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/183-2001-362322>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2021). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 119/2021: Aprova a Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021–2025*. Diário da República, 1.ª série. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/119-2021-170361954>

Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Decreto-Lei n.º 89/2023, de 11 de outubro: Cria o Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.* Diário da República, 1.ª série (197). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/89-2023-222645049>

Presidência do Conselho de Ministros. (2023). *Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2023 — Aprova o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2023-2030.* Diário da República: 1.ª série, n.º 190. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/115-2023-222046014>

Rezapour, T., Rafei, P., Baldacchino, A., Conrod, P. J., Dom, G., Fishbein, D. H., Kazemi, A., Hendriks, V., Newton, N., Riggs, N. R., Squeglia, L. M., Teesson, M., Vassileva, J., Verdejo-García, A., & Ekhtiari, H. (2024). *Neuroscience-informed classification of prevention interventions in substance use disorders: An RDoC-based approach.* *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 159, 105578. <https://doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2024.105578>

Rodrigues, N., Rebelo, T., & Coelho, J. V. (2011). *Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa.* *Psychologica*, 55, 189–207. https://doi.org/10.14195/1647-8606_55_10

Romano, M., & Peters, L. (2021). The effect of motivational interviewing on ambivalence in social anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 49(6), 684–695. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000138>

Sampaio, F. M. C., Martins, A. E. C., Marques, J. P. R., Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. C. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros. ISBN 978-989-8444-64-6

Santo, T., Jr., Clark, B., Hickman, M., Grebely, J., Campbell, G., Sordo, L., Chen, A., Tran, L. T., Tran, T., Bharat, C., & Degenhardt, L. (2021).

- Association of opioid agonist treatment with all-cause mortality and specific causes of death among people with opioid dependence: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry, 78(9), 979–993.*
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0976>
- Schweighoffer, R., Schumacher, A. M., Blaese, R., Walter, S., & Eckstein, S. (2022). A Systematic Review and Bayesian Network Meta-Analysis Investigating the Effectiveness of Psychological Short-Term Interventions in Inpatient Palliative Care Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(13), 7711.*
<https://doi.org/10.3390/ijerph19137711>
- Seabra, P., Simões, A., Sequeira, A., Amaral, P., Filipe, F., & Sequeira, R. (2021). *Caracterização do cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento para os comportamentos aditivos e dependências. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 26, 75–91.*
<https://doi.org/10.19131/rpesm.311>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2022). Modificação do comportamento. In *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções* (pp. 193–195). Lidel
- Shi, Y., Li, H., Yuan, B., & Wang, X. (2025). *Effects of multidisciplinary teamwork in non-hospital settings on healthcare and patients with chronic conditions: A systematic review and meta-analysis. BMC Primary Care, 26, Article 110.* <https://doi.org/10.1186/s12875-025-02814-0>
- Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). *Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: Estudo qualitativo. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 3(2), 39–48.* <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>
- Stavert, J. (2021). *Supported decision-making and paradigm shifts: Word play or real change? Frontiers in Psychiatry, 11, 571005.*
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.571005>

- Taylor, J. L., Johnson, S., Cruz, R., Gray, J. R., Schiff, D., & Bagley, S. M. (2021). *Integrating harm reduction into outpatient opioid use disorder treatment settings: Harm reduction in outpatient addiction treatment. Journal of General Internal Medicine*, 36(12), 3810–3819. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06904-4>
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P., & MiRTCIME.CAT Working Group. (2023). *Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. Journal of Clinical Nursing*, 32(1-2), 253-263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). *PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). *World drug report 2023*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). *World drug report 2025*. United Nations. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
- Volkow, N. D., & Blanco, C. (2023). *Substance use disorders: A comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. World Psychiatry*, 22(2), 203–229. <https://doi.org/10.1002/wps.21073>
- World Health Organization, & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders:*

Revised edition incorporating results of field-testing. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches.* World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all.* <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40e5a13a-fe50-4efa-b56d-6e8cf00d5bfa/content>

Xiong, L. (2023). *Psychoeducation: Enhancing mental health awareness and empowering individuals.* *Clinical Neuropsychology: Open Access*, 6(3), 178. <https://www.omicsonline.org/open-access-pdfs/psychoeducation-enhancing-mental-health-awareness-and-empoweringindividuals.pdf>

ANEXOS

ANEXO I: JORNAL DE PAREDE

Exibe faca em discussão de trânsito e é intercetado por agente da PSP e guarda prisional

Reis Pinto
Jornalista

25 junho, 2025 às 16:40

Um homem foi detido por desobediência, em Lisboa, quando, na sequência de uma discussão de trânsito, apontou uma faca a outro condutor. Foi interpelado por um agente da PSP, mais tarde auxiliado por um guarda prisional, mas não se quis identificar, mesmo após um tiro para o ar de advertência.

O incidente ocorreu no passado dia 4 de junho, cerca das 12.40 horas, na Rua de Jorge Colaço, uma transversal da Avenida do Brasil, junto a uma farmácia. Por motivos que se desconhecem, dois condutores desentenderam-se e pararam as viaturas, com um deles a empunhar uma barra de ferro.

O outro condutor sacou de uma faca e foi nesse instante que um agente da PSP, que passava de mota a caminho da esquadra, parou para sanar os ânimos.

0:01 / 0:07

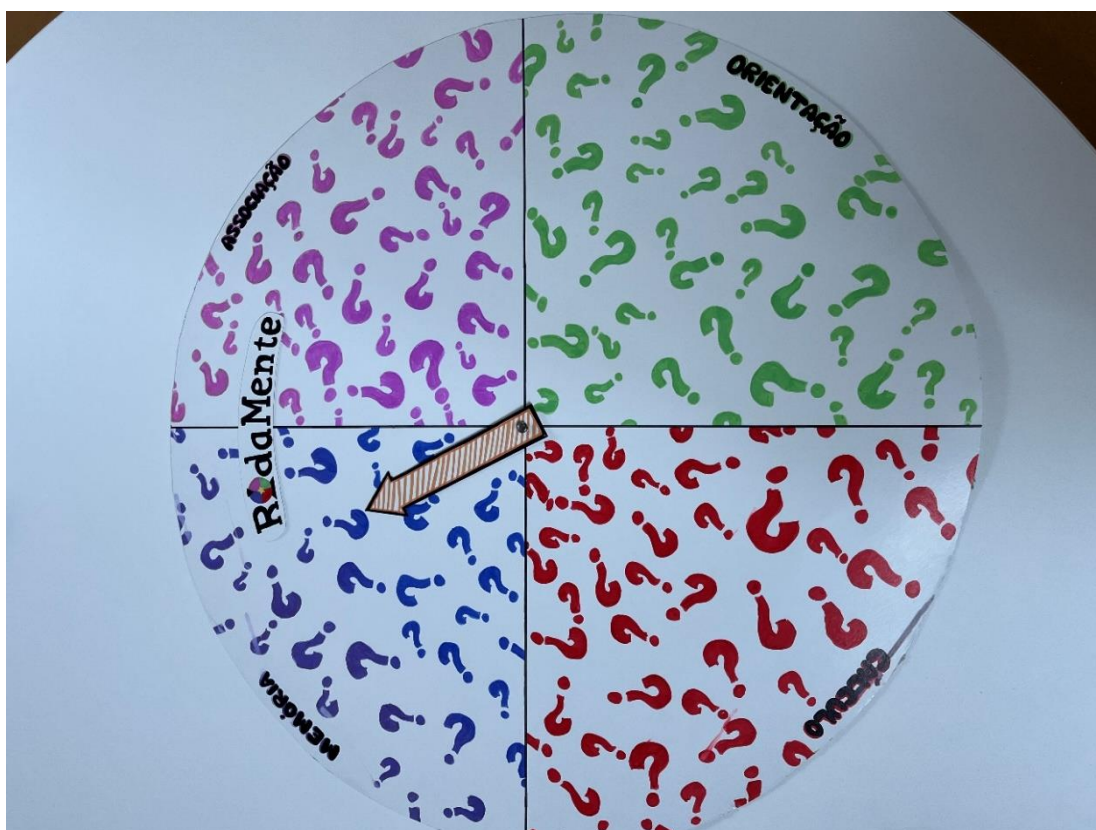
Leia Mais

Identificou-se e pediu ao suspeito para entregar a arma branca, o que não foi conseguido, obrigando o polícia a empunhar a arma de serviço e a ordenar-lhe repetidas vezes que se deitasse. Surgiu, então, um guarda prisional, que após se identificar, tentou intercetar o condutor.

O agente efetuou um disparo de advertência para o ar, momento aproveitado pelo guarda prisional para desferir um soco na cara do suspeito, que caiu inanimado no chão.

Foi transportado ao Hospital de Santa Maria para ser observado, tendo sido detido por desobediência após ter alta.

ANEXO II: RODAMENTE



ANEXO III: TESTES RÁPIDOS DE DESPISTE DE METABOLITOS



ANEXO IV: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA - PLAN-DO-CHECK-ACT

Projeto de Melhoria Contínua “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”

Fundamentação Teórica

Os projetos de melhoria contínua representam um pilar essencial para o desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, sobretudo em saúde mental, onde a relação terapêutica, a comunicação e o trabalho em equipa são determinantes para a eficácia clínica. Estas iniciativas permitem identificar necessidades concretas, propor intervenções baseadas em evidência e avaliar resultados mensuráveis, promovendo uma cultura de aprendizagem e inovação nos serviços.

Diversos estudos internacionais têm demonstrado que os projetos de melhoria contínua aumentam a qualidade assistencial, reforçam a segurança dos utentes e elevam a satisfação de profissionais e famílias, enquanto otimizam processos e reduzem falhas. Além disso, contribuem para o desenvolvimento profissional, estimulando a reflexão crítica, a autonomia e o sentimento de pertença dos enfermeiros às equipas e às instituições (Endalamaw *et al.*, 2024; Gagiū *et al.*, 2023; V Mitikhin *et al.*, 2024).

Na área da enfermagem de saúde mental, os Projetos de Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem assumem especial relevância, uma vez que favorecem práticas mais humanizadas, seguras e terapêuticas, baseadas na evidência e centradas na pessoa. A sua implementação requer liderança clínica ativa, colaboração multidisciplinar e apoio institucional, sendo fundamentais para garantir a sustentabilidade e qualidade dos serviços de saúde mental. Assim, investir em projetos desta natureza traduz-se num ganho efetivo em saúde, beneficiando simultaneamente utentes, profissionais e a própria organização (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O Serviço da Unidade de Respostas Diferenciadas (URD) dispõe de 8 enfermarias (3 com 3 camas e 5 com 2 camas), perfazendo um total de 16 doentes, e destina-se a utentes com idade igual ou superior a 18 anos. Este serviço acolhe pessoas que procuram tratamento de desabituação de substâncias lícitas e ilícitas, nomeadamente álcool e drogas.

A duração do internamento encontra-se protocolada de acordo com o tipo de substância, sendo de duas semanas para utentes a realizar desabituação de álcool, heroína, metadona, buprenorfina, benzodiazepinas e tetra-hidro-cannabinol e uma semana para cocaína.

A definição deste projeto de melhoria contínua emergiu a partir de uma colheita de dados qualitativos, realizada através de entrevistas informais com os profissionais do serviço, que identificaram como lacuna prioritária a ausência de uma intervenção estruturada no domínio da gestão das emoções.

Paralelamente, ao longo do estágio, foi possível observar nas interações com os utentes dificuldades significativas na identificação, expressão e regulação emocional, aspetos que interferem diretamente com a adesão terapêutica, o relacionamento interpessoal e a estabilidade clínica durante o internamento.

Considerando o carácter breve da hospitalização nesta unidade, torna-se inviável desenvolver intervenções psicoterapêuticas de longa duração. Contudo, é possível e desejável capacitar os utentes para o reconhecimento e gestão imediata das suas emoções, potenciando o autocontrolo e o bem-estar emocional no processo de desabituação.

Neste contexto, foi delineada uma intervenção em grupo, intitulada “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”, com o objetivo de estimular a expressão, a compreensão e a regulação emocional de forma dinâmica e acessível.

A proposta estrutura-se em três sessões sequenciais, centradas nos seguintes eixos temáticos:

1. Identificar emoções (Permite reconhecer gatilhos emocionais para o uso, facilitando intervenções precoces e escolhas mais saudáveis (Emery *et al.*, 2022; Weiss *et al.*, 2021))
2. Expressar emoções (Favorece a comunicação terapêutica, reduz o isolamento e a evitação emocional, e está ligada à diminuição da vergonha e da culpa (Vigfusdottir *et al.*, 2025; Emery *et al.*, 2022))
3. Regular emoções (Reduz impulsividade, craving e recaídas; melhora a tolerância ao desconforto emocional e a qualidade de vida (Stellern *et al.*, 2022; Justyna Zaorska *et al.*, 2023; Navarro-Haro *et al.*, 2025; Weiss *et al.*, 2021))

As intervenções breves de regulação emocional em formato grupal têm-se revelado eficazes e viáveis em contextos de desabitação de álcool e drogas.

No âmbito da enfermagem de saúde mental e psiquiatria, particularmente em unidades de desabitação, estas abordagens favorecem a compreensão, expressão e gestão das emoções, contribuindo para a redução de recaídas, melhoria do bem-estar psicológico e fortalecimento das competências de autorregulação emocional dos participantes (Moore *et al.*, 2022; Chrétien *et al.*, 2025).

A estrutura sequencial da intervenção “Cuidar das Emoções”, centrada em identificar, expressar e regular emoções, assenta em evidência científica que demonstra que o desenvolvimento da consciência emocional é o primeiro passo para a expressão adequada e, subsequentemente, para a regulação efetiva das emoções (Chrétien *et al.*, 2025).

Estas intervenções breves e estruturadas integram componentes psicoeducativos, com foco na aprendizagem ativa e na prática de estratégias concretas. Entre os elementos mais frequentemente incluídos destacam-se: Psicoeducação sobre emoções e a sua função adaptativa; Identificação e rotulação emocional; Expressão e aceitação emocional; Treino de estratégias de regulação, como reavaliação cognitiva, *mindfulness*, resolução de problemas e autoregulação; Prática supervisionada e generalização das competências entre sessões (Moore *et al.*, 2022; Wälchli *et al.*, 2024; Saccaro *et al.*, 2024).

Ao serem aplicadas em contexto grupal, estas intervenções tornam-se mais dinâmicas e acessíveis, permitindo a normalização e validação das experiências emocionais entre pares, o que potencia o sentimento de pertença e reduz o isolamento (Chrétien *et al.*, 2025).

Evidências recentes demonstram que pessoas com perturbação por uso de substâncias apresentam maiores dificuldades na regulação emocional, fator associado à maior gravidade do quadro clínico e maior risco de recaída (Stellern *et al.*, 2022; Nandrino *et al.*, 2020).

Intervenções estruturadas, inspiradas em modelos como a Terapia Comportamental e os Programas de Treino em Regulação Afetiva, têm mostrado resultados consistentes, incluindo: melhoria significativa da regulação emocional e da consciência emocional; redução de *craving*, ansiedade e sintomas depressivos; maior adesão terapêutica e redução de recaídas e elevada aceitação e viabilidade em contextos de

internamento breve (Navarro-Haro *et al.*, 2025; Huang & Chen, 2021; Chrétien *et al.*, 2025).

Em suma, as intervenções grupais breves e estruturadas centradas na identificação, expressão e regulação emocional revelam-se viáveis e eficazes em contextos de desabituação de álcool e drogas.

Os resultados observados em diferentes estudos reforçam esta evidência: a identificação das emoções associa-se a um aumento da consciência e literacia emocional, particularmente em pessoas com dependência de álcool (Navarro-Haro *et al.*, 2025; Chrétien *et al.*, 2025; Nandirino *et al.*, 2020); a expressão emocional adequada contribui para a redução da impulsividade e do isolamento social, promovendo relações interpessoais mais funcionais (Moore *et al.*, 2022; Wälchli *et al.*, 2024); e a regulação emocional, etapa final do processo, relaciona-se com a diminuição de recaídas, melhoria do bem-estar global e maior estabilidade emocional (Navarro-Haro *et al.*, 2025; Huang & Chen, 2021).

Desta forma, confirma-se que capacitar os utentes para reconhecer, expressar e regular as suas emoções é uma estratégia clinicamente relevante, que contribui para a autonomia emocional, prevenção de recaídas e adesão terapêutica. Além disso, alinha-se com o papel do Enfermeiro Especialista em saúde mental e psiquiatria, enquanto profissional promotor da mudança comportamental e do processo de recuperação psicossocial.

Esta iniciativa enquadra-se na função do Enfermeiro Especialista em saúde mental enquanto profissional promotor da mudança comportamental e do processo de recuperação psicossocial e como agente dinamizador da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, promovendo intervenções inovadoras e replicáveis, ajustadas às necessidades específicas dos contextos clínicos.

De forma a sustentar o planeamento e avaliar o impacto da intervenção, foi realizada uma avaliação diagnóstica inicial junto dos utentes, recorrendo à escuta ativa e à aplicação da versão portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS – P (Rodrigues *et al.*, 2011) (Anexo 1), permitindo obter dados objetivos sobre as áreas emocionais a trabalhar.

A Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS), na sua versão portuguesa WLEIS-P, é um instrumento de autoavaliação que mede a inteligência emocional percebida, ou seja, a forma como o indivíduo reconhece, compreende, regula e

utiliza as suas emoções e as dos outros. Desenvolvida originalmente por Wong e Law em 2002 e posteriormente adaptada e validada para o contexto português, esta escala tem sido amplamente utilizada tanto em contextos de investigação como em contextos clínicos e psicoterapêuticos.

A WLEIS é composta por 16 itens distribuídos por quatro dimensões fundamentais: a avaliação das emoções próprias, que avalia a capacidade de reconhecer e compreender as próprias emoções; a avaliação das emoções dos outros, que reflete a competência em identificar e compreender as emoções nas outras pessoas; o uso das emoções, que mede a capacidade de utilizar as emoções de forma positiva para facilitar o desempenho, a motivação e o bem-estar; e a regulação das emoções, que avalia a habilidade de gerir e controlar as emoções de forma adequada e adaptativa.

A aplicação da escala é simples e rápida, podendo ser feita em formato papel ou digital. O participante responde a cada item indicando o grau de concordância numa escala tipo *Likert* de sete pontos, que varia de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O preenchimento demora em média entre cinco e dez minutos, sendo possível aplicá-la tanto individualmente como em grupo.

O funcionamento da WLEIS baseia-se na análise das respostas dadas aos 16 itens, que são agrupadas nas quatro dimensões referidas, permitindo obter um perfil global de inteligência emocional. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais altos de perceção de competência emocional. Esta informação é particularmente útil em contexto psicoterapêutico, pois permite ao terapeuta compreender melhor o funcionamento emocional do utente, identificar áreas de força e vulnerabilidade emocional e orientar o processo de intervenção no sentido de promover uma maior autoconsciência emocional, empatia e regulação emocional.

Análise SWOT do Projeto

Para sustentar a pertinência da intervenção “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”, foi realizada uma análise SWOT (o acrónimo SWOT é uma sigla para Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*)) que permitiu identificar os principais fatores internos e externos que influenciam a sua implementação na URD. Esta análise constitui um passo essencial na definição estratégica do projeto, orientando a tomada de decisões, a formulação dos objetivos e o planeamento das etapas subsequentes.

No que respeita às forças, destaca-se o elevado compromisso da equipa de enfermagem com práticas terapêuticas humanizadas e baseadas na evidência, bem como a existência de uma cultura institucional que valoriza projetos de melhoria contínua. A dinâmica de trabalho multidisciplinar da URD favorece ainda a integração de intervenções grupais e psicoeducativas no plano terapêutico, proporcionando condições propícias para a implementação da proposta.

Quanto às fraquezas, evidencia-se a ausência de uma intervenção previamente estruturada na área da regulação emocional, lacuna identificada quer pelos profissionais do serviço, quer pela avaliação diagnóstica junto dos utentes. O tempo limitado de internamento, inerente ao modelo de desabitação breve, constitui igualmente um desafio, exigindo intervenções concisas, de fácil compreensão e aplicabilidade imediata.

Relativamente às oportunidades, sobressaem o crescente reconhecimento da importância da literacia emocional na prevenção de recaídas e a disponibilidade de instrumentos validados, como a WLEIS-P, que permitem monitorizar o impacto da intervenção. Acresce ainda o facto de a evidência científica apontar para a eficácia de intervenções breves, estruturadas e de carácter psicoeducativo em contextos de desabitação, reforçando a relevância e viabilidade do projeto.

Por fim, ao nível das ameaças, importa considerar a variabilidade do estado emocional dos utentes durante o período de abstinência inicial, que pode afetar a participação e o envolvimento nas sessões. A rotatividade dos internamentos e a eventual sobrecarga assistencial da equipa podem igualmente interferir na disponibilidade para dinamizar grupos de forma contínua.

Em síntese, a análise SWOT evidencia que o projeto apresenta bases sólidas para a sua implementação, revelando-se alinhado com as necessidades identificadas, com a missão do serviço e com as recomendações de boas práticas em enfermagem de saúde mental. Ao mesmo tempo, permite antecipar desafios e orientar estratégias de atuação, garantindo que a intervenção seja realista, sustentável e clinicamente relevante.

Objetivos Gerais e Específicos

Objetivo geral: Promover a regulação emocional dos utentes internados na URD, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde mental.

Objetivos específicos:

1. Favorecer o reconhecimento e a expressão adequada das emoções;
2. Capacitar os utentes com estratégias simples de autorregulação emocional;
3. Proporcionar um espaço terapêutico de partilha e reflexão emocional;
4. Avaliar o impacto da intervenção na perceção de bem-estar emocional dos utentes e na dinâmica da equipa.

Metodologia

Tipo de projeto: Projeto de melhoria contínua da qualidade, com base no modelo PDCA (Plan – Do – Check – Act), amplamente utilizado na gestão da qualidade em saúde. O modelo PDCA é um ciclo sistemático e dinâmico que orienta a planificação, execução, monitorização e revisão de processos, visando a melhoria contínua.

- **Plan (Planear):** identificar uma necessidade ou problema, definir objetivos e planear ações de melhoria;
- **Do (Executar):** implementar as ações planeadas em pequena escala, testando a sua viabilidade;
- **Check (Verificar):** avaliar os resultados obtidos através de indicadores e comparar com os objetivos definidos;
- **Act (Atuar):** consolidar as práticas eficazes e ajustar o plano com base nos resultados, reiniciando o ciclo.

Este modelo favorece uma abordagem reflexiva e sistemática, promovendo a aprendizagem organizacional e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

População-alvo: Uteses internados na URD com capacidade cognitiva e disponibilidade para participar em dinâmicas de grupo breves.

Crítérios de inclusão: São elegíveis os utentes que:

1. Se encontrem clinicamente estabilizados, sem sintomas agudos que impeçam participação (ex.: delírios ativos, abstinência grave, sedação marcada).

2. Possuam capacidade cognitiva preservada, nomeadamente atenção, memória de trabalho e capacidade de compreensão das instruções.
3. Demonstrem disponibilidade e motivação para integrar dinâmicas breves de grupo.
4. Estejam numa fase do internamento que permita participação regular, nomeadamente após o período inicial de adaptação e estabilização.
5. Aceitem participar voluntariamente, após explicação clara dos objetivos e natureza da intervenção.

Critérios de exclusão: São excluídos os utentes que apresentem:

1. Sintomatologia psiquiátrica aguda que interfira com a comunicação, comportamento ou segurança (ex.: agitação grave, desorganização do pensamento).
2. Limitações cognitivas significativas, que comprometam a compreensão das tarefas ou dinâmicas propostas.
3. Comportamentos de risco para o grupo, incluindo impulsividade severa, hostilidade ou incapacidade de respeitar limites básicos.
4. Quadro clínico incompatível (ex.: necessidade de isolamento, pós-crises médicas, estados de abstinência intensa).
5. Baixa disponibilidade emocional ou motivacional, manifestada por recusa consistente após esclarecimento.

Intervenção: “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”

Duração total: 3 sessões de 30–45 minutos cada, dinamizadas no período do internamento.

Periodicidade: A intervenção segue uma periodicidade de 1 sessão por dia, podendo ser realizada em dias consecutivos ou alternados, conforme o funcionamento da unidade e ajustada ao tipo e duração do internamento. Esta flexibilidade permite que as sessões decorram nos momentos mais adequados do percurso terapêutico, garantindo maior participação, estabilidade emocional e utilidade prática para os utentes.

Internamentos de 1 semana:

Nos internamentos de curta duração, a intervenção é programada para os três últimos dias de internamento. Esta escolha baseia-se no facto de que, nesta fase, os utentes já se encontram mais estabilizados, com redução dos sintomas físicos e psicológicos da abstinência, começam a sentir maior ansiedade face ao regresso ao meio exterior e beneficiam particularmente de estratégias de regulação emocional que os ajudem na transição para a comunidade.

Internamentos de 2 semanas:

Nos internamentos com duração de duas semanas, as sessões são realizadas em dias alternados da segunda semana. Este agendamento permite consolidar progressivamente competências emocionais; evitar sobrecarga após os primeiros dias, muitas vezes mais exigentes ao nível clínico; promover um ritmo equilibrado entre descanso, terapias do programa e capacidade de integração dos conteúdos, preparar os utentes para a fase de retorno, momento em que surgem preocupações relacionadas com a reinserção e prevenção de recaída.

Assim, a periodicidade é deliberadamente adaptada à evolução clínica e emocional dos utentes, assegurando que cada sessão ocorre num momento de maior receptividade, estabilidade e potencial de impacto terapêutico.

Formato: Grupo (4–8 participantes), conduzido por Enfermeiro Especialista em saúde mental e psiquiatria.

Temas das sessões:

- Reconhecer as emoções: Identificar emoções básicas e sinais físicos associados
- Expressar emoções de forma saudável
- Regular emoções

Aplicação do Ciclo PDCA ao Projeto

P — Plan (Planear)

Objetivo: Definir com precisão a necessidade, metas, métodos e recursos.

Atividades concretas para este projeto:

- Recolha de dados iniciais (entrevistas à equipa; aplicação da WLEIS a utentes elegíveis).
- Definição de objetivos (objetivo geral + específicos mensuráveis).
- Desenho das três sessões: conteúdos, duração, materiais e guias de dinamização (fichas de sessão).
- Planeamento logístico (sala, horários, responsáveis, materiais).
- Estabelecimento dos indicadores de processo, resultado e impacto.

Responsáveis: estudantes/enfermeiro dinamizador e orientadores; coordenação da URD para autorização logística.

Produtos esperados: protocolo da intervenção, fichas de sessão, cronograma e instrumentos de avaliação prontos.

D — Do (Executar)

Objetivo: Implementar a intervenção em formato piloto e registar a execução.

Atividades concretas:

- Realização das 3 sessões piloto com grupos de 4–8 utentes, conforme cronograma.
- Registo de presenças, observações e aplicações pré/pós (EIEWL).
- Supervisão in loco pelos enfermeiros orientadores para assegurar fidelidade.

Responsáveis: enfermeiros especialistas em saúde mental, apoio logístico da URD.

Produtos esperados: relatórios de sessão, fichas preenchidas, dados brutos (EIEWL antes/depois, *feedback*).

C — Check (Verificar)

Objetivo: Analisar os dados recolhidos e avaliar conformidade e eficácia.

Atividades concretas:

- Consolidação dos dados quantitativos (pontuações EIEWL pré/pós; taxas de adesão).
- Análise qualitativa dos *feedbacks* e registos observacionais.
- Reunião de devolução com a equipa para discutir resultados e perceções (reunião de análise crítica).
- Avaliação da fidelidade ao protocolo (grelha de observação).

Responsáveis: equipa de estudo (enfermeiros especialistas), com participação da coordenação.

Produtos esperados: relatório intermédio de avaliação com resumo estatístico simples, pontos fortes e fragilidades identificadas.

A — Act (Agir / Ajustar)

Objetivo: consolidar melhorias, ajustar a intervenção e planear a próxima iteração.

Atividades concretas:

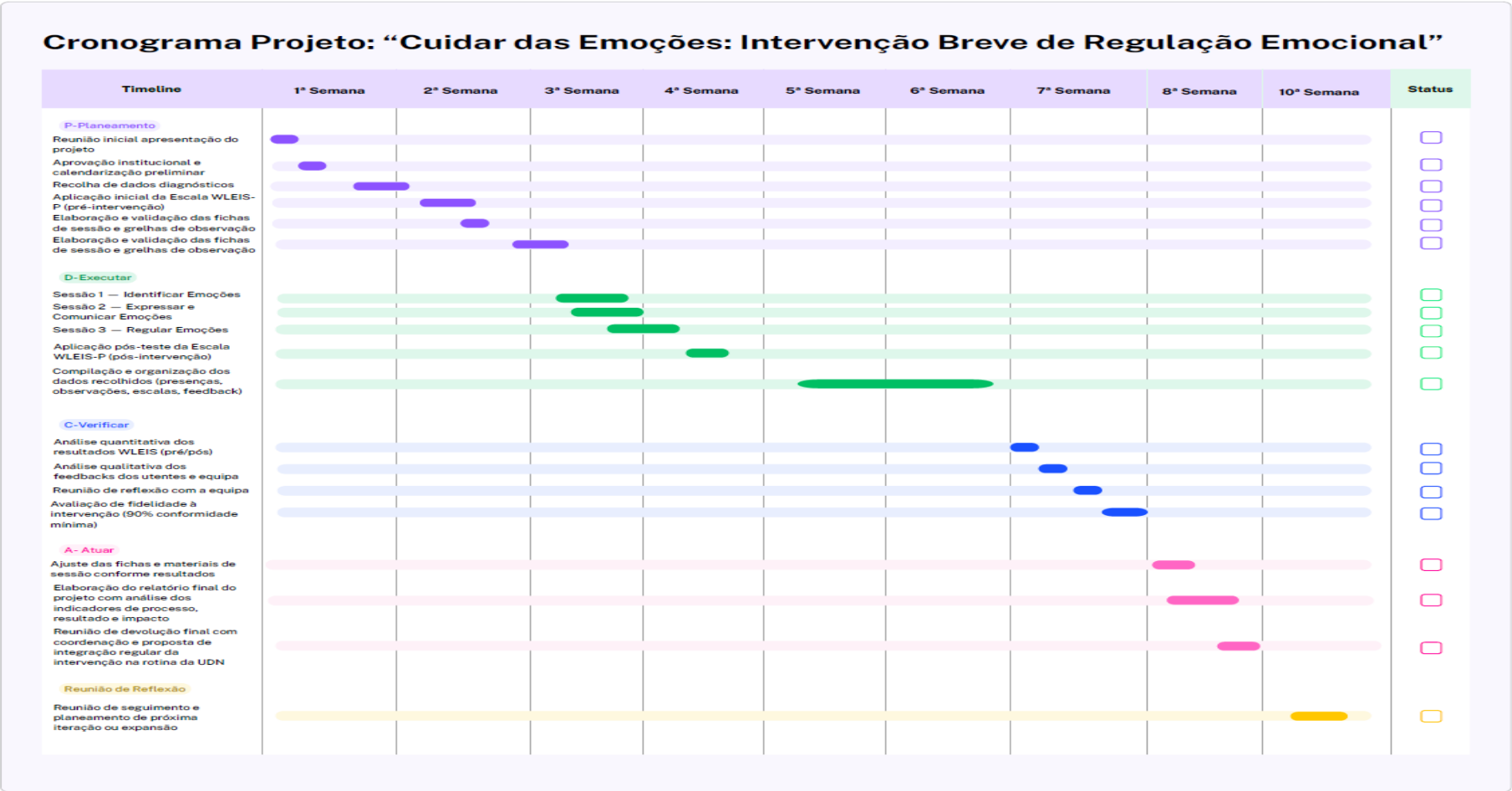
- Implementação de ajustes nas fichas/estratégias com base nas evidências (ex.: alterar tempo de atividade, materiais, formato de partilha).
- Proposta formal para integração periódica (se adequado) na rotina da unidade ou para nova fase piloto com amostra ampliada.
- Elaboração do relatório final do projeto e recomendações (incluindo recursos necessários e plano de sustentabilidade).
- Divulgação dos resultados à equipa e, se possível, apresentação em reunião institucional.

Responsáveis: Enfermeiro Especialista / equipa proponente; coordenação para tomada de decisão.

Produtos esperados: versão revista do protocolo, plano de implementação a médio prazo, relatório final com recomendações.

Recomenda-se agendar uma reunião de reflexão 2 semanas após a conclusão do piloto para decidir a integração/expansão.

Cronograma do Projeto



Avaliação e Indicadores

A avaliação constitui uma etapa essencial no ciclo de melhoria contínua, permitindo aferir a pertinência, a eficácia e a exequibilidade da intervenção proposta. No contexto deste projeto, a avaliação tem como finalidade recolher dados que sustentem a tomada de decisão, orientem a sua eventual implementação definitiva e possibilitem ajustes baseados em evidência e na experiência da equipa.

Deste modo, foram definidos **indicadores de processo, de resultado e de impacto**, permitindo uma análise abrangente do projeto, desde a execução até aos efeitos esperados na prática clínica e organizacional. A combinação de indicadores quantitativos e qualitativos garante uma leitura integrada da intervenção, valorizando tanto a dimensão técnica como a humana do cuidado em enfermagem de saúde mental.

1. Indicadores de Processo

Estes indicadores visam monitorizar a execução da intervenção, a adesão dos participantes e a perceção da equipa quanto à sua aplicabilidade e utilidade.

Dimensão	Indicador	Método / Instrumento	Meta / Referência
Adesão	Taxa de participação nas sessões	Registo de presenças	≥ 70% dos utentes internados
Fidelidade à intervenção	Cumprimento da sequência e conteúdos planeados	Grelha de observação / supervisão	≥ 90% de conformidade
Satisfação dos profissionais	Perceção de utilidade, clareza e aplicabilidade	Questionário <i>Likert</i> breve à equipa	≥ 80% respostas positivas
Viabilidade organizacional	Tempo e recursos necessários vs. planeado	Relato do enfermeiro responsável	Implementação sem necessidade de reforço de recursos humanos

2. Indicadores de Resultado (Curto Prazo)

Os indicadores de resultado avaliam as mudanças esperadas nos utentes após a intervenção, tanto ao nível da regulação emocional como da perceção de bem-estar e aprendizagem.

Dimensão	Indicador	Método / Instrumento	Momento de Avaliação
Regulação emocional	Variação média na pontuação global da EIEWL (Versão Portuguesa)	Aplicação pré e pós-intervenção	Sessão 1 e Sessão 3
Bem-estar subjetivo	Autoavaliação breve de bem-estar emocional	Escala de 5 pontos ("Como me sinto hoje?")	Início e final de cada sessão
Aprendizagem percebida	<i>Feedback</i> verbal e escrito ("O que aprendi sobre as minhas emoções?")	Ficha final de reflexão	Pós-intervenção
Adesão terapêutica percebida	Motivação e envolvimento nas atividades terapêuticas	Observação dos enfermeiros	Durante o internamento

3. Indicadores de Impacto (Médio Prazo)

Estes indicadores permitirão avaliar, numa fase posterior, o impacto da intervenção a nível organizacional e na continuidade de cuidados, caso o projeto venha a ser implementado de forma sistemática na unidade.

Dimensão	Indicador	Fonte / Método	Horizonte temporal
Continuidade de cuidados	Referenciação para grupos pós-alta / seguimento em cuidados de saúde primários	Registos clínicos	1 mês pós-alta
Reinternamento precoce	Percentagem de reinternamentos num período de 3 meses	Dados institucionais	3 meses
Satisfação global com o internamento	Questionário de satisfação institucional	Avaliação de rotina da unidade	No final do internamento

Síntese avaliativa

A avaliação proposta permitirá compreender não apenas o impacto imediato da intervenção nos utentes, mas também a sua viabilidade e relevância para a equipa e para o serviço. A articulação entre medidas objetivas (como a escala EIEWL) e perceções subjetivas (como o *feedback* dos participantes) reforça a validade ecológica da avaliação.

A monitorização sistemática destes indicadores, alinhada com o ciclo PDCA (Plan–Do–Check–Act), permitirá à equipa ajustar práticas, consolidar aprendizagens e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde mental.

Planos de Sessões

Local: Unidade de Respostas Diferenciadas				
Sessão 1 Reconhecer as Emoções: Identificar emoções básicas e sinais físicos associados				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 30-45 min				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Promover a identificação e nomeação das emoções básicas; • Favorecer a consciência das manifestações corporais e cognitivas associadas a cada emoção; • Estimular a verbalização emocional e o reconhecimento das emoções em si e nos outros; • Criar um espaço seguro e colaborativo que favoreça a	• Abordagem psicoeducativa com dinâmicas interativas em grupo; - Utilização de estratégias expressivas e simbólicas para facilitar o reconhecimento emocional; • Comunicação terapêutica e escuta ativa como ferramentas de facilitação; - Observação participante e reforço positivo durante o processo; • Avaliação contínua da	• Silhuetas humanas impressas (A4 ou A3); • Marcadores coloridos e lápis de cera; • Cartaz da “Roda das Emoções” (modelo de Plutchik simplificado); • Música ambiente suave para o momento de reflexão; • Quadro ou flipchart para sistematizar as ideias emergentes. • Cadeiras ou sofás	1. Acolhimento e enquadramento (5 min) Breve apresentação da sessão e do seu objetivo (“Perceber melhor o que sentimos”). Estabelecimento de regras de segurança emocional. Papel do Enfermeiro Especialista: Criar um ambiente acolhedor; validar todas as partilhas; reforçar a confidencialidade. 2. Dinâmica “O corpo das emoções” (15 min) Entregar a cada participante uma silhueta humana e pedir que desenhe onde e como sente diferentes emoções no corpo (ex.: coração acelerado, peso no peito, calor, lágrimas). Papel do Enfermeiro Especialista: Apoiar individualmente; ajudar a traduzir sensações em palavras; reforçar a ideia de que todas as emoções são legítimas. 3. Exploração da Roda das Emoções (15 min) Apresentar a roda e discutir exemplos práticos: “Quando é que sentiste isto?” “O que te faz sentir assim?” Papel do Enfermeiro Especialista: Facilitar a verbalização; promover empatia entre participantes; validar experiências emocionais. 4. Síntese e reflexão final (10 min) Em grupo, refletir: “O que aprendi sobre mim hoje?”	Validar a participação mesmo não verbal. • Notar reações emocionais não verbais (sorrisos, lágrimas, agitação) (a preencher após a sessão) Grau de envolvimento e adesão dos utentes Emoções mais frequentemente identificadas Dificuldades observadas Estratégias facilitadoras a manter / melhorar Avaliação global da sessão

expressão emocional.	participação e envolvimento dos utentes ao longo da sessão.		“Qual emoção me é mais fácil ou difícil de reconhecer?”. Papel do Enfermeiro Especialista: Sistematizar aprendizagens; reforçar conquistas; promover sentimento de encerramento positivo.	
----------------------	---	--	---	--

Local: Unidade de Respostas Diferenciadas				
Sessão 2 Expressar emoções de forma saudável				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 30-45 min				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Promover a expressão emocional adequada e segura, em contexto grupal; • Explorar diferentes canais de expressão emocional (verbal, escrita, artística, simbólica); • Refletir sobre as consequências da repressão ou explosão	• Abordagem experiencial e expressiva, com recurso à arte e escrita terapêutica; • Estímulo à reflexão guiada e à partilha emocional; • Utilização da comunicação terapêutica e reforço positivo como instrumentos de facilitação; • Observação da forma e conteúdo da	• Folhas A4, lápis de cor, marcadores e colas; • Revistas para recorte (imagens, palavras, símbolos); • Tesouras, colas, quadro/flipchart; • Música de fundo (opcional); • Cadeiras ou sofás	1. Acolhimento e revisão da sessão anterior (5 min) Relembrar as principais aprendizagens sobre identificação das emoções. Enunciar o objetivo de hoje: “Explorar formas saudáveis de as expressar”. Papel do Enfermeiro Especialista: Facilitar a ligação entre as sessões e contextualizar o propósito da atividade. 2. Dinâmica “Como costumo expressar-me?” (10 min) Brainstorming coletivo: os participantes identificam como habitualmente expressam emoções (ex.: choro, silêncio, escrita, irritação). Papel do Enfermeiro Especialista: Promover reflexão e aceitação; normalizar diferentes formas de expressão.	• Acompanhar e apoiar quem tem dificuldade de expressão. • Validar todas as formas de participação (inclusive o silêncio). • Observar alterações de humor ao longo da sessão. • Prever um breve momento de <i>grounding</i> final (respiração, silêncio ou música calma) por ser uma sessão desafiante. (a preencher após a sessão) Grau de envolvimento e adesão dos utentes

emocional; • Estimular o desenvolvimento de estratégias assertivas de comunicação emocional.	expressão emocional durante a dinâmica; • Avaliação contínua da participação, envolvimento e autoexpressão.		3. Atividade expressiva – “A minha emoção em imagem” (15–20 min) Cada utente escolhe uma emoção e representa-a através de desenho, colagem ou escrita curta. Papel do Enfermeiro Especialista: Apoiar e estimular a criatividade; garantir ambiente seguro e de não julgamento. 4. Partilha e reflexão grupal (10 min) Partilha voluntária dos trabalhos. Discussão sobre como é libertador ou desafiante expressar emoções. Papel do Enfermeiro Especialista: Escutar ativamente; valorizar o significado de cada expressão; reforçar a importância de comunicar emoções. 5. Síntese e avaliação final (5 min) Revisão dos sentimentos após a atividade. Promover encerramento positivo e sentimento de conquista.	Emoções mais frequentemente identificadas Dificuldades observadas Estratégias facilitadoras a manter / melhorar Avaliação global da sessão
---	---	--	---	--

Local: Unidade de Respostas Diferenciadas				
Sessão 3 Regular emoções				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 30-45 min				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
- Desenvolver a capacidade de autorregulação emocional em situações de <i>stress</i>; - Treinar técnicas simples e eficazes de relaxamento e <i>grounding</i>; - Promover o autoconhecimento e autocontrolo emocional; - Estimular a construção de um “kit pessoal de estratégias de regulação” adaptado a cada utente.	Abordagem experiencial, centrada na prática e reflexão; Treino psico-educativo de estratégias de regulação emocional; - Demonstração e treino orientado com <i>feedback</i>; Modelagem pelo enfermeiro, incentivando à prática consciente e à verbalização da experiência; - Avaliação contínua do impacto e da perceção subjetiva de efi-	- Fichas com instruções das técnicas (respiração 4-7-8, <i>grounding</i> 5-4-3-2-1, pausa emocional); - Música relaxante (instrumental); - Folhas e canetas para o “Kit Emocional Pessoal”; - Objetos de estimulação sensorial (bola anti-<i>stress</i>, tecido suave, aroma suave, etc.); - Cadeiras dispostas em círculo e ambiente tranquilo.	1. Acolhimento e revisão das aprendizagens anteriores (5 min) Rever brevemente o que foi trabalhado nas sessões anteriores (reconhecer e expressar emoções). Introduzir o foco de hoje: “Como gerir o que sentimos?”. Papel do Enfermeiro Especialista: Facilitar a ligação entre os temas; motivar para o treino prático. 2. Partilha inicial (10 min) Conversa orientada: “O que costumo fazer quando me sinto mal?” “O que me ajuda a acalmar?”. Papel do Enfermeiro Especialista: Promover a reflexão e legitimar estratégias pessoais existentes. 3. Treino prático de técnicas de regulação (15–20 min) Prática orientada das técnicas: - Respiração 4-7-8 <i>Grounding</i> 5-4-3-2-1 - Pausa emocional (respirar e nomear a emoção). Papel do Enfermeiro Especialista: Guiar a prática; modelar as técnicas; reforçar perceção corporal e autocontrolo. 4. Construção do “Kit Emocional Pessoal” (10 min) Cada utente identifica e escreve 3 a 5 estratégias pessoais que o ajudam a regular-se. Papel do Enfermeiro Especialista: Apoiar a formulação de estratégias realistas e individualizadas; promover sentimento de competência.	Encorajar empatia e respeito durante as encenações Fornecer <i>feedback</i> construtivo e positivo. (a preencher após a sessão) Grau de envolvimento e adesão dos utentes Emoções mais frequentemente identificadas Dificuldades observadas Estratégias facilitadoras a manter / melhorar Avaliação global da sessão

	cácia das técnicas.		5. Síntese e encerramento (5 min) Reflexão grupal: “O que levo comigo destas sessões?” “Que técnica quero continuar a praticar?”. Papel do Enfermeiro Especialista: Facilitar a integração das aprendizagens e promover encerramento positivo.
--	---------------------	--	--

Atividades Propostas no Planeamento das Sessões

Dinâmica “O Corpo das Emoções”

Fundamentação Teórica

A dinâmica “O corpo das emoções” constitui uma estratégia expressiva e psicoeducativa centrada na relação entre corpo e emoção, permitindo aos participantes reconhecer e representar sensações corporais associadas a diferentes estados emocionais. Através do desenho sobre uma silhueta humana, os participantes identificam zonas do corpo onde sentem emoções como alegria, tristeza, medo ou raiva, promovendo a consciência emocional e a autopercepção corporal, competências basilares da inteligência emocional (Volynets *et al.*, 2020; Hartmann *et al.*, 2022).

O mapeamento corporal das emoções é uma metodologia cientificamente validada, amplamente utilizada em estudos sobre a representação somática das emoções. Pesquisas desenvolvidas por Volynets *et al.* (2020) e Hartmann *et al.* (2022) demonstraram que as emoções são consistentemente associadas a padrões específicos de ativação corporal, independentemente da cultura ou idade dos participantes. Essas representações permitem traduzir sensações fisiológicas em linguagem simbólica e verbal, facilitando a identificação, diferenciação e comunicação emocional, aspetos frequentemente comprometidos em contextos de sofrimento psíquico.

A aplicação desta metodologia em contextos clínicos e formativos tem evidenciado benefícios na regulação emocional e na empatia, ao promover a escuta corporal e a validação das experiências emocionais. Estudos recentes em enfermagem demonstram que exercícios de mapeamento corporal, combinados com reflexão guiada, favorecem o autoconhecimento e reduzem a supressão emocional entre profissionais e estudantes de saúde (Salem *et al.*, 2025; ErKayiran & Demirkiran, 2024).

Do ponto de vista pedagógico, esta atividade pode ser integrada em programas de inteligência emocional ou intervenções de literacia emocional em saúde mental, articulando dimensões cognitivas, afetivas e corporais. Trabalhos de Dugué *et al.* (2025) e Atena Abbasszade *et al.* (2025) indicam que atividades expressivas e corporais aumentam a consciência emocional, melhoram o controlo emocional e fortalecem as relações interpessoais em contexto de ensino e prática clínica.

Assim, a dinâmica “O corpo das emoções” insere-se numa perspetiva de promoção da autorregulação e de competências emocionais, essenciais para o bem-estar psicológico e para a qualidade da relação terapêutica. Ao estimular a tradução simbólica das emoções e a partilha de experiências entre pares, esta intervenção contribui para

um ambiente de cuidado emocionalmente seguro, potenciando o processo terapêutico e o desenvolvimento pessoal.

Exploração da Roda das Emoções

Fundamentação Teórica

A roda das emoções é uma ferramenta amplamente utilizada em intervenções de literacia emocional, permitindo identificar, diferenciar e nomear emoções básicas e secundárias. A capacidade de reconhecer e verbalizar emoções constitui um dos pilares da inteligência emocional e tem particular relevância em contextos de saúde mental e dependências, onde a desregulação emocional se associa frequentemente a impulsividade, recaída e sofrimento psíquico (Chrétien *et al.*, 2025).

A exploração guiada da roda das emoções facilita a expansão do vocabulário emocional e promove maior clareza na compreensão das experiências internas. Estudos recentes demonstram que intervenções que utilizam perguntas estruturadas como “Quando sentiste isto?” ou “O que desencadeia esta emoção?” aumentam a capacidade de identificação emocional, a flexibilidade cognitiva e a tolerância ao afeto, melhorando a adaptação a situações de *stress* (Rydzewska *et al.*, 2025; Salem *et al.*, 2025). A utilização de exemplos concretos, metáforas ou exercícios de imaginação positiva contribui para tornar o processo mais intuitivo e acessível, especialmente em pessoas em sofrimento psicológico ou com menor literacia emocional (Rydzewska *et al.*, 2025).

Em populações com dependência de substâncias, a dificuldade em reconhecer e regular emoções está intimamente ligada ao risco de recaída. Intervenções focadas na identificação e expressão emocional, incluindo o uso de ferramentas como a roda das emoções, demonstram melhorar o autoconhecimento, reduzir estratégias de evitamento emocional e fortalecer mecanismos adaptativos como a reavaliação cognitiva (Chrétien *et al.*, 2025). A introdução de técnicas complementares como *mindfulness*, respiração consciente e exercícios de atenção ao corpo tem mostrado benefícios adicionais ao reduzir a supressão emocional e promover maior empatia com o próprio e com os outros (Jin *et al.*, 2025; Salem *et al.*, 2025).

O Enfermeiro Especialista em saúde mental desempenha um papel central na facilitação desta atividade. Compete-lhe criar um ambiente seguro de partilha, validar as experiências dos participantes e promover a escuta ativa entre pares, reforçando a

aceitação e a normalização das emoções (Salem *et al.*, 2025). Ao apoiar a verbalização das emoções e ao ajudar os participantes a estabelecer ligações entre eventos, pensamentos e respostas emocionais, o enfermeiro contribui para o desenvolvimento de competências de autorregulação e para a redução de comportamentos desadaptativos.

Deste modo, a exploração da roda das emoções constitui uma intervenção clinicamente pertinente e cientificamente sustentada, capaz de potenciar a consciência emocional, promover empatia e apoiar o processo de reabilitação psicossocial, especialmente relevante em contexto de internamento e tratamento de dependências.

Dinâmica “Como Costumo Expressar-me?”

Fundamentação Teórica

A expressão emocional tem sido amplamente estudada em populações com perturbações por uso de substâncias, evidenciando-se que estes indivíduos apresentam padrões menos adaptativos de regulação emocional e maior dificuldade em identificar, comunicar e gerir as próprias emoções. A literatura demonstra que estes utentes tendem a recorrer a estratégias como supressão emocional, silêncio, isolamento, expressão comportamental exacerbada (choro intenso, irritabilidade, agressividade) e, por vezes, formas mais internas como escrita ou retraimento (Stellern *et al.*, 2022; Ferreira *et al.*, 2021; Hack *et al.*, 2024). Comparativamente a grupos de controlo, utilizam com maior frequência estratégias desadaptativas e apresentam menor recurso a estratégias saudáveis como reavaliação cognitiva, aceitação ou mentalização (Stellern *et al.*, 2022; Ferreira *et al.*, 2021).

Com base nesta evidência, intervenções grupais focadas na expressão emocional têm sido recomendadas para promover a reflexão, aumentar o autoconhecimento e reduzir o estigma associado à expressão afetiva. Modelos atuais de intervenção em saúde mental, como os descritos por Chrétien *et al.* (2025) e Navarro-Haro *et al.* (2025), defendem a utilização de *brainstorming*, discussão guiada, partilha de experiências e questionários de autoavaliação para ajudar os participantes a reconhecer os seus padrões habituais de expressão e compreender a função emocional desses comportamentos.

A atividade “Como costumo expressar-me?” inicia-se com um *brainstorming* coletivo no qual os utentes identificam as formas que normalmente utilizam para expressar as emoções como choro, silêncio, irritação, escrita, afastamento, discurso acelerado,

comportamento impulsivo, entre outros. Esta partilha permite que cada participante tome consciência dos seus padrões emocionais, reconheça semelhanças e diferenças relativamente aos restantes e descubra formas alternativas de se expressar. A literatura indica que este tipo de exercício facilita a validação emocional, reduz sentimentos de vergonha e promove a aceitação da diversidade de expressões afetivas dentro do grupo (Chrétien *et al.*, 2025; Navarro-Haro *et al.*, 2025; Cipriano *et al.*, 2025).

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel central na facilitação desta atividade, atuando de acordo com princípios de comunicação terapêutica e de intervenção psicossocial. A evidência destaca as seguintes responsabilidades:

- Promover a reflexão individual e coletiva, ajudando os participantes a reconhecer que cada forma de expressão emocional tem uma função e que todas são válidas no seu contexto (Chrétien *et al.*, 2025; Cipriano *et al.*, 2025).
- Normalizar e legitimar diferentes formas de expressão, reduzindo o julgamento interno e externo, frequentemente presente em pessoas com dependência (Navarro-Haro *et al.*, 2025).
- Facilitar a verbalização, incentivando a transformação de emoções difusas em palavras compreensíveis, processo associado a diminuição de impulsividade e maior regulação (Cipriano *et al.*, 2025).
- Criar um ambiente seguro e empático, onde a partilha é voluntária e protegida, assegurando limites claros e respeito mútuo.
- Introduzir estratégias de ampliação do repertório emocional, como *mindfulness*, aceitação e reavaliação cognitiva, oferecendo alternativas mais adaptativas para expressar emoções no futuro (Chrétien *et al.*, 2025; Navarro-Haro *et al.*, 2025).
- Modelar atitudes reguladas, demonstrando uma postura calma, empática e centrada na pessoa.

Portanto a implementação desta dinâmica, sustentada pela literatura, contribui para aumentar o autoconhecimento emocional; reduzir sentimentos de vergonha e estigma ligados à expressão afetiva; identificar padrões desadaptativos que frequentemente antecedem recaídas; reforçar competências de comunicação emocional; promover maior coerência entre o que se sente e o que se expressa e fortalecer a coesão grupal e o sentimento de pertença.

Assim, a dinâmica “Como costumo expressar-me?” revela-se fundamental no contexto de internamento de pessoas com dependência, servindo como base para o desenvolvimento de competências superiores de regulação emocional, elemento indispensável à reabilitação e recuperação.

Atividade Expressiva “A Minha Emoção em Imagem”

Fundamentação Teórica

A utilização de atividades expressivas no trabalho emocional com pessoas com perturbações por uso de substâncias tem vindo a ganhar destaque na literatura, especialmente pela sua capacidade de ajudar os participantes a aceder, nomear e transformar emoções difíceis. Intervenções que recorrem ao desenho, à colagem ou à escrita breve demonstram ser particularmente eficazes para facilitar a externalização simbólica das emoções, permitindo que conteúdos internos, muitas vezes difusos ou intensos, assumam forma concreta e visual. Esta materialização favorece a compreensão, reduz a carga emocional e contribui para o desenvolvimento de competências de regulação (Kang *et al.*, 2023; Raghibi & Jafari Kahkha, 2022; V. Pathak *et al.*, 2024).

Estudos recentes em contextos de dependência indicam que atividades artísticas estruturadas, como representar uma emoção através de imagens, criar símbolos pessoais ou construir pequenas narrativas visuais, promovem autoconhecimento, resiliência emocional e diminuição de sintomas de ansiedade e humor depressivo (Kang *et al.*, 2023; Lobanov *et al.*, 2025). Estas práticas reforçam ainda a comunicação não verbal, um recurso importante para utentes que têm dificuldade em verbalizar emoções, quer por vergonha, quer por alexitimia (condição psicológica caracterizada pela dificuldade em identificar, expressar e entender emoções, tanto as próprias quanto as dos outros) frequentemente associada ao consumo prolongado (Raghibi & Jafari Kahkha, 2022; Stevenson & Alzyood, 2025). O carácter criativo e lúdico da atividade também aumenta o envolvimento, a motivação e o sentimento de competência.

Na atividade “A minha emoção em imagem”, cada utente escolhe uma emoção relevante para si no momento e representa-a através de desenho, colagem ou escrita curta. O processo é livre, não técnico e centrado na expressão pessoal. O objetivo é permitir que cada participante explore a emoção para além das palavras, criando um objeto visual que funcione como ponto de reflexão e diálogo interno. Após a construção, a obra pode ser partilhada com o grupo, caso o utente se sinta confortável. A

partilha tende a promover sentimento de pertença, validação mútua e reconhecimento de que diferentes emoções são experienciadas de formas diversas e igualmente legítimas.

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel essencial na facilitação desta atividade, contribuindo para que o processo criativo se transforme também num processo terapêutico. A literatura destaca várias responsabilidades fundamentais:

- Estímulo da criatividade e da expressão espontânea, encorajando cada pessoa a explorar a emoção sem medo de errar ou de ser julgada (Kang *et al.*, 2023; Raghibi & Jafari Kahkha, 2022).
- Garantia de um ambiente seguro e acolhedor, onde emoções difíceis possam emergir com apoio e contenção adequada (Jessica Marian Goodman-Casanova *et al.*, 2023).
- Facilitação da reflexão, ajudando os utentes a integrar o que criaram, a atribuir significado à imagem e a relacioná-la com experiências pessoais (Raghibi & Jafari Kahkha, 2022; Stevenson & Alzyood, 2025).
- Validação de todas as formas de expressão, reconhecendo estilos diferentes de criação e ritmos distintos de envolvimento emocional (Kang *et al.*, 2023).

Este papel combina princípios de comunicação terapêutica, arte como ferramenta de cuidado e intervenção psicoeducativa, reforçando a autonomia e a capacidade de autorregulação dos utentes.

A evidência demonstra que este tipo de atividade contribui para maior clareza emocional, redução da tensão interna e da ansiedade; aumento da consciência corporal e afetiva; maior facilidade em verbalizar emoções posteriormente; fortalecimento da relação terapêutica e da coesão grupal (Raghibi & Jafari Kahkha, 2022; Stevenson & Alzyood, 2025; Lobanov *et al.*, 2025; Kang *et al.*, 2023).

Em contexto de internamento, onde emoções intensas e ambivalentes são frequentes, atividades expressivas constituem uma estratégia acessível, eficaz e adaptável às necessidades individuais, reforçando o trabalho de regulação emocional iniciado noutras dinâmicas do programa.

Treino Prático de Técnicas de Regulação Emocional

Fundamentação Teórica

O treino estruturado de técnicas de regulação emocional constitui uma componente central das intervenções em saúde mental dirigidas a pessoas com perturbações por uso de substâncias. A investigação demonstra que estratégias como a respiração controlada, o *grounding* e a pausa emocional contribuem para melhorar o autocontrolo, reduzir impulsos associados ao *craving* e promover maior estabilidade emocional. A integração destas práticas em contexto grupal ou individual facilita a aprendizagem experiencial e o desenvolvimento gradual de competências emocionais, essenciais em fases de abstinência e recuperação (Fincham *et al.*, 2023; Mitsea *et al.*, 2024; Chrétien *et al.*, 2025).

A respiração controlada, incluindo técnicas como 4-7-8, tem demonstrado benefícios significativos na diminuição da ansiedade, do *stress* e de sintomas depressivos, resultando também num aumento da perceção corporal e capacidade de autorregulação. A prática regular destas técnicas potencia um estado fisiológico mais estável, reduzindo reatividade emocional e melhorando o foco da atenção (Fincham *et al.*, 2023; Mitsea *et al.*, 2024).

As técnicas de *grounding*, como o método 5-4-3-2-1, são amplamente recomendadas em programas de regulação emocional dirigidos a populações com dependência. Ao direcionarem a atenção para os sentidos e para o momento presente, ajudam a reduzir impulsividade, interromper pensamentos ruminantes e apoiar a gestão de emoções intensas (Nandrino *et al.*, 2021; Chrétien *et al.*, 2025).

A pausa emocional, baseada em parar, respirar e nomear a emoção, é reconhecida como uma estratégia fundamental para aumentar consciência emocional, promover aceitação e reduzir o uso de estratégias desadaptativas, como evitamento ou supressão. O treino repetido desta técnica melhora a capacidade de identificar precocemente sinais de desregulação e agir de forma mais consciente (Nandrino *et al.*, 2021; El *et al.*, 2023).

O Enfermeiro Especialista desempenha um papel ativo e estruturante neste tipo de intervenção, assegurando que o processo de aprendizagem é seguro, claro e ajustado ao grupo. A literatura sublinha várias responsabilidades centrais:

- Guiar e modelar a prática, demonstrando as técnicas, explicando o racional e acompanhando passo a passo a execução, especialmente útil para utentes com baixa literacia emocional (Chrétien *et al.*, 2025; El *et al.*, 2023).

- Promover a percepção corporal, ajudando cada participante a reconhecer como a respiração, a postura e as sensações físicas se relacionam com o estado emocional, aumentando autonomia e autocontrolo (Fincham *et al.*, 2023; Mitsea *et al.*, 2024).

- Criar um ambiente seguro e não julgador, estimulando a partilha de experiências durante e após os exercícios, validando reações diversas e encorajando a continuidade da prática fora das sessões (Nandrino *et al.*, 2021; El *et al.*, 2023).

As técnicas de respiração, *grounding* e pausa emocional têm mostrado resultados consistentes na: redução de impulsividade e *craving*; melhoria da atenção e foco no presente; diminuição de estados de ansiedade e tensão fisiológica; maior consciência emocional e capacidade de autorregulação; prevenção de recaídas, através de melhor gestão de emoções gatilho (Nandrino *et al.*, 2021; Chrétien *et al.*, 2025; Fincham *et al.*, 2023; Mitsea *et al.*, 2024; El *et al.*, 2023).

A prática regular, guiada por um profissional especializado, reforça o desenvolvimento de estratégias internas de autocontrolo, essenciais no processo de reabilitação.

Construção do “Kit Emocional Pessoal”

Fundamentação Teórica

A criação do “Kit Emocional Pessoal” constitui um passo importante na consolidação das competências de regulação emocional em pessoas com perturbação por uso de substâncias. Esta atividade, que envolve identificar e registar estratégias individuais que ajudam cada utente a regular-se, apoia o desenvolvimento de autonomia, autocontrolo e consciência emocional, elementos essenciais para a recuperação e prevenção de recaídas.

Intervenções que incentivam os participantes a identificar e escrever estratégias próprias de regulação emocional são amplamente recomendadas para fortalecer a percepção emocional, promover o uso de estratégias adaptativas e aumentar o autocontrolo. Estudos mostram que a criação de repertórios individuais de estratégias (“*emotional toolkits*”) facilita a aplicação prática destas competências em momentos de *stress* ou *craving*, reforçando o envolvimento ativo na gestão emocional diária (Chrétien *et al.*, 2025; Roos *et al.*, 2020; Nandrino *et al.*, 2021; Batchelder *et al.*, 2020).

A literatura sublinha ainda que a formulação de estratégias personalizadas, quando apoiada por um profissional, promove sentimento de competência, autoeficácia e motivação para a mudança, aspetos centrais para a manutenção da abstinência e a prevenção de recaídas. O papel do Enfermeiro Especialista na validação e ajuste destas estratégias torna o processo mais seguro e realista, especialmente em contextos de vulnerabilidade emocional (Souilm, 2023; Schneider-Matyka *et al.*, 2025).

Durante a construção do “Kit Emocional Pessoal”, o Enfermeiro Especialista assegura que o processo é significativo e ajustado às necessidades individuais, desempenhando funções centrais:

- Apoiar a identificação de estratégias realistas e individualizadas, ajudando os utentes a distinguir estratégias funcionais das desadaptativas (Chrétien *et al.*, 2025; Roos *et al.*, 2020).
- Promover autonomia e competência, reforçando pequenas conquistas e aumentando a confiança na capacidade de autorregulação (Souilm, 2023; Schneider-Matyka *et al.*, 2025).
- Facilitar reflexão sobre as escolhas, incentivando os participantes a compreenderem quando e como cada estratégia pode ser aplicada, consolidando assim o uso prático do kit (Nandrino *et al.*, 2021; Moghadam *et al.*, 2021).
- Validar todas as formas de expressão, favorecendo um ambiente seguro que apoia a experimentação e o autoconhecimento (Batchelder *et al.*, 2020).

A literatura evidencia que atividades estruturadas de construção de repertórios pessoais contribuem para maior autocontrolo e flexibilidade emocional; aumento da consciência dos próprios gatilhos e necessidades; fortalecimento da autoeficácia e motivação para a mudança; redução de recaídas através da disponibilidade de estratégias alternativas; integração prática das competências aprendidas durante as sessões (Chrétien *et al.*, 2025; Roos *et al.*, 2020; Nandrino *et al.*, 2021; Batchelder *et al.*, 2020; Souilm, 2023; Moghadam *et al.*, 2021).

Conclusão

O projeto de melhoria “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional” surge da necessidade identificada de reforçar a intervenção dos enfermeiros na área da gestão emocional dos utentes em processo de desabituação de substâncias. A proposta visa implementar uma intervenção grupal breve, estruturada e replicável, orientada para o desenvolvimento das competências de identificação, expressão e regulação emocional, reconhecidas como fundamentais para a adesão terapêutica e para a prevenção de recaídas.

Sustentado em evidência científica e na prática reflexiva em contexto de estágio, este projeto pretende potenciar a dimensão relacional e psicoterapêutica da enfermagem de saúde mental, promovendo espaços de expressão emocional seguros, dinâmicos e humanizados. A integração de uma ferramenta de avaliação validada, a Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (EIEWL), permitirá recolher dados objetivos que fundamentem a pertinência e a eficácia futura da intervenção.

Enquanto proposta de melhoria contínua, o projeto pretende contribuir para a qualidade e inovação dos cuidados de enfermagem na Unidade de Respostas Diferenciadas, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista como agente de mudança e promotor de saúde mental. A sua implementação futura permitirá avaliar o impacto real na vivência emocional dos utentes e na dinâmica terapêutica do serviço, constituindo um passo importante na consolidação de práticas baseadas na evidência e centradas na pessoa.

Em síntese, este projeto representa um compromisso com a humanização, a qualidade e a transformação do cuidado, apostando na regulação emocional como eixo essencial da recuperação e da saúde mental.

Bibliografia

- Atena Abbasszade, Jamileh Farokhzadian, Mahya Torkaman, & Miri, S. (2025). A transactional analysis training program on cognitive flexibility and emotion regulation in undergraduate nursing students: an experimental study. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02961-w>
- Batchelder, A. W., Moskowitz, J. T., Jain, J., Cohn, M., Earle, M. A., & Carrico, A. W. (2020). A Novel Technology-Enhanced Internalized Stigma and Shame Intervention for HIV-Positive Persons With Substance Use Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(1), 55–69. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.03.001>
- Chrétien, S., Giroux, I., Smith, I., Jacques, C., Ferland, F., Serge Sévigny, & Bouchard, S. (2025). Emotional Regulation in Substance-Related and Addictive Disorders Treatment: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*, 41. <https://doi.org/10.1007/s10899-024-10366-8>
- Cipriano, G., Peluso, P. R., Bright, E., & Blanka Hutarkova. (2025). Applying affect coding and dynamical systems mathematical modeling to understanding the role of emotional expression on the therapeutic relationship across an entire course of substance abuse treatment. *Frontiers in Human Neuroscience*, 19. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2025.1544437>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(4), 145–151. <https://doi.org/10.1590/s0101-60832010000400001>
- Dugué, M., Sirost, O., Heutte, N., & Dosseville, F. (2025). Emotional intelligence training in health students: a pilot study. *Frontiers in Sports and Active Living*, 7. <https://doi.org/10.3389/fspor.2025.1511851>

- El, A., Shymaa Zedan Abdelhai, & Hamza, M. (2023). Tele-Nursing Instructions Toward Emotional Regulation among Addict Patients for Preventing Relapse after Discharge. *Egyptian Journal of Nursing and Health Sciences*, 4(4), 298–319. <https://doi.org/10.21608/ejnhs.2023.346551>
- Emery, N. N., Walters, K. J., Njeim, L., Barr, M., Gelman, D., & Eddie, D. (2022). Emotion differentiation in early recovery from alcohol use disorder: Associations with in-the-moment affect and 3-month drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 46(7), 1294–1305. <https://doi.org/10.1111/acer.14854>
- Endalamaw, A., Khatri, R. B., Mengistu, T. S., Erku, D., Wolka, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: Conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BioMed Central Health Services Research*, 24(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- Ferreira, S., Moutinho, L., & Teixeira, J. (2021). Emotional regulation in alcohol use disorder (AUD). *European Psychiatry*, 64(S1), S573–S573. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1529>
- Fincham, G. W., Strauss, C., Montero-Marin, J., & Cavanagh, K. (2023). Effect of breathwork on stress and mental health: A meta-analysis of randomised-controlled trials. *Scientific Reports*, 13(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-27247-y>
- Gagiu, C., Mazilu, D. C., Zazu, M., Nedelcu, V., Jitianu, D. A., Manea, M., Vrbová, T., Klugar, M., & Klugarová, J. (2023). Patient-centered health care planning in acute inpatient mental health settings: a best practice implementation project. *JBI Evidence Implementation*, 21(S1), S28. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000381>
- Hack, R. L., Aigner, M., Musalek, M., Crevenna, R., & Konicar, L. (2024). Brain regulation training improves emotional competences in patients with alcohol use

- disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 19(1), nsae048.
<https://doi.org/10.1093/scan/nsae048>
- Hartmann, M., Lenggenhager, B., & Stocker, K. (2022). Happiness feels light and sadness feels heavy: introducing valence-related bodily sensation maps of emotions. *Psychological Research*, 87(59–83).
<https://doi.org/10.1007/s00426-022-01661-3>
- Huang, Y., & Chen, X. (2021). Efficacy of Group Music Therapy Based on Emotion-Regulation Skills on Male Inpatients With Alcohol Dependence: A Randomized, Controlled Pilot Trial. *Frontiers in Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.697617>
- Jessica Marian Goodman-Casanova, Guzman-Parra, J., Mayoral-Cleries, F., & Cuesta-Lozano, D. (2023). Community-based art groups in mental health recovery: A systematic review and narrative synthesis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(2). <https://doi.org/10.1111/jpm.12970>
- Jin, T., Hong, S., Liu, J., Liu, L., Jia, S., & Shen, G. (2025). Emotion regulation strategy moderates the impact of emotional labor on burnout in psychiatric nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03487-x>
- Justyna Zaorska, Małgorzata Rydzewska, Kopera, M., Paweł Wiśniewski, Trucco, E. M., Paweł Kobylński, & Jakubczyk, A. (2023). Distress tolerance and emotional regulation in individuals with alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1175664>
- Kang, S.-J., Pei, C.-Z., Lee, D.-H., Ha, J.-E., & Baek, K.-H. (2023). A pilot randomized clinical trial of biomedical link with mental health in art therapy intervention programs for alcohol use disorder: Changes in NK cells, addiction biomarkers, electroencephalography, and MMPI-2 profiles. *PLOS ONE*, 18(5), e0284344–e0284344. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284344>
- Lobanov, S., Voshkolup, H., Zhylin, M., Medvedieva, O., & Usyk, D. (2025). The Effect

- of Emotional Regulation for the Successful Treatment of Emotional Dependence in Young People. *International Journal of Statistics in Medical Research*, 14, 126–135. <https://doi.org/10.6000/1929-6029.2025.14.13>
- Mitsea, E., Drigas, A., & Skianis, C. (2024). Artificial Intelligence, Immersive Technologies, and Neurotechnologies in Breathing Interventions for Mental and Emotional Health: A Systematic Review. *Electronics*, 13(12), 2253. <https://doi.org/10.3390/electronics13122253>
- Moghadam, M., Makvandi, B., & Naderi, F. (2021). The Effects of Mindfulness Training and Dialectical Behavior Therapy on Drug Craving and Emotion Self-regulation in Clients With Substance-dependence. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 7(2), 131–138. <https://doi.org/10.32598/jccnc.7.2.329.2>
- Moore, R., Gillanders, D., & Stuart, S. (2022). The Impact of Group Emotion Regulation Interventions on Emotion Regulation Ability: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2519. <https://doi.org/10.3390/jcm11092519>
- Nandrino, J.-L., Claisse, C., Duprez, C., Defrance, L., Brunelle, E., Naassila, M., & Gandolphe, M.-C. (2021). Training emotion regulation processes in alcohol-abstinent individuals: A pilot study. *Addictive Behaviors*, 114, 106652. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106652>
- Navarro-Haro, M. V., Abanades-Morillo, A., Óscar Pérís-Baquero, Verónica Martínez-Borba, Crespo-Delgado, E., Baquero-Escribano, A., Masferrer-Boix, L., & Osma, J. (2025). Implementation of two transdiagnostic interventions based on emotional regulation for professionals who treat alcohol addiction in the Spanish mental health system: A multicenter mixed methods pilot study protocol. *PLoS ONE*, 20(5), e0318512–e0318512. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318512>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 356/2015: Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde*

- mental. Diário da República, 2.ª série*(122), 16932–16942. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Orkun Erkayiran, & Fatma Demirkiran. (2024). The Effect of Emotion Regulation Training on Nurses: A Quasi-Experimental Study. *Nursing and Health Sciences*, 26(4). <https://doi.org/10.1111/nhs.70017>
- Raghibi, M., & Jafari Kahkha, S. (2022). The Effectiveness of Expressive Arts Group Therapy in Resilience and Emotion Regulation Among Addicts Undergoing Rehabilitation. *Journal of Research & Health*, 12(4), 253–260. <https://doi.org/10.32598/jrh.12.4.1451.1>
- Roos, C. R., Kober, H., Trull, T. J., MacLean, R. R., & Mun, C. J. (2020). Intensive Longitudinal Methods for Studying the Role of Self-Regulation Strategies in Substance Use Behavior Change. *Current Addiction Reports*, 7(3), 301–316. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00329-5>
- Rydzewska, M., Zaorska, J., Kopera, M., Kobyliński, P., Trucco, E. M., Wiśniewski, P., Marciniuk, A., Żmigrodzka, A., & Jakubczyk, A. (2025). Positive mental imagery, emotion regulation and depressive symptoms in individuals with alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1533801>
- Saccaro, L. F., Giff, A., De, M., & Piguet, C. (2024). Interventions targeting emotion regulation: an umbrella systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 263–274. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.025>
- Salem, G. M. M., Hashimi, W., & El-Ashry, A. M. (2025). Reflective mindfulness and emotional regulation training to enhance nursing students' self-awareness, understanding, and regulation: a mixed method randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03086-w>
- Schneider-Matyka, D., Cybulska, A. M., Panczyk, M., Andruszkiewicz, A., Dyk, D., Gaworska-Krzemińska, A., Gniadek, A., Kozieł, D., Kupcewicz, E., Młynarska, A., Lewko, J., Ślusarska, B., Śniegocka, M., Grochans, E., & Rachubińska, K.

- (2025). The impact of self-efficacy on substance use in nursing students: the mediating role of sense of coherence. *BMC Nursing*, 24(1).
<https://doi.org/10.1186/s12912-025-03337-w>
- Souilm, N. (2023). Equine-assisted therapy effectiveness in improving emotion regulation, self-efficacy, and perceived self-esteem of patients suffering from substance use disorders. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1).
<https://doi.org/10.1186/s12906-023-04191-6>
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2022). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30–47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Stevenson, H., & Alzyood, M. (2025). Healing through art: a thematic synthesis within a quasi-systematic review of art's impact on adult mental well-being during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*, 25(1).
<https://doi.org/10.1186/s12889-025-22741-0>
- V. Mitikhin, T. Solokhina, L. Burygina, & L. Alieva. (2024). The nurses' assessment of the psychiatric care quality and the development of measures to improve it. *European Psychiatry*, 67(S1), S283–S284.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.592>
- V. Pathak, J., Maya Kulkarni, M., & Kulkarni, K. (2024). Assessing the impact of expressive arts therapy on enhancing self-compassion in individuals with substance use disorder. *Paripez Indian Journal of Research*, 13(5), 36–39.
<https://doi.org/10.36106/paripex/8904981>
- Vigfusdottir, J., Breivik, E., Henden, B. O., Egil Jonsbu, Lien, L., Stenmark, H., & Mork, E. (2025). Difficulties in emotion regulation among patients with substance use disorder and a history of exposure to traumatic events: the role of PTSD symptoms, emotional avoidance, shame, and guilt. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2509385>
- Volynets, S., Glerean, E., Hietanen, J. K., Hari, R., & Nummenmaa, L. (2020). Bodily

maps of emotions are culturally universal. *Emotion*, 20(7).
<https://doi.org/10.1037/emo0000624>

Wälchli, G., Berger, T., Nissen, C., Franz Moggi, & Bielinski, L. L. (2024). Examining the Potential of an Internet-Based Emotion Regulation Intervention Added to Acute Psychiatric Inpatient Care: Results from a Randomized Controlled Pilot Trial. *Psychiatry Research*, 344, 116326–116326.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116326>

Weiss, N. H., Kiefer, R., Goncharenko, S., Raudales, A. M., Forkus, S. R., Schick, M. R., & Contractor, A. A. (2021). Emotion regulation and substance use: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 230, 109131.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109131>

ANEXO 1

Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law WLEIS – P

Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS – P

Avaliação das próprias emoções

1. Na maioria das vezes tenho uma boa noção das razões pelas quais tenho certos sentimentos.
2. Compreendo bem as minhas emoções.
3. Compreendo verdadeiramente o que sinto.
4. Sei sempre se estou ou não contente.

Avaliação das emoções dos outros

5. Reconheço as emoções dos meus amigos através do seu comportamento.
6. Sou um bom observador das emoções dos outros.
7. Sou sensível aos sentimentos e emoções dos outros.
8. Compreendo bem as emoções das pessoas que me rodeiam

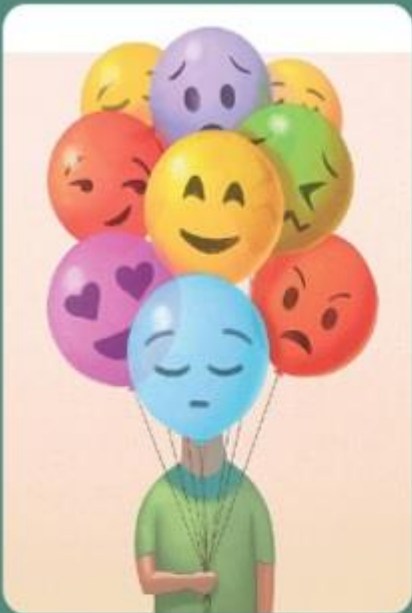
Uso das Emoções

9. Estabeleço sempre metas para mim próprio, tentando em seguida dar o meu melhor para as atingir.
10. Tenho por hábito dizer a mim próprio que sou uma pessoa competente.
11. Sou uma pessoa que se auto-motiva.
12. Encorajo-me sempre a dar o meu melhor.

Regulação das Emoções

13. Sou capaz de controlar o meu temperamento, conseguindo assim lidar com as dificuldades de forma racional.
14. Consigo controlar bem as minhas emoções.
15. Sou capaz de me acalmar rapidamente quando estou muito irritado.
16. Possuo um bom controlo das minhas emoções.

APRESENTAÇÃO DO PROJETO



Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional

Projeto de Melhoria Contínua

Fillipe Pinho
Francisca Augusto

Estudantes do Mestrado de Saúde Mental e Psiquiatria
Instituto Piaget de Vila Nova de Gaia



Definição da [REDACTED]

Contexto e Desafios da Intervenção

A Unidade de [REDACTED] é um serviço especializado destinado à estabilização clínica, monitorização e intervenção terapêutica de pessoas com perturbações por uso de substâncias.

Funciona num regime de internamento de curta duração, orientado para a redução de sintomas de abstinência, promoção de segurança física e emocional, e preparação do utente para etapas subsequentes do tratamento.

Desafio Identificado pela Equipa

Gestão emocional durante o internamento



Justificação do Projeto

Porquê uma intervenção de regulação emocional?

- Elevada dificuldade em identificar e regular emoções
- Emoções intensas influenciam craving, impulsividade e adesão terapêutica
- Internamento curto limita intervenções profundas, mas abre espaço a intervenções breves e estruturadas

Benefícios dos Projetos de Melhoria Contínua

Melhoria da Qualidade

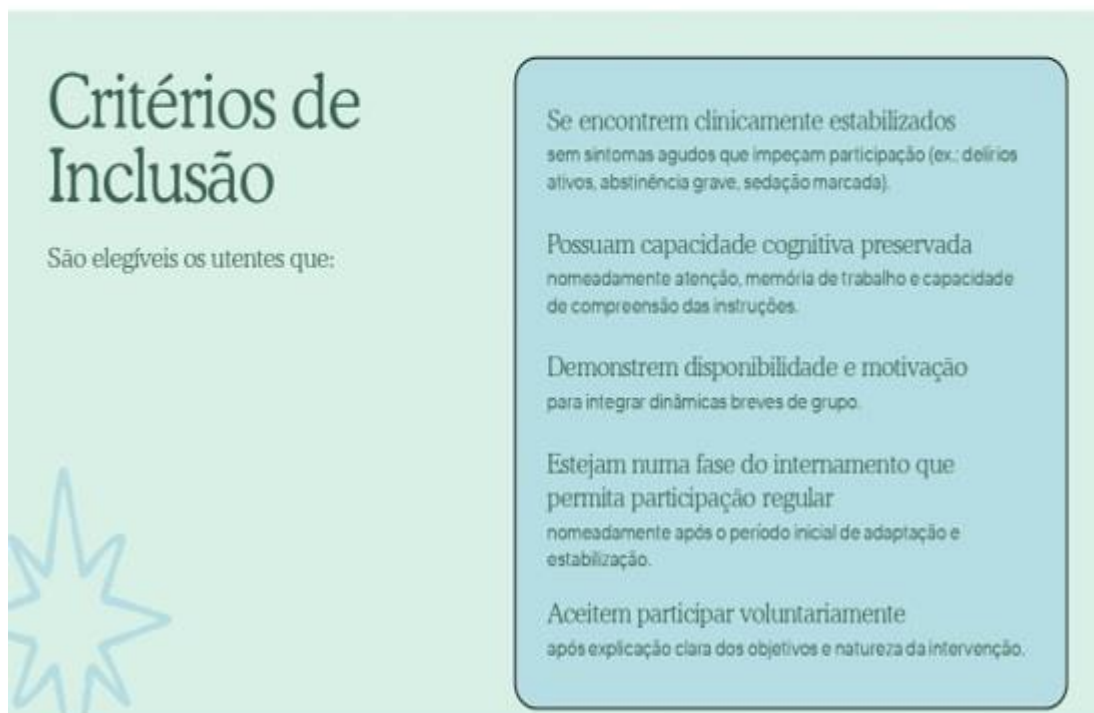
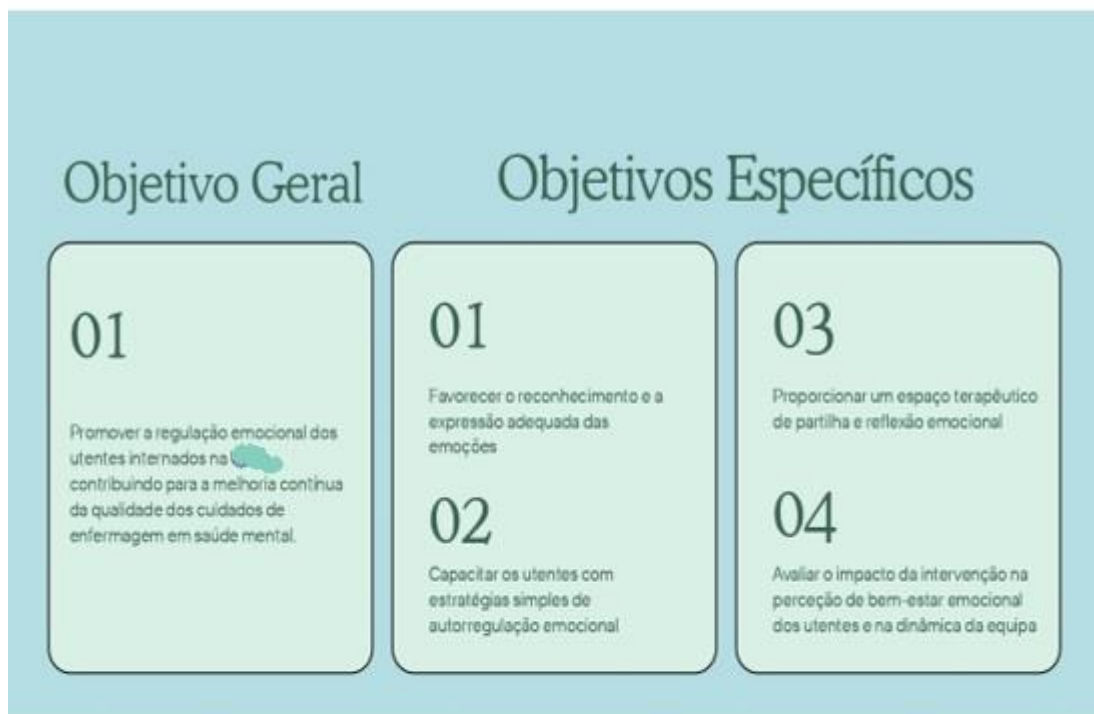
- Melhoram qualidade e segurança dos cuidados
- Tornam intervenções replicáveis e sustentáveis
- Integram práticas baseadas na evidência
- Facilitam trabalho multidisciplinar

Ciclo PDCA

A implementação do ciclo PDCA facilita a identificação de áreas de melhoria e garante que as intervenções sejam **sistemáticas e eficazes**, promovendo um ambiente de aprendizagem constante.

Endalamaw et al., 2024; Ordem dos Enfermeiros, 2001





CrITÉRIOS de Exclusão

São excluídos os utentes que apresentem:

Sintomatologia psiquiátrica aguda que interfira com a comunicação, comportamento ou segurança (ex.: agitação grave, desorganização do pensamento).

Limitações cognitivas significativas que comprometam a compreensão das tarefas ou dinâmicas propostas.

Comportamentos de risco para o grupo incluindo impulsividade severa, hostilidade ou incapacidade de respeitar limites básicos.

Quadro clínico incompatível (ex.: necessidade de isolamento, pós-crises médicas, estados de abstinência intensa).

Baixa disponibilidade emocional ou motivacional manifestada por recusa consistente após esclarecimento.

Intervenção: “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”

Duração total

3 sessões de 30–45 minutos cada, dinamizadas no período do internamento

Periodicidade

A intervenção segue uma periodicidade de 1 sessão por dia, podendo ser realizada em dias consecutivos ou alternados, conforme o funcionamento da unidade e ajustada ao tipo e duração do internamento.

Formato

Grupo (4–8 participantes), conduzido por enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Intervenção: “Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional”

Temas das Sessões

Reconhecer as
emoções: Identificar
emoções básicas e
sinais físicos
associados

Emery et al., 2022; Weiss et al., 2021

Expressar emoções
de forma saudável

Vigfusdottir et al., 2025; Emery et al.,
2022

Regular emoções

Stellern et al., 2022; Justyna Zaorska et al.,
2023; Navarro-Haro et al., 2025; Weiss et al.,
2021

Resultados Observados na Literatura

Identificação das emoções

- Aumenta a consciência emocional e a literacia emocional
- Benefícios especialmente evidentes em pessoas com dependência de álcool

(Navarro-Haro et al., 2025; Chrétien et al., 2025; Nandrino et al., 2020)

Expressão emocional adequada

- Reduz impulsividade
- Diminui isolamento social
- Melhora a qualidade das relações interpessoais

(Moore et al., 2022; Wälehti et al., 2024)

Regulação emocional

- Associa-se a menos recaídas
- Contribui para maior estabilidade emocional
- Promove o bem-estar global

(Navarro-Haro et al., 2025; Huang & Chen, 2021)



Instrumento de Avaliação WLEIS-P

O WLEIS-P é um instrumento que avalia a inteligência emocional em quatro dimensões, facilitando a aplicação e análise antes e após a intervenção.

1

2

3

4

Próprias Emoções

Emoções dos Outros

Uso das Emoções

Regulação das Emoções

Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS – P

Avaliação das próprias emoções

1. Na maioria das vezes tenho uma boa noção das razões pelas quais tenho certos sentimentos.
2. Compreendo bem as minhas emoções.
3. Compreendo verdadeiramente o que sinto.
4. Sei sempre se estou ou não contente.

Avaliação das emoções dos outros

5. Reconheço as emoções dos meus amigos através do seu comportamento.
6. Sou um bom observador das emoções dos outros.
7. Sou sensível aos sentimentos e emoções dos outros.
8. Compreendo bem as emoções das pessoas que me rodeiam.

Uso das Emoções

9. Estabeleço sempre metas para mim próprio, tentando em seguida dar o meu melhor para as atingir.
10. Tenho por hábito dizer a mim próprio que sou uma pessoa competente.
11. Sou uma pessoa que se auto-motiva.
12. Encorajo-me sempre a dar o meu melhor.

Regulação das Emoções

13. Sou capaz de controlar o meu temperamento, conseguindo assim lidar com as dificuldades de forma racional.
14. Consigo controlar bem as minhas emoções.
15. Sou capaz de me acalmar rapidamente quando estou muito irritado.
16. Posso um bom controlo das minhas emoções.

(Rodrigues et al, 2011)

Sessão 1: Reconhecer as emoções: Identificar emoções básicas e sinais físicos associados

Objetivos

Ajudar os utentes a reconhecer as emoções básicas;

Favorecer a consciência das manifestações corporais e cognitivas associadas a cada emoção;

Estimular a verbalização emocional e o reconhecimento das emoções em si e nos outros.

Metodologia

Utilização de estratégias expressivas e simbólicas para facilitar o reconhecimento emocional;

Comunicação terapêutica e escuta ativa como ferramentas de facilitação;

Avaliação contínua da participação e envolvimento dos utentes

Exercícios Práticos

Dinâmica "O corpo das emoções"

Exploração da Roda das Emoções



Sessão 2: Expressar emoções de forma saudável

Objetivos

Promover a expressão emocional adequada e segura, em contexto grupal;

Explorar diferentes canais de expressão emocional (verbal, escrita, artística, simbólica);

Refletir sobre as consequências da repressão ou explosão emocional;

Estimular o desenvolvimento de estratégias assertivas de comunicação emocional.

Metodologia

Abordagem experiencial e expressiva;

Estímulo à reflexão guiada e à partilha emocional;

Utilização da comunicação terapêutica e reforço positivo;

Observação da forma e conteúdo da expressão emocional durante a dinâmica;

Avaliação contínua da participação, envolvimento e autoexpressão.

Exercícios Práticos

Dinâmica "Como costumo expressar-me?"

Atividade expressiva "A minha emoção em imagem"



Sessão 3: Regular Emoções

Objetivos

Desenvolver a capacidade de autorregulação emocional em situações de stress;

Treinar técnicas simples e eficazes de relaxamento e grounding;

Promover o autoconhecimento e autocontrolo emocional;

Estimular a construção de um "kit pessoal de estratégias de regulação" adaptado a cada utente.

Metodologia

Abordagem experiencial, centrada na prática e reflexão;

Treino psicoeducativo de estratégias de regulação emocional;

Demonstração e treino orientado com feedback;

Avaliação contínua do impacto e da perceção subjetiva de eficácia das técnicas.

Exercícios Práticos

Partilha inicial

Treino prático de técnicas de regulação

Construção do "Kit Emocional Pessoal"



Cronograma Projeto: "Cuidar das Emoções: Intervenção Breve de Regulação Emocional"



Indicadores

Indicadores de Processo

Visam monitorizar a execução da intervenção, a adesão dos participantes e a perceção da equipa quanto à sua aplicabilidade e utilidade

Dimensões: Adesão, Fidelidade à intervenção; Satisfação dos profissionais e Viabilidade organizacional

Indicadores de Resultado (Curto Prazo)

Avaliam as mudanças esperadas nos utentes após a intervenção, tanto ao nível da regulação emocional como da perceção de bem-estar e aprendizagem

Dimensões: Regulação emocional, Bem-estar subjetivo, Aprendizagem percebida, Adesão terapêutica percebida

Indicadores de impacto (Médio Prazo)

Permitirão avaliar, numa fase posterior, o impacto da intervenção a nível organizacional e na continuidade de cuidados, caso o projeto venha a ser implementado de forma sistemática na unidade

Dimensões: Continuidade de cuidados, Reinternamento precoce, Satisfação global com o internamento

Resultados Esperados



Aumento da consciência e clareza emocional dos participantes,

permitindo um reconhecimento mais rápido e preciso das emoções e dos seus gatilhos.

Melhoria na expressão e comunicação emocional em grupo,

favorecendo a partilha, a validação entre pares e a diminuição do isolamento emocional.

Redução de dificuldades em regular emoções negativas,

através da aprendizagem de estratégias práticas que promovem maior autocontrolo e estabilidade emocional.

Melhoria na adesão terapêutica e no clima relacional entre utentes e equipa,

refletindo maior confiança, colaboração e envolvimento no processo de desabitação.

Validação de uma intervenção replicável e de baixo custo para unidades similares,

demonstrando a sua aplicabilidade, simplicidade e potencial para integração em diferentes contextos clínicos.

Conclusão

A intervenção é viável, útil e adaptada ao contexto da 

Alinhada com o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica na promoção da saúde mental;

Representa um contributo concreto para a melhoria contínua;

Responde a uma necessidade identificada pela equipa;

Pode melhorar o bem-estar emocional e a experiência de internamento

Pode contribuir para o empoderamento emocional dos utentes.



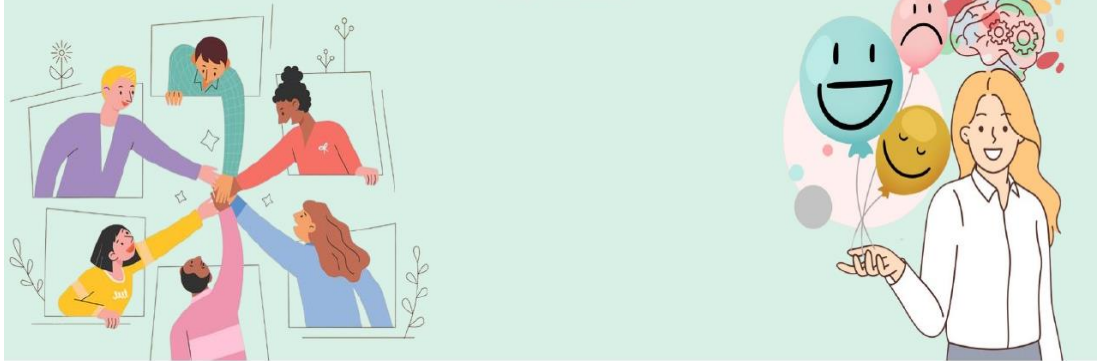
Referências Bibliográficas



Scan me

Muito Obrigado pela Atenção Dispensada

Dúvidas?



POSTER DO PROJETO



ANEXO V: POSTER PARA APRESENTAÇÃO EM CON- GRESSO

ANEXO VI: APRESENTAÇÃO “O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”



XVI CONGRESSO INTERNACIONAL D'ASPESM
Intervenções Psicoterapêuticas



“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”

Maria Francisca da Costa Augusto¹

Bernardete Raquel Ferreira Souto²

Filipe Miguel Peixoto Santos Pinho³

^{1,2} ULSTS – UPA

³ ULSGE

15 de outubro de 2025



“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”



INTRODUÇÃO

Enquadramento do Projeto:

- Desenvolvido numa unidade hospitalar de recuperação no norte do país.
- **População:** 16 utentes com doença mental crónica, estáveis e institucionalizados.
- **Objetivo:** Criar um espaço terapêutico seguro para a expressão e regulação emocional, através de intervenções criativas e não verbais.

Justificação da Intervenção: Dificuldades expressivas e comunicacionais comuns neste perfil de utentes.

Evidência científica demonstra que abordagens expressivas (ex. música, teatro, mímica) melhoram:

- Autoestima;
- Identidade;
- Regulação emocional;
- Relações interpessoais.

(Crawford & Burns, 2020; República Portuguesa, 2023)



“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”



MÉTODOS

Tipo de Intervenção:

Programa psicoterapêutico de grupo: “O Círculo das Emoções”;

Duração: **4 semanas** (1 sessão/semana, 45-60 min);

Local: **Unidade de Recuperação** – Unidade Hospitalar do Norte de Portugal;

Participantes: **16 utentes institucionalizados**;

Facilitadores: **Enfermeiro especialista e co-terapeuta**.

Objetivo Geral:

- Promover a consciência e expressão emocional em grupo;
- Estimular competências de inteligência emocional, empatia e autorreflexão.

Instrumento de Avaliação:

Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS-P) – pré e pós intervenção. (Rodrigues et al., 2011)

Sessões temáticas com estratégias não verbais:

- Musicoterapia;
- Filmoterapia;
- Roleplay;
- Mímica corporal.

▶▶▶ XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”



Planos de sessão:

Sessão 1 – Musicoterapia

- Emoções associadas à música com partilhas pessoais;
- Diferença entre emoções e sentimentos;
- Apresentação do Quadro e Roda das Emoções.

(Tang et al., 2020; Shan & Qi, 2024; Wang & Azizah Binti Abdullah, 2024)



Sessão 2 – Mímica

- Expressão corporal de emoções sem palavras;
- Interpretação e reconhecimento pelo grupo;
- Reflexão sobre comunicação não verbal;
- Inclusão com imagens para utentes com baixa literacia.

(Gonçalves et al., 2021; Czamanski-Cohen & Weihs, 2023)



▶▶▶ XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”

Planos de sessão:

Sessão 3 – Filmoterapia

- Filme “Up – Altamente”;
- Identificação de emoções nas personagens;
- Debate sobre comunicação e mal-entendidos;
- Reflexão simbólica sobre perda, mudança e reconexão;

(Armen Mekhakyants & Szulc, 2025)



Sessão 4 – Roleplay

- Situações do cotidiano e metáfora do Feiticeiro de Oz;
- Exercício de regulação emocional;
- Consolidação de competências emocionais.

(Czamanski-Cohen & Weihs, 2023)



XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”

Quadro de continuidade:

[illegible]

XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

Roda das Emoções:



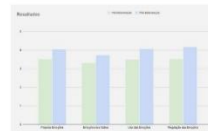
XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

RESULTADOS

- Participação ativa de todos os utentes;
- Maior expressividade e partilha emocional ao longo das sessões;
- “Quadro das Emoções” facilitou o reconhecimento e registo diário das emoções;
- Evolução na verbalização e diferenciação de emoções (ex: raiva vs inveja);
- A escala WLEIS-P demonstrou **melhorias em todas as dimensões**.
(*perceção, compreensão, uso e regulação emocional*) (Rodrigues et al., 2011)



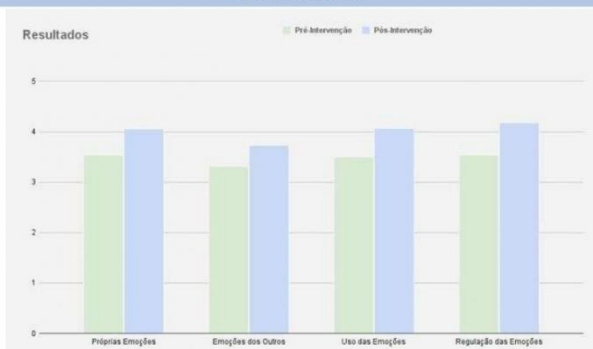
XVI Congresso Internacional d'ASPEM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”

RESULTADOS



XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Evolução observada:

- Aumento da **consciência emocional** e da **expressão afetiva**;
- Participantes com maior retraimento inicial revelaram progressos significativos;
- Registou-se maior capacidade de verbalizar emoções e de se colocarem no lugar do outro (empatia);

Impacto na Inteligência Emocional:

- A escala WLEIS-P demonstrou **melhorias nas 4 dimensões** avaliadas (*perceção, compreensão, uso e regulação das emoções*);

Interpretação:

- Estratégias criativas (música, mímica, cinema, dramatização) adaptadas à realidade dos utentes facilitaram a **acessibilidade emocional**;
- O “Quadro das Emoções” revelou-se uma ferramenta eficaz de **monitorização e autorreflexão diária**;

Relevância para a prática:

- Confirma-se o papel ativo do enfermeiro especialista na **promoção da literacia emocional, intervenção psicoterapêutica e reabilitação psicossocial**;
- Programa ajustado ao contexto institucional, com potencial para replicação.

XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”



CONCLUSÕES

“O Círculo das Emoções” demonstrou que:

- É possível trabalhar a inteligência emocional em contexto de internamento;
- Estratégias expressivas favorecem a **inclusão**, a **empatia** e o **crescimento emocional**;
- Os utentes participaram de forma ativa, sentindo-se valorizados e compreendidos;

Papel do Enfermeiro Especialista:

- Intervenção centrada na pessoa e nas suas emoções;
- Promoção de ambientes terapêuticos seguros e significativos;
- Facilitador de processos de mudança, vínculo e reconstrução do self;

Resultados consistentes:

- Melhoria objetiva na **escala WLEIS-P**;
- Consolidação de competências emocionais e relacionais no grupo.

▶▶▶ XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”



IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Consolidação do papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria:

- Agente terapêutico ativo na **promoção da saúde emocional** e **reabilitação psicossocial**;
- Capaz de planejar e implementar **intervenções psicoterapêuticas estruturadas**, adaptadas à realidade institucional;

Promoção da Literacia Emocional:

- Ferramentas como o *Quadro das Emoções* e a *Roda das Emoções* permitem **monitorização contínua** da dimensão afetiva;
- Estratégias acessíveis mesmo em utentes com dificuldades cognitivas ou de literacia;

Criação de Ambientes Terapêuticos Seguros:

- Atividades expressivas facilitaram a **expressão emocional não verbal**;
- Maior vínculo entre utente, grupo e equipa, promovendo **engagement terapêutico**;

Potencial de Replicação:

- Programa facilmente adaptável a outras unidades (hospitalares, comunitárias ou residenciais);
- Suporte na **humanização dos cuidados em saúde mental**, conforme preconizado pela legislação atual (Lei n.º 35/2023).

(Haeyen et al., 2020; Vivek Velayutham & Raman Kannuswamy, 2023; República Portuguesa, 2023)

▶▶▶ XVI Congresso Internacional d'ASPESM: *Intervenções Psicoterapêuticas* | Santarém, 15 de outubro de 2025



POLITÉCNICO
DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

“O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



SCAN ME



ANEXO VII: CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Maria Francisca da Costa Augusto

apresentou a Comunicação Oral

O Círculo das Emoções: uma intervenção psicoterapêutica em contexto de psiquiatria de reabilitação

da autoria de

Maria Francisca da Costa Augusto; Bernardete Raquel Ferreira Souto & Filipe Miguel Peixoto Santos Pinho

no Concurso de Comunicações Orais de temática livre, inserido no XVI Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema "Intervenções Psicoterapêuticas", realizado de 15 a 17 de outubro de 2025 em Santarém, Portugal.

Porto, 17 de outubro de 2025

P¹ª Comissão Científica

O Presidente do Congresso

Paulo Soares



A SOCIEDADE PORTUGUESA
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)
www.aspeem.org

ANEXO VIII: ESQUEMA DE ASSIDUIDADE

10.6. FALTAS ÀS TOMAS

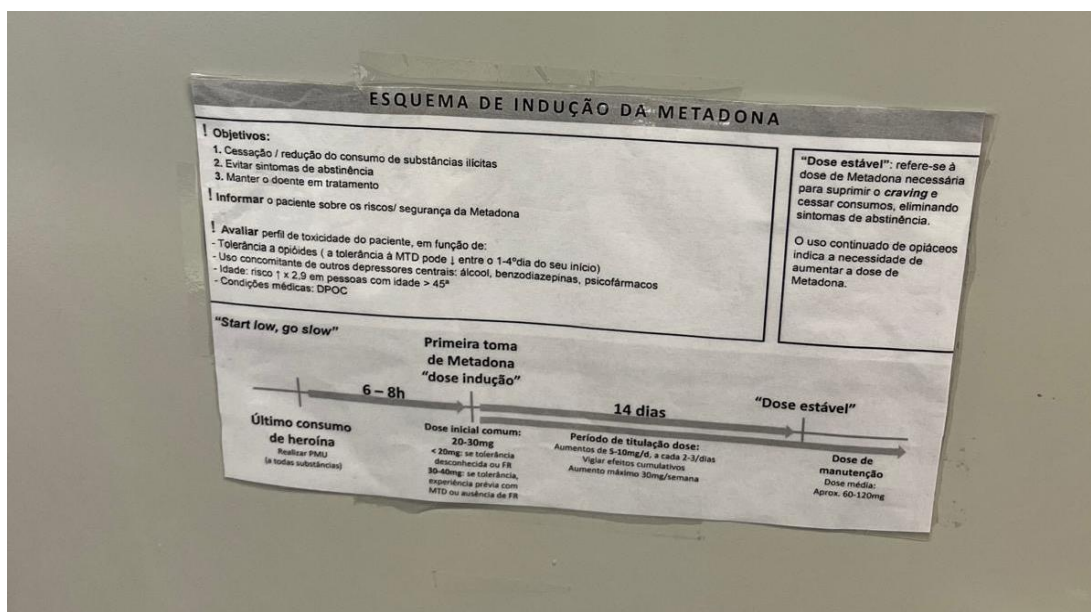
Deverá ser avaliado o motivo da(s) falta(s) e ocorreu o consumo de drogas ilícitas ou de outras substâncias depressoras do sistema nervoso central. Deverá também ser tido em conta a existência de sinais de intoxicação por SPA e a presença de sinais de privação.

A necessidade de ajustar as doses de Metadona tem em conta a potencial diminuição da tolerância (TABELA 2).

Nº de Faltas	Ação / Avaliação	Ação / Ajuste de dose
Dia 1		Manter a dose habitual
Dia 2	Sem evidência de intoxicação	Manter a dose habitual
Dia 3	Potencial diminuição da tolerância	Redução de 25% a 50% da dose habitual
Dia 4	Potencial diminuição da tolerância	40mg ou redução de 50% da dose habitual (aquela que for mais baixa)
Dia 5	Potencial diminuição da tolerância	Nova indução

TABELA 2

ANEXO IX: ESQUEMA DE INDUÇÃO DO CLORIDRATO DE METADONA



ANEXO X: ESCALA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE WONG E LAW (WLEIS-P)

**Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) –
WLEIS – P**

Avaliação das próprias emoções

1. Na maioria das vezes tenho uma boa noção das razões pelas quais tenho certos sentimentos.
2. Compreendo bem as minhas emoções.
3. Compreendo verdadeiramente o que sinto.
4. Sei sempre se estou ou não contente.

Avaliação das emoções dos outros

5. Reconheço as emoções dos meus amigos através do seu comportamento.
6. Sou um bom observador das emoções dos outros.
7. Sou sensível aos sentimentos e emoções dos outros.
8. Compreendo bem as emoções das pessoas que me rodeiam
9. Estabeleço sempre metas para mim próprio, tentando em seguida dar o meu melhor para as atingir.
10. Tenho por hábito dizer a mim próprio que sou uma pessoa competente.
11. Sou uma pessoa que se auto-motiva.
12. Encorajo-me sempre a dar o meu melhor.

Regulação das Emoções

13. Sou capaz de controlar o meu temperamento, conseguindo assim lidar com as dificuldades de forma racional.
14. Consigo controlar bem as minhas emoções.
15. Sou capaz de me acalmar rapidamente quando estou muito irritado.
16. Possuo um bom controlo das minhas emoções.

ANEXO XI: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NO ESTÁ- GIO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE AGUDOS

Intervenção Psicoterapêutica: “O Círculo das Emoções”

Fundamentação Teórica

O serviço de internamento de agudos de Saúde Mental do Centro Hospitalar da zona Norte, atende 16 doentes crónicos, com idades compreendidas entre os 30–80 anos, patologicamente estáveis.

Propõe-se uma intervenção em grupo (“O Círculo das Emoções”) de forma a estimular a expressão e regulação emocional de forma dinâmica e lúdica. Cada sessão empregará uma abordagem diferente (música, mímica, filme, *role-play*) visando sentimentos/emoções e estratégias de auto-regulação destes.

Inicialmente, foi avaliada a necessidade por meio da interação com os utentes, através da escuta ativa e aplicação da versão portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS – P, garantindo dados objetivos para serem trabalhados.

A literatura sugere que para casos crónicos, atividades criativas fortalecem a identidade, auto-estima e capacidade relacional, melhorando a adesão ao tratamento.

A utilização de intervenções psicoterapêuticas que integrem técnicas como a musicoterapia e a mímica têm ganho destaque crescente no campo da saúde mental, especialmente em serviços de psiquiatria que acolhem doentes crónicos. Estas abordagens, assentes na expressão criativa, oferecem um conjunto diversificado de benefícios, facilitando a comunicação emocional, promovendo o bem-estar psicológico e contribuindo significativamente para os processos de recuperação e tratamento (Zhansaya Iskakova *et al.*, 2023).

Um dos principais fundamentos para a adoção de terapias expressivas, como a musicoterapia e a expressão artística, reside na sua capacidade de proporcionar meios não verbais de expressão emocional. O ato criativo permite que os utentes comuniquem sentimentos que muitas vezes não conseguem verbalizar, criando um espaço seguro para a exploração e regulação emocional. De acordo com Wang *et al.* (2024), a expressão artística demonstra eficácia comprovada na redução do *stress* e da ansiedade, promovendo simultaneamente a auto-aceitação. Esta forma de expressão é particularmente relevante para doentes com défices cognitivos ou dificuldades de

comunicação verbal, possibilitando-lhes o acesso a uma linguagem simbólica e acessível (Gonzalez et al., 2023).

A literatura revela ainda que a participação em intervenções artísticas está associada à redução significativa de sintomas de ansiedade e depressão. Tang *et al.* (2020) reforçam esta evidência ao demonstrarem, através de ensaios clínicos randomizados, que a musicoterapia pode ser uma intervenção eficaz na redução dos sintomas depressivos, sobretudo quando integrada com outras abordagens terapêuticas. Complementarmente, Shan *et al.* (2024) salientam que a musicoterapia não apenas melhora os estados emocionais, mas também a função cognitiva, ao induzir mudanças nas redes cerebrais associadas à melhoria de emoções negativas em pacientes com depressão leve a moderada.

A combinação de diferentes formas de expressão artística — como a pintura, a música e a dramatização — representa um caminho complementar e sinérgico no tratamento emocional. O ato de criar arte fornece uma via concreta para a regulação emocional, permitindo que os indivíduos canalizem sentimentos de forma estruturada e construtiva. Segundo Czamanski-Cohen *et al.* (2023), os protocolos de arteterapia promovem a expressão e a aceitação das emoções, desempenhando um papel vital na melhoria da saúde mental e na redução da ansiedade e depressão. Nesta linha, Gonçalves *et al.* (2021) demonstram como a utilização do teatro em contexto de internamento psiquiátrico possibilitou ganhos significativos na expressão emocional, favorecendo o autoconhecimento e o desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Além dos benefícios individuais, estas terapias expressivas têm um impacto positivo nas dinâmicas grupais, fomentando a empatia, a conexão social e o sentimento de pertença entre os participantes. A partilha artística em grupo cria oportunidades para o suporte emocional mútuo e o fortalecimento das relações interpessoais, aspetos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida de doentes crónicos. Neste sentido, Vivek Velayutham *et al.* (2023) evidenciam como estas intervenções promovem o sentimento de comunidade e a coesão grupal. Por sua vez, os estudos de Haeyen *et al.* (2020) apontam que a terapia artística em grupo favorece não só a expressão das emoções, mas também a melhoria da autoimagem e da autonomia dos participantes.

Em suma, a integração de técnicas como a musicoterapia, o teatro e a mímica nas intervenções psicoterapêuticas representa uma estratégia inovadora, acessível e eficaz no acompanhamento emocional de doentes crónicos em unidades psiquiátricas.

As evidências científicas disponíveis sublinham o valor terapêutico destas modalidades, que não só facilitam o processamento e a gestão das emoções, como também fortalecem os laços sociais e contribuem para o bem-estar global dos indivíduos em tratamento.

Objetivos Gerais e Específicos

Objetivo geral: Fomentar a consciência emocional e a expressão de sentimentos nos utentes, reforçando o suporte social e a resiliência em contexto terapêutico em grupo.

Objetivos específicos:

Cada sessão específica: Cada sessão terá metas próprias. Por exemplo, na musicoterapia espera-se promover a identificação e distinção entre emoções e sentimentos através da música; na mímica/espelho, pretende-se estimular o reconhecimento e representação de emoções próprias e do outro, através da expressão corporal; na cinema-terapia, pretende-se desenvolver a capacidade de identificar emoções e sentimentos, em contexto de interação social, focando também mal entendidos relacionados com a comunicação; no *roleplay*, pretende-se promover o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional e autocontrolo em situações limite.

Metodologia do Programa

Avaliação Inicial: Realizar entrevistas e aplicar a escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS – P, a cada utente de modo a avaliar a inteligência emocional e estabelecer uma linha de base de ação. Esse diagnóstico reflete a necessidade da intervenção e servirá de referência para efeitos futuros.

Formação do Grupo: Seleção dos utentes para integrar a atividade psicoterapêutica, considerando a personalidade e a cognição, para adequação do grupo aos objetivos. Cada sessão será acompanhada por terapeuta e co-terapeuta, conforme disponibilidade.

Duração e Frequência: Realizar 4 sessões temáticas (uma por semana), cada uma compreendida entre 45min-60min de duração.

Descrição das Sessões

Sessão 1 – Musicoterapia: Uso de música para explorar emoções.

Atividade a realizar: ouvir canções escolhidas pelos utentes. A música, segundo a literatura (como supracitado), recria um espaço seguro de partilha de experiências (mesmo sem alto desempenho musical). Em doentes crónicos psiquiátricos, a musicoterapia fortalece a identidade e competências relacionais, proporcionando apoio emocional e melhorando a interação social. Espera-se que ao fim da sessão os participantes consigam identificar diferentes estados emocionais abordados. Após a atividade, propõe-se um *debriefing* para partilha de como cada música afetou o humor e as emoções sentidas.

No contexto da saúde mental, diversas evidências indicam que a intervenção através da música possui um impacto terapêutico relevante, contribuindo para a diminuição de sintomas como a ansiedade, a depressão e os estados emocionais negativos, enquanto favorece o reforço da autoestima e a promoção de afectos positivos em indivíduos com perturbações mentais, independentemente das suas condições de vida. (Junior *et al.*, 2022)

Sessão 2 – Mímica: Atividades de expressão corporal e interpretação. Inclui dinâmica de mímica em que os utentes representem emoções (alegria, medo, raiva, etc.) próprias ou dos outros. Pretende-se que este seja um momento de expressão de emoções, com o objetivo de perceber a forma diferente como as mesmas emoções podem ser percecionadas, pelos diferentes intervenientes, permitindo assim a comparação entre o que se sente e a forma como se mostra.

A terapia por intermedio do drama, utiliza métodos criativos com o objetivo de facilitar a expressão emocional, de forma a promover o crescimento pessoal. A utilização de elementos do teatro, como por exemplo, a improvisação ou a representação, proporciona aos participantes um meio de aceder ao seu íntimo, permitindo ao mesmo tempo a expressão de emoções forma autêntica. (Cheung *et al.*, 2022)

Sessão 3 – Cinema-terapia: Passagem de trechos audiovisuais com a finalidade de estimular a identificação e interpretação de emoções e sentimentos nas interações humanas. Através desses trechos, os participantes terão oportunidade de reconhecer as diferentes emoções representadas pelas personagens, refletindo acerca das falhas de comunicação e mal-entendidos, desenvolvendo empatia e pensamento crítico.

A utilização do cinema enquanto intervenção terapêutica, tem vindo a demonstrar-se de forma consistente enquanto complemento no tratamento de diversas condições de saúde mental. O recurso a esta estratégia, proporciona diminuição dos níveis de ansiedade, e, assim como na valorização da autoestima. A evidência, demonstra que este instrumento, é facilitador da expressão emocional, da autorreflexão e da aquisição de competências relacionais e comunicacionais. O processo de identificação dos intervenientes com as personagens e os enredos, possibilita a exploração dos próprios conflitos internos (Armen Mekhakyan & Szulc, 2025).

Sessão 4 – Roleplay: Nesta sessão pretende-se que os intervenientes possam desenvolver habilidades práticas de regulação emocional em situações sociais, por meio da dramatização e simulação de situações de conflito. No decorrer das encenações, terão oportunidade para identificar emoções e reações automáticas em contextos mais próximos de situações limite, experimentando ao mesmo tempo estratégias que se apresentem mais eficazes na gestão e auto-regulação das emoções. Em jeito de conclusão, será realizada uma discussão em grupo, sobre desafios e estratégias eficazes. Como preparação para esta discussão final, será realizada pelo terapeuta a dramatização da história do “Feiticeiro de Oz”, como forma de fazer a analogia e interligação entre, a coragem (Leão) para assumirmos e encararmos as emoções, o coração (Homem de Lata) que representa a emotividade e a empatia que deve estar subjacente na relação com o outro e com o próprio, e, por fim, a cognição (Espantalho) porque é necessário conhecer e compreender sentimentos e emoções, para se conseguir ter controlo sobre estes.

Este método lúdico de dramatização segue recomendações de terapias expressivas, mostrando que intervenções baseadas em drama podem melhorar a saúde mental e o bem-estar dos participantes, promovendo empatia e *insights* (Jiang *et al.*, 2023).

Avaliação e Indicadores

Para cada sessão usaremos debates e *debriefings* finais para perceber o impacto das sessões. Um dos indicadores de sucesso é a adesão mínima de 50% dos participantes ao longo da sessão completa (reflete interesse e envolvimento). Ademais, encorajaremos *feedback* oral (o que sentiram, se aprenderam algo novo sobre as suas emoções e como geri-las). Será aplicada a mesma escala pré e pós intervenção, de modo a se comparar qualitativamente o impacto das sessões.

Cada sessão terá folha de presença, e, será realizado o levantamento de comentários e intervenções pertinentes que tenham surgido durante as sessões, por forma a avaliar o nível de participação dos utentes.

Local: Centro Hospitalar Zona Norte – Serviço de Internamento de Agudos de Saúde Mental				
Sessão 1: Musicoterapia				
Data: 05/07/2025				
Duração da Sessão: 45-60min				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Estimular a identificação e expressão de emoções e sentimentos através da música; • Promover a escuta ativa, o relaxamento e a socialização entre os participantes; • Facilitar o reconhecimento da intensidade das emoções; • Favorecer a associação entre estímulos musicais e estados emocionais,	• Técnica de escuta musical dirigida; • Improvisação sonora com instrumentos simples; • Roda de partilha emocional; • História metafórica final para discussão; • Definição de conceitos a abordar.	• Aparelho de som ou coluna Bluetooth; • Lista de reprodução com músicas variadas (alegres, tristes, nostálgicas, calmas, agitadas); • Instrumentos simples: tambor, maracas, pandeireta, chocalhos; • Quadro semanal interativo das emoções.	1. Apresentação breve do tema; 2. Os utentes escolhem ou ouvem uma música e associam a uma emoção; 3. Participação opcional com instrumentos (criação de som em grupo); 4. <i>Debriefing</i>: “Qual foi a emoção dominante durante a sessão? Mudou com a música?”; 5. Posicionamento dos utentes na “emoção dominante” (identificação no quadro semanal interativo das emoções).	• Evitar sons excessivamente intensos; • Adaptar a música ao perfil etário; • Validar a participação mesmo não verbal; • Notar reações emocionais não verbais (sorrisos, lágrimas, agitação)

Local: Centro Hospitalar Zona Norte - Serviço de Internamento de Agudos de Saúde Mental				
Sessão 2: Mímica				
Data: 08/07/2025 e 09/07/2025				
Duração da Sessão: 45-60min				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Desenvolver a consciência emocional e empatia através do corpo e expressão facial; • Ajudar a reconhecer as emoções do outro; • Favorecer a consciência emocional interna comparando o que se sente com o que se mostra.	• Dinâmica em grupo com recurso a mímica e interpretação de expressões emocionais; • Interação entre pares; • Reflexão final em grupo.	• Cartões com emoções (alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa, etc.); • Adereços simples (lenços, chapéus, bengalas); • Sala com espaço para movimento; • Cadeiras ou sofás .	1. Dinâmica de aquecimento (ex: “imitar um animal com uma emoção”); 2. Dividir os utentes em pares ou trios e atribuir uma emoção a representar; 3. Restantes tentam adivinhar a emoção; 4. Debate sobre a emoção representada; 5. Reflexão final, com partilha das dificuldades e emoções identificadas durante a atividade.	• Acompanhar e apoiar quem tem dificuldade de expressão; • Validar todas as formas de participação (inclusive o silêncio); • Observar alterações de humor ao longo da sessão.

Local: Centro Hospitalar Zona Norte - Serviço de Internamento de Agudos de Saúde Mental				
Sessão 3: Cinema-terapia				
Data: 23/07/2025				
Duração da Sessão: 45-60min				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Identificar emoções e sentimentos nos trechos; • Reflexão sobre falhas de comunicação; • Promover pensamento crítico e empático.	• Visualização de trechos de filmes com situações emocionais concretas; • Debate guiado sobre as emoções representadas nos trechos; • Exploração de diferentes interpretações para a mesma situação.	• TV com som; • Trechos de filmes previamente selecionados; • Cadeiras ou sofás.	1. Introdução ao tema da sessão – Comunicação e Emoções; 2. Visualização dos trechos; 3. Debate sobre “emoções percebidas”; “o que causou mal-entendidos?”; “como se resolveriam?”; 4. Exposição informal e partilha (explicação opcional). 5. Reflexão em grupo “em que situações me senti mal compreendido?”.	• Trechos simples, de linguagem curta e não agressiva; • Estimular participação ativa, sem pressionar ou julgar; • Respeitar o silêncio,

Local: Centro Hospitalar Zona Norte - Serviço de Internamento de Agudos de Saúde Mental				
Sessão 4: <i>Role-play</i>				
Data: 24/07/2025				
Duração da Sessão: 45-60min				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Explorar emoções através da representação de papéis estruturados; • Estimular a reflexão sobre escolhas comportamentais perante emoções intensas; • Treinar respostas assertivas a estímulos emocionais; • Explorar alternativas saudáveis para lidar com emoções negativas.	• Representação de papéis; • Divisão do grupo para encenar papéis; • <i>Roleplay</i> com feedback coletivo; - Discussão guiada sobre estratégias usadas e aprendidas.	• Guiões pre estruturados; • Espaço amplo com cadeiras encostadas; • Cartões com sensações físicas (leve, pesado, tenso, solto); • História adaptada: “Feiticeiro de Oz” (coragem – ação, coração – emoção, cognição - autocontrolo).	1. Aquecimento leve (alongar, respirar, sentir os pés no chão); 2. Introdução a regulação emocional e autocontrolo; 3. Explicação da dinâmica e divisão em grupos; 4. <i>Roleplay</i> com encenação e <i>feedback</i>; 5. Discussão em grupo: desafios e estratégias eficazes.	• Situações realistas e relacionadas com o quotidiano dos utentes; • Garantir segurança física (sem quedas, hidratação); • Encorajar empatia e respeito durante as encenações; • Fornecer feedback construtivo e positivo.

CRONOGRAMA - INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA – “ O CÍRCULO DAS EMOÇÕES ”

Data	05/07 (sábado)	08/07 (Terça-feira)	09/07 (quarta-feira)	17/07 (quinta-feira)	23/07 (quarta-feira)	24/07 (quinta-feira)
GRUPO I	MUSICOTERAPIA 10H30 (Aprox. 45min)	MIMICA 11H30 (Aprox. 45min)		FILMOTERAPIA 16H00 (Aprox. 90min)	ROLEPLAYING (encenação / dramatização) 11H30 (Aprox. 45min)	
GRUPO II	MUSICOTERAPIA 11H30 (Aprox. 45min)		MIMICA 11H30 (Aprox. 45min)			ROLEPLAYING (encenação / dramatização) 11H30 (Aprox. 45min)

Recurso Terapêutico de Continuidade

Quadro Semanal das Emoções: “Hoje Eu sinto...”

Objetivo:

Criar um recurso visual e acessível que permita aos utentes identificar, expressar e acompanhar as suas emoções ao longo do tempo, promovendo a consciência emocional, o diálogo interno e o autoconhecimento.

Conceito:

Um quadro afixado na unidade com a imagem de um calendário semanal, com espaços em branco, onde cada utente pode diariamente, no decorrer da semana:

- Escolher uma emoção que sentiu com mais intensidade.
- Representá-la com a imagem de uma face representativa de uma emoção.
- Colar no seu “espaço pessoal” (cada utente tem o seu quadrado).

Materiais/Recursos:

- Quadro magnético, cortiça ou papel cartaz grande plastificado.
- Autocolantes com imagens das faces representativas de emoções.
- Legenda com roda das emoções simplificada e colorida (ajuda na identificação).
- Nome dos utentes (opcional — pode ser com símbolos para anonimato simbólico).

Funcionamento:

- Atualização diária/semanal com acompanhamento dos técnicos/enfermeiros.
- Pode ser feito em grupo ou individualmente, num momento reservado.
- Idealmente revisto quinzenalmente em grupo durante a reunião, por exemplo, promovendo partilha.

Conclusão

O plano da intervenção psicoterapeuta do “O Círculo das Emoções” propõe quatro encontros integrados por narrativas lúdicas e expressões artísticas para abrir espaço à exploração de emoções em doentes psiquiátricos crónicos.

A combinação de musicoterapia, arte, dramatização e *roleplay* procura dar resposta às necessidades destes utentes pela via criativa e não-verbal. A literatura de saúde mental reforça que tais técnicas elevam a auto-estima, equilibram afetos e promovem relações sociais positivas. Espera-se, assim, que a atividade psicoterapêutica aumente a consciência emocional dos participantes e incentive estratégias de auto-regulação de emoções, analisando-se o seu impacto pelo envolvimento e pelo relato dos próprios doentes durante as atividades.

Bibliografia

- Armen Mekhakyian, & Szulc, A. (2025). Film Therapy and Anxiety disorders, self-esteem and quality of life. Report From Research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.13166>
- Cheung, A., Agwu, V., Stojcevski, M., Wood, L., & Fan, X. (2022). A Pilot Remote Drama Therapy Program Using The Co-active Therapeutic Theater Model in People with Serious Mental Illness. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00977-z>
- Czamanski-Cohen, J., & Weihs, K. L. (2023). The role of emotion processing in art therapy (REPAT) intervention protocol. *Frontiers in Psychology*, 14, 1208901. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1208901>
- Gonçalves, S. M. B. de A., Silva, R. C. G. da, Vieira, A. C. B., Martins, P. C. de A., & Canut, M. T. L. (2021). Encenação do decálogo da saúde mental positiva: relato de experiência num internamento de psiquiatria de agudos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 26, 187–199. <https://doi.org/10.19131/rpesm.318>
- Gonzalez, V. E., Meletaki, V., Walker, M., Sosa, J. P., Stamper, A., Srikanth, R., King, J., Scott, K., Cardillo, E., Rhodes, S., Christensen, A. P., Darda, K. M., Workman, C. I., & Chatterjee, A. (2023). *Art Therapy Unmasked: Evaluating Emotional Shifts in Art Therapy Masks*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3325596/v1>
- Haeyen, S., Chakhssi, F., & Van Hooren, S. (2020). Benefits of art therapy in people diagnosed with personality disorders: A quantitative survey. *Frontiers in Psychology*, 11(686). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00686>
- Jiang, L., Alizadeh, F., & Cui, W. (2023). Effectiveness of Drama-Based Intervention in Improving Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis during the COVID-19 Pandemic and Post-Pandemic Period. *Healthcare*, 11(6), 839. <https://doi.org/10.3390/healthcare11060839>
- Junior, R. A., Borges, A. de P. F., & Blanch, G. T. (2022). Neurociencia da música e ações da musicoterapia nos transtornos mentais: uma revisão sistemática. *Saúde E Pesquisa*, 15(4), 1-9. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2022v15n4.e11161>

- Shan, J., & Qi, X. (2024). Effects of Music Therapy in the Context of Positive Emotions, Engagement, Relationships, Meaning and Accomplishment (PERMA) on Negative Emotions in Patients with Mild-to-Moderate Depression. *Noise and Health*, 26(122), 363–369. https://doi.org/10.4103/nah.nah_57_24
- Tang, Q., Huang, Z., Zhou, H., Ye, P., & Torun, S. (2020). Effects of music therapy on depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 15(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240862>
- Tomaszewski, C., Belot, R.-A., Aziz Essadek, Héloïse Onumba-Bessonnet, & Christophe Clesse. (2023). Impact of dance therapy on adults with psychological trauma: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2225152>
- Vivek Velayutham, & Raman Kannuswamy. (2023). Emotion in Art Therapy as Creative Thinking in the Psychological Aspect. *Praxis International Journal of Social Science and Literature*, 6(8), 16–25. <https://doi.org/10.51879/pijssl/060803>
- Wang, J., & Azizah Binti Abdullah. (2024). A Summary of Expressive Arts Therapy and Painting Therapy. *Creative Education*, 15(02), 278–288. <https://doi.org/10.4236/ce.2024.152016>
- Zhansaya Iskakova, Roza Kassymova, Tansholpan Zhamalova, Anel Chalimbayeva, & Kamilya Utegenova. (2023). New Art Therapy Technology – Quilling. *Harmonia*, 23(2), 279–289. <https://doi.org/10.15294/harmonia.v23i2.43676>

ANEXO XII: RODA DAS EMOÇÕES



ANEXO XIII: QUADRO “HOJE EU SINTO...”



ANEXO XIV: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Assinale com um X a cara que considera adequada para cada pergunta.

	 SIM	 NÃO
1. Gostou da atividade de hoje?	☐	☐
2. Foi fácil perceber o que aconteceu?	☐	☐
3. Sentiu-se feliz durante a sessão?	☐	☐
4. Conseguiu participar como idealizou?	☐	☐
5. Quando precisou de ajuda, teve alguém disponível?	☐	☐
6. Sentiu-se calmo e tranquilo?	☐	☐
7. Gostava de participar noutra sessão idêntica?	☐	☐
8. Divertiu-se com os colegas ou com o que viu?	☐	☐

Sugestões:

Obrigada!

ANEXO XV: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA NO ESTÁ- GIO EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

Intervenção Psicoterapêutica: “Entrevista Motivacional”

Fundamentação Teórica

A Equipa de Tratamento, atende pessoas em idade adulta, com perturbação por abuso de álcool e drogas. O seu objetivo é o tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos.

Neste contexto, propõe-se uma intervenção individual baseada na Entrevista Motivacional (EM), procurando compreender a fase do ciclo de mudança em que a pessoa se encontra, à luz do Modelo Transteórico de Mudança, que conceptualiza a mudança comportamental como um processo dinâmico que evolui pelos estádios de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção (Szupszynski & de Ávila, 2021).

Considerando a motivação como um aspeto de relevo para o processo de mudança e de tratamento, uma vez que pessoas com maior índice de motivação tendem a alcançar melhores resultados, será aplicado o instrumento Socrates 8D, com o intuito de apurar a necessidade da intervenção e a fase de mudança em que a pessoa se encontra aquando do acolhimento na ET. A literatura sugere que pessoas mais motivadas tendem a aderir melhor ao tratamento e por consequência, a ter melhores resultados nesse processo. (Janeiro, Miguel & Faísca, 2015)

O uso da Entrevista Motivacional no tratamento da pessoa com dependência, segundo Wieland et al., 2025, está recomendado em diferentes contextos, no internamento ou em ambulatório. A EM suporta-se no princípio da colaboração com a pessoa, numa postura empática e de escuta ativa, que procura os motivos para a mudança na própria pessoa, respeitando a sua autonomia e garantindo a tomada de decisão da pessoa, de forma livre e informada. Esta intervenção é centrada na pessoa e tem o propósito de aumentar os índices de motivação inerentes à mudança. A aplicação de técnicas como a colocação de questões abertas, escuta reflexiva e resumos, evidencia as discrepâncias entre os comportamentos atuais da pessoa e os seus valores ou objetivos de vida. Esta abordagem fortalece a confiança da pessoa na sua própria capacidade para mudar e reduz a resistência durante a intervenção.

A *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (2019), no *Treatment Improvement Protocol 35*, destaca que a motivação não é imutável na pessoa, mas algo passível de mudar e ser influenciado. Refere ainda que o profissional tem o

papel de ser um aliado do tratamento, ao invés de representar um papel de autoridade, devendo adaptar a sua abordagem de acordo com a fase de mudança em que a pessoa se encontra. A EM pode dar resolução a ambivalências, ou seja, às dúvidas naturais que as pessoas podem ter relativamente à mudança ou manutenção do comportamento atual.

A EM, é uma intervenção psicoterapêutica de Enfermagem estruturada, com base num diálogo motivacional, com foco em promover mudança comportamental, recorrendo à escuta ativa e a uma abordagem empática, que permita compreender a perspetiva da pessoa e reduzir a sua resistência à mudança. (Barroso, 2020)

De acordo com Sequeira (2016), no Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem 2023, o recurso à EM baseia-se no princípio de que a mudança comportamental é uma responsabilidade da própria pessoa, sendo esta condição fundamental para que a mudança seja consolidada e sustentada ao longo do tempo. É da competência do enfermeiro criar um ambiente terapêutico que permita à pessoa reconhecer a importância da adoção de comportamentos saudáveis e compreender os benefícios associados, incentivando-a a explorar as suas preocupações e dar início ao processo de mudança.

A EM é uma intervenção que está indicada para diversas situações clínicas, mais especificamente quando o objetivo é promover a mudança em contextos de ambivalência. Apesar de poder ser aplicada em diversos contextos, a evidência científica demonstra maior eficácia na abordagem de comportamentos aditivos e dependências (RNAO, 2015; Sequeira 2016)

Segundo Miller e Rollnick (2001), no GOBP de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem 2023, na EM existem princípios básicos que favorecem o estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa e motivadora. Assim, de acordo com os autores, a EM sustenta-se em alguns princípios fundamentais, que orientam o papel do enfermeiro na sua aplicação prática, devendo este expressar-se de forma empática, aceitando a perspetiva da pessoa isento de julgamentos, evitar a confrontação com o intuito de minimizar a resistência, saber gerir essa resistência, aceitando-a como algo inerente ao processo e procurar alternativas de resolução, desenvolver a discrepância, no sentido de auxiliar a pessoa a reconhecer diferenças entre o comportamento atual e as metas a alcançar, e, promover a autoeficácia reforçando a crença de que é na própria pessoa que reside a capacidade para mudar.

No contexto de perturbação por uso de substâncias, a EM representa uma técnica eficaz de auxílio à pessoa na resolução de ambivalências em relação a comportamentos que podem comprometer a mudança, promovendo a adesão ao tratamento. A abordagem motivacional pode reduzir o uso de substâncias, assim como demonstra resultados positivos na melhor adesão e manutenção, em programas de substituição opiácea com metadona (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).

Objetivos Gerais e Específicos

Objetivo geral:

Promover a mudança comportamental sustentável em pessoas em Programa de Substituição Opiácea (PSO), procurando a redução do uso de substâncias e a melhoria na adesão ao tratamento.

Objetivos específicos:

- Avaliar fase motivacional
- Explorar e resolver a ambivalência
- Fortalecer o compromisso com a mudança
- Melhorar a adesão ao programa de substituição opiácea
- Desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes
- Promover a autonomia e a tomada de decisão informada
- Estabelecer metas a curto prazo

Metodologia do Programa

Avaliação Inicial:

Aplicar instrumento de avaliação Sócrates 8D, ao utente no acolhimento, de forma a avaliar a sua fase de motivação para o tratamento. Aplicar instrumento de avaliação *Mini Mental State of Examination*, para realizar avaliação cognitiva da pessoa. Aplicar

o instrumento de avaliação *ASS/ST*, para compreender o padrão de uso de substâncias. Esses diagnósticos refletem a necessidade da intervenção e serviram de referência para efeitos futuros.

Critérios de inclusão:

- Ser utente do CRI em PSO;
- Estar clinicamente estável;
- Ter capacidade de comunicar;
- Avaliação positiva MMES;
- Consentimento informado;

Critérios exclusão:

- Intoxicação aguda;
- Síndrome de abstinência severa;
- Doença mental severa;
- Défice cognitivo grave;
- Incapacidade de consentir;

Duração e Frequência:

Realizar 4 sessões (uma por semana), cada uma compreendida entre 45min-60min de duração.

Avaliação e Indicadores:

A avaliação da intervenção é uma componente fundamental para garantir a eficácia e a qualidade da mesma.

Um dos indicadores será a aplicação dos instrumentos de avaliação SOCRATES 8D e ASS/ST, na fase inicial e na fase final da intervenção, de forma a identificar o progresso da pessoa nos diferentes estádios de mudança e nos padrões de consumo.

A diminuição do consumo de opiáceos, pode servir de indicador, sendo monitorizado através do próprio autorrelato ou da realização de testes toxicológicos de forma periódica.

A adesão ao programa de substituição opiácea também pode ser constituída como um indicador, uma vez que a avaliação da frequência de comparecimento às consultas e a continuidade no programa de tratamento, refletem o nível de comprometimento da pessoa.

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão Avaliação Inicial			
Data: A definir			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Apurar a necessidade da intervenção • Apurar a fase do ciclo de mudança em que o utente se encontra • Apoiar a expressão de dúvidas e responder a questões • Assinar contrato	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Apresentação breve; 2. Definir objetivos da intervenção; 3. Avaliar história de consumos; 4. Aplicar instrumentos de avaliação SOCRATES 8D e MMSE e ASSIST; 5. Pedir ao utente para descrever um dia habitual, como focando a atenção: • No padrão de consumo e o impacto destes nas relações e funcionalidade do utente; • Na potencial existência de variações de motivação; • Nas interações da pessoa com a família, amigos e colegas de trabalho; • No nível de funcionalidade em casa e no trabalho;

			• Na forma de ocupação do tempo livre 6. Validar com o utente a síntese da sua história; 7. Definir objetivos iniciais para a intervenção;
--	--	--	--

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão 1			
Data: A definir			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Consciencializar sobre o que esperar da intervenção • Explicar papel do profissional • Clarificar papel da pessoa • Validar opinião da pessoa	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Explicar o funcionamento e o objetivo da sessão. 2. Referir a duração estimada das sessões 3. Permitir ao utente explorar os seus problemas. 4. Fazer o balanço entre aspetos positivos e negativos do comportamento. 5. Refletir sobre a vida antes do problema surgir, comparando com a atual situação 6. Estimular o pensamento na mudança futura. 7. Explorar aspetos importantes da vida e definir metas.

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão 2			
Data: A definir			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Estimular a disposição da pessoa para a mudança	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Explorar vantagens e desvantagens da mudança. 2. Consciencializar sobre os benefícios da mudança. 3. Envolver a pessoa na definição de estratégias para mudar o comportamento. 4. Fortalecer a autoeficácia e a autonomia da pessoa. 5. Promover tomada de decisão livre e informada.

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão 3			
Data: A definir			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Reforçar o envolvimento ativo da pessoa no processo de mudança	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Rever assuntos abordados em sessões anteriores. 2. Explorar o progresso percebido pela pessoa desde a última sessão, identificando sucessos ou dificuldades. 3. Consolidar os motivos para a mudança verbalizados pela pessoa. 4. Validar as afirmações automotivadoras expressas pela pessoa. 5. Discutir possíveis barreiras à implementação do plano e antecipar estratégias de superação. 6. Sublinhar a autonomia, a responsabilidade e a capacidade de mudança da pessoa, enfatizando a sua liberdade de escolha no processo.

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão 4			
Data: A definir			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Reforçar o envolvimento ativo da pessoa no processo de mudança	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Sintetizar todo o percurso desde a sessão inicial. 2. Reforçar a importância do papel da motivação. 3. Sublinhar os benefícios associados à mudança, percebidos pela pessoa. 4. Valorizar conquistas conseguidas. 5. Sensibilizar para flutuações de motivação. 6. Aplicar instrumentos de avaliação SOCRATES 8D e ASSIST.

Conclusão

O planeamento da aplicação da intervenção psicoterapêutica Entrevista Motivacional (EM), apresenta-se como uma abordagem eficaz para dar suporte a pessoas em Programas de Substituição Opiácea, promovendo mudança comportamental e reforçando a motivação da pessoa para alcançar as suas metas.

A utilização de instrumentos de avaliação como o SOCRATES 8D, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) e o *ASSIST*, permitem uma melhor perceção da fase do ciclo de mudança, do estado cognitivo e dos padrões de consumo, permitindo assim adequar a intervenção em função das reais necessidades da pessoa.

A forma como a EM é estruturada, em conjunto com os princípios básicos que orientam o papel do enfermeiro, favorece o reconhecimento da ambivalência, valoriza a autoeficácia e promove a tomada de decisão de forma livre e esclarecida, o que representa fatores fundamentais na adesão ao programa de tratamento e na manutenção das mudanças de comportamento ao longo do tempo.

O planeamento e implementação desta intervenção reflete o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, ao procurar estabelecer uma relação terapêutica de confiança, proporcionando um ambiente calmo e seguro para a pessoa em tratamento, com o objetivo de promover comportamentos saudáveis, contribuindo assim para uma melhor adesão ao tratamento e potencial redução do consumo de substâncias.

Bibliografia

- Barroso, T. (2020). Entrevista motivacional. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Coordenadores), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e Intervenções* (1.^a Edição, pp. 97-101). Lidel.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Guerreiro M, Silva AP, Botelho M, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa da tradução do *Mini Mental State Examination* (MMSE) Revista Portuguesa de Neurologia. 1994;1:9–10
- Janeiro, L. de B., Miguel, L., & Faísca, L. (2015). *Guia de aplicação e interpretação da SOCRATES 8D*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18810.64963>
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem* (ISBN 978-989-8444-64-6). Ordem dos Enfermeiros
- Registered Nurses' Association of Ontario - RNAO (2015). *Engaging Clients Who Use Substances*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/engaging-clients-who-use-substance>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *Motivational interviewing*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.samhsa.gov/motivational-interviewing>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Motivational interviewing in the treatment of substance use disorders*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/PEP20-02-02-014.pdf>
- Szupszynski, K. P. D. R., & de Ávila, A. C. (2021). *The Transtheoretical Model of Behavior Change: Prochaska and DiClemente's Model*. In A. L. M. Andrade et

al. (Eds.), *Psychology of Substance Abuse* (pp. 205–216). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-62106-3_14

Wieland, N. (2025). *Motivational Interviewing in Addiction Services: An Exploratory Study of Training Needs*. *European Addiction Research*, 31(3), 169-178.
<https://doi.org/10.1159/000546243>

World Health Organization. (2002). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599382>

ANEXO XVI: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA UTENTE A

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão Avaliação Inicial			
Data: 09/10/2025			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Apurar a necessidade da intervenção • Apurar a fase do ciclo de mudança em que o utente se encontra • Apoiar a expressão de dúvidas e responder a questões • Assinar contrato	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Apresentação breve; 2. Definir objetivos da intervenção; 3. Avaliar história de consumos; 4. Aplicar instrumentos de avaliação SOCRATES 8D e MMSE e ASSIST; 5. Pedir ao utente para descrever um dia habitual, como focando a atenção: • No padrão de consumo e o impacto destes nas relações e funcionalidade do utente; • Na potencial existência de variações de motivação; • Nas interações da pessoa com a família, amigos e colegas de trabalho; • No nível de funcionalidade em casa e no trabalho;

			• Na forma de ocupação do tempo livre 6. Validar com o utente a síntese da sua história; 7. Definir objetivos iniciais para a intervenção;
--	--	--	--

Após a aplicação do instrumento de avaliação SOCRATES 8D, identificou-se que o utente A se encontra na fase de contemplação, ou seja, ele reconhece o problema relacionado com os consumos e com o facto de ter abandonado a terapêutica antirretroviral, mas não tomou nenhuma ação com vista a mudar esses comportamentos. Em relação a esta ambivalência o utente, não se questiona no que diz respeito aos seus consumos ou às consequências dos mesmos, no entanto reconhece que os consumos lhe podem causar problemas e reconhece também a importância de retomar a terapêutica antirretroviral.

O utente refere que consome duas vezes por semana cocaína fumada e que não faz medicação antirretroviral desde o início do ano de 2024. Quando abordo o motivo que levou ao abandono do tratamento de VIH, refere que por motivos de conflito com a enfermeira do local onde realizava a colheita de sangue de rotina, diz que depois desse conflito decidiu que não ia mais colher sangue com essa enfermeira, então esse foi o motivo que o levou a abandonar o tratamento. Diz que vive com a esposa que também é portadora de VIH, a cumprir tratamento, e, com o filho.

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2025
Em que mês estamos? OUTUBRO
Em que dia do mês estamos? 9
Em que dia da semana estamos? QUARTA FEIRA
Em que estação do ano estamos? OUTONO

Em que país estamos? PORTUGAL
Em que distrito vive? PER TO
Em que terra vive? VILAR PARAISO
Em que casa estamos? CAT. GAIA
Em que andar estamos? R. CITA

Nota: 5

Nota: 5

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

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

Pêra ✓
Gato ✓
Bola ✓

Nota: 3

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

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

27 ✓ 24 ✓ 21 ✓ 18 ✓ 15 ✓

Nota: 5

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Pêra ✓
Gato ✓
Bola ✓

Nota: 2

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio ✓
Lápis ✓

Nota: 2

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

Nota: 1

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

Pega com a mão direita ✓

Dobra ao meio ✓

Coloca onde deve ✓

Nota: 3

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

Fechou os olhos ✓

Nota: 1

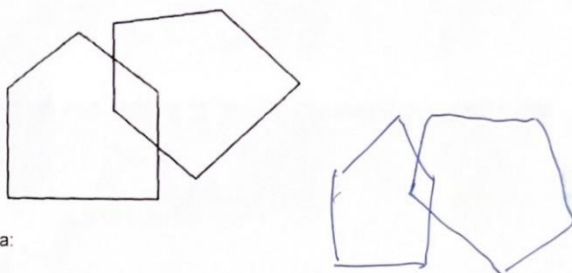
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: Hoje é quarta-feira

Nota: 1

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

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



Cópia:

Nota: 1

TOTAL(Máximo 30 pontos): 29

Considera-se com defeito cognitivo:

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

Nome: Registro
 Entrevistador: DATA: 09/10/25

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	(3)
b. bebidas alcoólicas	0	(3)
c. maconha	0	(3)
d. cocaína, crack	0	(3)
e. anfetaminas ou éxtase	(0)	3
f. inalantes	(0)	3
g. hipnóticos/sedativos	(0)	3
h. alucinógenos	(0)	3
i. opióides	0	(3)
j. outras, especificar	0	X 3

- Se "NÃO" em todos os itens investigue:
Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5 (6)
b. bebidas alcoólicas	(0)	3	4	5 6
c. maconha	(0)	3	4	5 6
d. cocaína, crack	0	3	4	5 (6)
e. anfetaminas ou éxtase	(0)	3	4	5 6
f. inalantes	(0)	3	4	5 6
g. hipnóticos/sedativos	(0)	3	4	5 6
h. alucinógenos	(0)	3	4	5 6
i. opióides	(0)	3	4	5 6
j. outras, especificar	(0)	3	4	5 6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4 (5)
b. bebidas alcoólicas	0	(2)	3	4 6
c. maconha	0	2	3	(4) 6
d. cocaína, crack	0	2	3	4 (5)
e. anfetaminas ou éxtase	(0)	2	3	4 6
f. inalantes	(0)	2	3	4 6
g. hipnóticos/sedativos	(0)	2	3	4 6
h. alucinógenos	(0)	2	3	4 6
i. opióides	(0)	2	3	4 6
j. outras, especificar	(0)	2	3	4 6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	(0)	4	5	6 7
b. bebidas alcoólicas	(0)	4	5	6 7
c. maconha	(0)	4	5	6 7
d. cocaína, crack	(0)	4	5	6 7
e. anfetaminas ou éxtase	(0)	4	5	6 7
f. inalantes	(0)	4	5	6 7
g. hipnóticos/sedativos	(0)	4	5	6 7
h. alucinógenos	(0)	4	5	6 7
i. opióides	(0)	4	5	6 7
j. outras, especificar	(0)	4	5	6 7

Anexo A

SOCRATES 8D

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

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

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão 1			
Data: 15/10/2025			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Consciencializar sobre o que esperar da intervenção • Explicar papel do profissional • Clarificar papel da pessoa • Validar opinião da pessoa	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Explicar o funcionamento e o objetivo da sessão. 2. Referir a duração estimada das sessões 3. Permitir ao utente explorar os seus problemas. 4. Fazer o balanço entre aspetos positivos e negativos do comportamento. 5. Refletir sobre a vida antes do problema surgir, comparando com a atual situação 6. Estimular o pensamento na mudança futura. 7. Explorar aspetos importantes da vida e definir metas.

Nesta sessão, o utente começa por manifestar maior disponibilidade para a mudança e a reforçar ele próprio a necessidade de que a mudança ocorra, “Eu tenho mesmo que deixar isto, há tantos anos assim, não tem jeito nenhum” (sic). Refere que quer abandonar os consumos porque

já está neste tratamento há muitos anos e para isso tem que deixar de consumir, “Uma vida nisto, já viu? Tenho é que deixar esta porcaria” (sic).
Questiono o que poderia mudar na sua vida se parasse de consumir e refere “A minha saúde melhorava logo. E também ficava com mais autoestima e confiança, não é?” (sic)

Na questão relacionada com o tratamento antirretroviral, refere “A minha mulher faz a medicação toda direitinha, eu também devia fazer, principalmente por causa do meu filho que não tem nada” (sic)

Coloco a questão de qual seria o primeiro passo para iniciar este processo de mudança à qual refere “primeiro tinha que ir ao hospital colher sangue para me começar a tratar” (sic).

Alega que tem apoio da sua família, companheira e filho, e, que esses são os seus principais motivos para querer mudar.

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão 2			
Data: 20/10/2025			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Estimular a disposição da pessoa para a mudança	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Explorar vantagens e desvantagens da mudança. 2. Consciencializar sobre os benefícios da mudança. 3. Envolver a pessoa na definição de estratégias para mudar o comportamento. 4. Fortalecer a autoeficácia e a autonomia da pessoa. 5. Promover tomada de decisão livre e informada.

ANEXO XVII: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA UTENTE B

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão Avaliação Inicial			
Data: 09/10/2025			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Apurar a necessidade da intervenção • Apurar a fase do ciclo de mudança em que o utente se encontra • Apoiar a expressão de dúvidas e responder a questões • Assinar contrato	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Apresentação breve; 2. Definir objetivos da intervenção; 3. Avaliar história de consumos; 4. Aplicar instrumentos de avaliação SOCRATES 8D e MMSE e ASSIST; 5. Pedir ao utente para descrever um dia habitual, como focando a atenção: • No padrão de consumo e o impacto destes nas relações e funcionalidade do utente; • Na potencial existência de variações de motivação; • Nas interações da pessoa com a família, amigos e colegas de trabalho; • No nível de funcionalidade em casa e no trabalho;

			• Na forma de ocupação do tempo livre 6. Validar com o utente a síntese da sua história; 7. Definir objetivos iniciais para a intervenção;
--	--	--	--

Após a aplicação do instrumento de avaliação SOCRATES 8D, identificou-se que o utente B se encontra na fase de contemplação, ou seja, ele reconhece o problema relacionado com os consumos, mas não tomou nenhuma ação com vista a mudar esses comportamentos. Neste caso, o utente mostra-se a ambivalente, uma vez que refere sentimentos contraditórios em relação à mudança de comportamento, no entanto percebe a necessidade de mudança, mas apresenta alguma resistência em abandonar o padrão atual de consumo.

Ao abordar o padrão de consumos, o utente refere que tem vindo a consumir cocaína fumada num registo diário, desde há um mês, e que quer parar. É empregado de mesa e refere que o consumo que tem normalmente é com um colega de trabalho, durante a pausa. Diz viver com os pais neste momento e refere ter dois filhos, que estão com a mãe. Durante a entrevista refere que esteve uns anos em Inglaterra e que no período em que lá esteve, não consumia. Refere que o término do relacionamento há quatro anos o deixou com uma depressão, e que esse foi o motivo da recaída.

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? 2025
Em que mês estamos? Out
Em que dia do mês estamos? 9
Em que dia da semana estamos? 6
Em que estação do ano estamos? Inverno

Nota: 5

Em que país estamos? Portugal
Em que distrito vive? Lisboa
Em que terra vive? Alv. da ru
Em que casa estamos? ca 1
Em que andar estamos? RC

Nota: 5

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

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

Pêra ✓
Gato ✓
Bola ✓

Nota: 3

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

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

27 ✓ 24 ✓ 21 ✓ 18 ✓ 15 ✓

Nota: 5

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

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

Pêra ✓
Gato ✓
Bola ✓

Nota: 3

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio ✓
Lápis ✓

Nota: 2

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

Nota: 1

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

Pega com a mão direita ✓

Dobra ao meio ✓

Coloca onde deve ✓

Nota 3

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

Fechou os olhos ✓

Nota 1

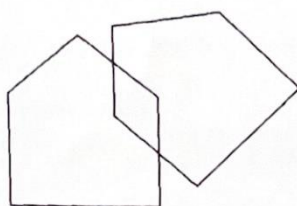
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: VOU TRABALHAR

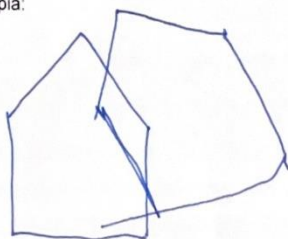
Nota 0

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

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



Cópia:



Nota 1

TOTAL(Máximo 30 pontos): 29

Considera-se com defeito cognitivo:

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

Nome: [REDACTED] Registro: [REDACTED]
 Entrevistador: [REDACTED] DATA: 9/10/25
ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- Se "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcóolicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da lolô)
- g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)
- j. outras - especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou éxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou éxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc)*, você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	☒	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	☒	5	6	7	8
c. maconha	☒	5	6	7	8
d. cocaína, crack	☒	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	☒	5	6	7	8
f. inalantes	☒	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	☒	5	6	7	8
h. alucinógenos	☒	5	6	7	8
i. opióides	☒	5	6	7	8
j. outras, especificar	☒	5	6	7	8

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)*?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	☒	6	3
b. bebidas alcoólicas	☒	6	3
c. maconha	☒	6	3
d. cocaína, crack	☒	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	☒	6	3
f. inalantes	☒	6	3
g. hipnóticos/sedativos	☒	6	3
h. alucinógenos	☒	6	3
i. opióides	☒	6	3
j. outras, especificar	☒	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de *(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)* e não conseguiu?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	☒	6	3
b. bebidas alcoólicas	☒	6	3
c. maconha	☒	6	3
d. cocaína, crack	☒	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	☒	6	3
f. inalantes	☒	6	3
g. hipnóticos/sedativos	☒	6	3
h. alucinógenos	☒	6	3
i. opióides	☒	6	3
j. outras, especificar	☒	6	3

Nota importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
☒		

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos

Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos

Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME <u>SOMENTE</u> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco	12	0-3	4-26	27 ou mais
Alcool	4	0-10	11-26	27 ou mais
Maconha	—	0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína	24	0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas	—	0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes	—	0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos	—	0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos	—	0-3	4-26	27 ou mais
Opióides	—	0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

Anexo A

SOCRATES 8D

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

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

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão 1			
Data: 15/10/2025			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Consciencializar sobre o que esperar da intervenção • Explicar papel do profissional • Clarificar papel da pessoa • Validar opinião da pessoa	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Explicar o funcionamento e o objetivo da sessão. 2. Referir a duração estimada das sessões 3. Permitir ao utente explorar os seus problemas. 4. Fazer o balanço entre aspetos positivos e negativos do comportamento. 5. Refletir sobre a vida antes do problema surgir, comparando com a atual situação 6. Estimular o pensamento na mudança futura. 7. Explorar aspetos importantes da vida e definir metas.

Nesta sessão o utente B, começa-se por tentar perceber os aspetos negativos e positivos associados ao consumo. O utente refere no que diz respeito aos aspetos positivos “esqueço-me de algumas coisas menos boas.” (sic) e “nada.” (sic). Ao abordar os aspetos negativos associados

ao seu consumo, refere “não estar com os meus filhos é o pior para mim.” (sic), refere também que não sai para lado nenhum, a relação com os seus pais é mais conflituosa, no trabalho surgem problemas, não ter dinheiro, a despreocupação com a sua condição de saúde e que podia cuidar da sua dentição.

No decorrer desta primeira parte da sessão, o utente apresentou-se inquieto, com dificuldade em manter o contacto visual, com hiperatividade das pernas e constantemente a olhar pela janela. Ao identificar estes sinais, questiono se há algo que o preocupa, referindo “tenho gente à minha espera” (sic). Questiono se não tem tempo para a sessão que estava agendada e prefere agendar para uma nova data, uma vez que se percebeu que o utente naquele momento não estava motivado para cumprir a sessão. Opta-se por resumir o que havia sido conversado até ao momento e propõe-se novo agendamento da sessão, ao qual o utente concorda e aceita.

Local: Equipa de Tratamento			
Sessão 2			
Data: 20/10/2025			
Duração da Sessão: 45-60min			
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas
• Estimular a disposição da pessoa para a mudança	• Expositivo • Participativo • Interrogativo • Ativo	• Um EEESMP • Sala de enfermagem • Mesa. • Cadeiras • Bloco de notas • Esferográfica	1. Explorar vantagens e desvantagens da mudança. 2. Consciencializar sobre os benefícios da mudança. 3. Envolver a pessoa na definição de estratégias para mudar o comportamento. 4. Fortalecer a autoeficácia e a autonomia da pessoa. 5. Promover tomada de decisão livre e informada.

**ANEXO XVIII: PLANOS DE SESSÃO DAS INTERVENÇÕES
PSICOTERAPÊUTICAS BREVES NO ESTÁGIO EM CON-
TEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS**

Descrição das Sessões

Terapia pela Música: Uso de música ao vivo ou gravações para explorar emoções.

Atividade a realizar: A sessão consiste na audição de músicas escolhidas pelos próprios utentes, criando um ambiente seguro, acolhedor e propício à expressão emocional. A literatura evidencia que a música funciona como um mediador terapêutico, capaz de facilitar a introspeção e a partilha de vivências, mesmo sem qualquer exigência de competências musicais.

Em contexto de desabituação, a terapia pela música tem demonstrado benefícios relevantes:

- Favorece a ligação consigo próprio, ajudando a reconhecer emoções que muitas vezes se encontram reprimidas ou confundidas com o *craving*.
- Promove a coesão grupal, reforçando a sensação de pertença e diminuindo sentimentos de isolamento frequentemente relatados durante o processo de abstinência.
- Estimula competências relacionais, essenciais para a reconstrução de redes de apoio e para o ajustamento emocional ao longo do internamento.
- Proporciona suporte emocional, podendo diminuir sintomas como irritabilidade, tensão interna e agitação comuns nas fases iniciais da desabituação.

Objetivos esperados da sessão: Espera-se que, no final da atividade, os utentes apresentem redução dos níveis de ansiedade e melhoria do estado emocional, facilitando a adesão global ao programa terapêutico da URD. A música funciona como um “*reset* emocional” que ajuda a criar disponibilidade interna para o tratamento.

Após a audição, realiza-se uma roda de partilha, onde cada participante é convidado a refletir sobre como a música influenciou o seu humor, que emoções despertou e que memórias ou pensamentos trouxe à superfície. Esta partilha guiada reforça a consciência emocional e promove estratégias adaptativas de comunicação e expressão.

Bibliografia:

Jörg Fachner, Clemens Maidhof, Murtagh, D., Devon De Silva, Filippo Pasqualitto, Fernie, P., Panin, F., Michell, A., Muller-Rodriguez, L., & Odell-Miller, H. (2023). Music therapy, neural processing, and craving reduction: an RCT protocol for a mixed methods feasibility study in a Community Substance Misuse Treatment Service. *Addiction Science & Clinical Practice*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s13722-023-00385-y>

Plano de Sessão

Local: Unidade de Respostas Diferenciadas				
Sessão 1 Terapia pela Música				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 1 hora				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
- Estimular a identificação e expressão de emoções através de estímulos musicais. - Promover a escuta ativa, relacionamento e socialização entre participantes, reduzir	- Escuta musical dirigida (ouvir, sentir, identificar). - Associação emoção-musical com partilha orientada. - Improvisação sonora com instrumentos simples (opcional). - Roda de par	- Coluna Bluetooth ou aparelho de som. - Lista de músicas pré-selecionadas. - Instrumentos simples (maracas, pandeiretas, tambor pequeno, chocalhos) (opcional).	1. Acolhimento e Introdução (5 minutos) - Receber os utentes, formar círculo. - Breve explicação: “Hoje vamos usar a música para percebermos o que sentimos e como as emoções mudam. Não é preciso saber cantar ou tocar — basta ouvir.” - Estabelecer regras simples: - participação livre - respeito pelas partilhas - confidencialidade 2. Aquecimento: Que emoção trago agora? (5 minutos) - Distribuir cartões com emoções ou pedir que escolham uma do quadro. - Cada utente diz uma palavra (ou sinaliza com o cartão). - Enfermeiro regista no quadro (ex.: 3 ansiosos, 2 calmos, 1 triste...). 3. Escuta Musical Dirigida (15 minutos)	Evitar estímulos sonoros excessivos, especialmente em utentes ansiosos ou em abstinência aguda. - Adequar o estilo musical ao grupo, evitando gatilhos associados ao consumo. - Validar sempre participações não verbais. - Observar: - agitação - retraimento - irritabilidade - emoções que emergem sem explicação verbal

zindo ten-tilha emocio- são emoci-nal com per-com emo- onal associ-guntas orien-ções (alegria, ada à desa-tadoras. calma, tris- bituação. teza, ansie- • História me-dade, irrita- • Aumentartafórica breveção, nostal- a consciên-para consoli-gia...).cia da inten-dar aprendiza- sidade gens (3 minu- emocional tos). (leve, mo- derada, in- tensa). • Favorecerona-te a associa-acalma-te de- ção entresafia-te). música e estados in- ternos, de- sevol- vendo vo- cabulário emocional e	• Cartões com emo- ções (alegria, calma, tris- teza, ansie- dade, irrita- ção, nostal- gia...). • Quadro branco + 4 marcadores. • Ficha rá- pida “Emo- ção Domi- nante Hoje” (opcional).	Procedimento: 1. O enfermeiro coloca 2 a 3 músicas curtas e diferentes entre si (calma / alegre / nostálgica). 2. Após cada música, pedir: ○ “Que emoção despertou?” ○ “Mudou o que estavam a sentir no início?” ○ “Foi uma emoção leve, moderada ou intensa?” 3. Registar palavras-chave no quadro. Adaptação à URD: • Observar sinais de <i>craving</i>, impaciência, inquietação ou tensão muscular. • Evitar músicas com forte associação a festas, consumo ou ambientes de risco. • 4. Improvisação Sonora (Opcional – 10 minutos) • Distribuir instrumentos simples. • Orientar: “Toquem conforme o que estão a sentir. Pode ser leve, forte, rápido, devagar.” • Objetivo: permitir expressão não verbal, reduzir tensão, promover coesão. • Parar gradualmente e pedir que fiquem 10 segundos em silêncio. 5. Roda de Partilha (10 minutos) Perguntas orientadoras: • “Qual foi a emoção dominante durante a sessão?”	• Manter ambiente seguro e estruturado. Notas Pós-Sessão (para registo clínico interno) • Reações emocionais observadas • Envolvimento do grupo (baixo/médio/alto) • Benefícios percebidos • Dificuldades/ajustes para próxima sessão
--	---	--	--

autoconsci- ência. • Reforçar o sentimento de per- tença, vali- dando ex- periências partilhadas entre pares.			• “Alguma música mudou o que estava a sentir?” • “Há alguma emoção que percebe agora melhor?” • “O que aprendeu hoje sobre o que sente?” Intervenções do enfermeiro: • Validar todas as emoções (“não há emoções erradas”). • Normalizar reações comuns durante a desabitação. • Reforçar estratégias de regulação já demonstradas. 6. História Metafórica (3 minutos) Exemplo: “A música dentro de nós” Uma breve narrativa sobre como as emoções mudam como melodias, umas fáceis, outras intensas, mas todas temporárias e compreensíveis. Objetivo: consolidação emocional + integração da sessão. 7. Encerramento e Registo Emocional (2 minutos) • Cada utente posiciona-se registando no quadro/caderno que emoções estão a sentir. • Pergunta final: “O que levo desta sessão para o resto do dia?”	
---	--	--	--	--

Desenho/Pintura (Arteterapia)

Atividade a realizar: A sessão de arteterapia centra-se na expressão de emoções através do desenho ou da pintura, permitindo que os utentes traduzam visualmente aquilo que sentem, mesmo quando lhes falta linguagem verbal para o expressar. A arteterapia é reconhecida como uma abordagem predominantemente não verbal, que acolhe o indivíduo na sua globalidade e integra aspetos afetivos, cognitivos e sociais. Em contexto de saúde mental, a criação artística livre contribui para o aumento da autoestima, para a regulação emocional e para a construção de um espaço interno mais estável e seguro.

Na Unidade de Respostas Diferenciadas, esta estratégia assume particular relevância. Durante o processo de abstinência, muitos utentes relatam dificuldades em identificar e nomear emoções, tendência para somatização e bloqueios emocionais frequentemente associados ao consumo prévio. O ato de desenhar, simples, acessível e não ameaçador, permite que essas emoções encontrem um “canal” alternativo para serem expressas, compreendidas e trabalhadas.

Em contexto de desabilitação, a arteterapia tem demonstrado benefícios específicos, tais como:

- Facilitar o acesso às emoções de forma segura, reduzindo a resistência inicial típica de intervenções mais verbais ou confrontativas.
- Promover a organização interna: ao transformar sensações difusas em formas, cores ou imagens, o utente torna o seu mundo emocional mais compreensível e estruturado.
- Reduzir níveis de ansiedade, irritabilidade e tensão emocional, criando um espaço de calma e concentração que funciona como um momento de estabilização durante o internamento.
- Reforçar competências de comunicação, ao proporcionar uma ponte para que os utentes consigam explicar sentimentos difíceis a partir do desenho, facilitando o diálogo terapêutico.
- Estimular a coesão grupal, uma vez que a partilha das obras cria oportunidades de identificação, empatia e validação entre os participantes.

Após a criação artística, cada utente é convidado a partilhar a sua obra de forma breve, explorando que emoção representa, que cor escolheu e porquê, e se o desenho traduz uma experiência recente, uma sensação presente ou um estado emocional difícil de verbalizar. Esta partilha orientada favorece a consciência emocional e cria um ambiente de suporte entre pares.

Numa segunda fase, promove-se uma discussão em grupo sobre a associação entre cores, formas e emoções identificando elementos que tendem a representar emoções positivas, neutras ou negativas. Este exercício contribui para aumentar a literacia emocional e para ajudar os utentes a reconhecer padrões pessoais e coletivos de expressão.

Objetivos esperados da sessão: Espera-se que, após a atividade, os utentes evidenciem maior clareza emocional, redução de tensão interna e melhoria da comunicação emocional com o grupo e com a equipa terapêutica. A arteterapia funciona como um momento de introspeção ativa e reguladora, potenciando a adesão ao processo de desabituação e promovendo equilíbrio emocional ao longo do internamento.

Bibliografia:

Quinn, P. (2025). Art therapy's engagement of brain networks for enduring recovery from addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1458063>

Plano de Sessão

Local: Unidade de Respostas Diferenciadas				
Sessão: Arteterapia				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 1 hora				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Promover a expressão emocional não-verbal, através de desenho/pintura. • Facilitar a exteriorização de emoções intensas frequentemente presentes na desabitação (ansiedade, culpa, medo, esperança). • Estimular a criatividade e a autoestima, oferecendo uma forma segura de auto-expressão.	• Criação plástica livre (desenho, pintura, colagem simples). • Enquadramento psicoeducativo breve sobre cores e emoções. • Partilha orientada dos temas criados. • Roda de discussão sobre símbolos emocionais. • Exposição temporária (opcional) com consentimento dos utentes.	• Folhas A4 ou A3. • Lápis de cor, marcadores, pastéis, tintas guache (se possível). • Revistas/folhetos para colagens (opcional). • Tesouras sem ponta e cola. • Toalhas de papel e panos. • Cartões com emoções (para apoio à interpretação). • Mesa ampla ou	1. Acolhimento e Introdução (5 minutos) • Formar círculo. • Explicar: “Hoje vamos expressar emoções através da arte. Não precisa de saber desenhar o foco é sentir, não é fazer algo perfeito.” • Relembrar as regras: ○ participação livre ○ respeito pelas obras e partilhas ○ confidencialidade 2. Psicoeducação Breve: Cores e Emoções (5 minutos) O enfermeiro explica de forma simples: • Amarelo – alegria/energia • Azul – calma/tristeza (dependendo do tom) • Vermelho – raiva/força/ansiedade • Verde – equilíbrio • Preto – medo/culpa • Cinzento – neutralidade/cansaço • Laranja – motivação/curiosidade Importante: Validar que cada pessoa pode ter significados diferentes. 3. Atividade Principal: “Pinta a Emoção do Momento” (20 minutos) Instrução: “Escolhe uma emoção que tens sentido nesta fase da desabitação. Pinta ou desenha essa emoção como te fizer sentido — com símbolos, cores, formas,	Evitar interpretações psicológicas profundas (não é psicoterapia). • Atenção a conteúdos que expressem risco comunicar à equipa se necessário. • Estimular participação, mas respeitar quem prefere não partilhar. • Validar reações emocionais intensas (choro, frustração, silêncio). • Manter um ambiente acolhedor e sem julgamentos. Notas Pós-Sessão (para registo clínico interno) • Grau de envolvimento dos participantes. • Emoções mais observadas.

• Reforçar a consciência emocional, associando cores, formas e símbolos às emoções. • Promover a partilha e coesão grupal, validando emoções comuns à experiência de internamento.		apoio para desenhar. Nota: Se algum material não estiver disponível, a sessão pode funcionar apenas com lápis e marcadores.	cenas ou apenas riscos.” Objetivos operacionais: • Externalizar tensão interna. • Criar uma representação concreta da emoção. • Reduzir ansiedade pela expressão criativa. Papel do enfermeiro durante a criação: • Circular, apoiar sem interpretar (“Queres contar-me que emoção estás a trabalhar?”). • Observar sinais de sofrimento emocional, irritabilidade ou retraimento. • Reforçar autonomia: “Não precisa de ser bonito. Só precisa de ser teu.” 4. Partilha e Discussão em Grupo (15 minutos) Cada utente, se quiser, é convidado a explicar: • “Qual emoção escolhi?” • “Por que usei estas cores?” • “O que esta imagem diz sobre como me sinto hoje?” Perguntas orientadoras para reflexão: • “Alguma cor repetiu-se entre vocês? O que isso pode significar sobre o grupo hoje?” • “Há emoções que apareceram mais vezes?” • “Foi difícil transformar a emoção em desenho?” Intervenção do enfermeiro: • Validar vulnerabilidades. • Ajudar a nomear emoções que surgem como “confusas” ou múltiplas. • Normalizar emoções negativas como parte do processo de recuperação. 5. Integração e Ligação à Regulação Emocional (5 minutos) • O enfermeiro faz a ponte para a sessão 3 (regulação): “Hoje aprendemos a dar forma ao que sentimos. Na próxima sessão vamos trabalhar estratégias para lidar com essas emoções quando surgem.” • Pergunta final:	• Comportamentos relevantes: isolamento, agitação, impulsividade, <i>insight</i>. • Dificuldades técnicas (materiais, tempo, adesão). • Ajustes a considerar para próximas sessões.
---	--	--	--	---

			“O que descobri hoje sobre mim através do desenho?” 6. Encerramento e Registo Emocional (2 minutos) • Os utentes colocam a sua emoção dominante no quadro semanal. • Possibilidade (opcional) de expor os desenhos no corredor ou sala, com consentimento.	
--	--	--	--	--

Mímica/Drama: Expressão Corporal e Role-Play

Atividade a realizar: A sessão de mímica e drama utiliza o corpo como principal instrumento de comunicação para explorar emoções, experiências internas e formas alternativas de expressão. Trata-se de uma abordagem não verbal que permite aceder a conteúdos emocionais profundos de forma segura, lúdica e espontânea. Na saúde mental, as técnicas de expressão corporal e *role-play* facilitam a consciência de padrões comportamentais, reduzem a inibição e promovem integração emocional através da ação.

Na Unidade de Respostas Diferenciadas, este tipo de atividade assume um papel particularmente útil, pois muitos utentes chegam à unidade com dificuldades marcadas na identificação das suas emoções, tendência para respostas impulsivas e estratégias comunicacionais empobrecidas, frequentemente moldadas pela história de consumo. A mímica oferece um espaço onde a emoção pode ser vivida, representada e compreendida sem recurso imediato à palavra, diminuindo a resistência e abrindo caminho a novos insights.

Em contexto de desabitação, a expressão corporal e o drama terapêutico podem promover:

- Aumento da consciência emocional, ao permitir que os utentes “sintam no corpo” emoções que habitualmente evitam ou não conseguem nomear.
- Melhoria da autorregulação, já que representar emoções ajuda a reconhecer-las, diferenciá-las e ajustar a intensidade emocional.
- Redução da impulsividade, através de exercícios que exigem pausa, atenção e controlo motor.
- Desinibição gradual e maior confiança, tornando mais fácil participar em atividades de grupo e comunicar vulnerabilidades.
- Reforço da coesão grupal, especialmente quando exercidas dinâmicas de *role-play* que promovem empatia, humor e identificação entre os participantes.
- Exploração de estratégias de coping, simulando situações emocionalmente desafiantes num ambiente seguro e controlado.

A atividade pode iniciar com exercícios simples de mímica de emoções (como alegria, tristeza, medo, raiva ou vergonha), promovendo consciência corporal e reconheci-

mento de sinais não verbais. De seguida, podem ser integrados pequenos jogos dramáticos ou role-play simplificado, nos quais os utentes representam situações do quotidiano associadas a emoções intensas — conflito, frustração, limites, pedido de ajuda ou momentos de ansiedade.

Após cada exercício, realiza-se uma breve partilha orientada:

- O que sentiram ao representar a emoção?
- Foi fácil ou difícil mostrar sem palavras?
- Que pistas corporais identificaram nos outros?
- Esta emoção surge com frequência durante o processo de desabitação?

Esta reflexão promove compreensão emocional, validação mútua e maior capacidade de leitura do próprio corpo e do corpo dos outros.

Objetivos esperados da sessão: Espera-se que a sessão contribua para uma consciência emocional mais refinada, melhoria das competências de comunicação não verbal, redução de tensões internas e maior facilidade em reconhecer e expressar emoções de forma adaptada. A mímica e o drama funcionam como um laboratório seguro onde os utentes podem experimentar novas respostas emocionais e comportamentais, integrando-as progressivamente no seu percurso de recuperação ao longo do internamento.

Bibliografia

- Zhang, X., & Wei, Y. (2024). The Role of Dance Movement Therapy in Enhancing Emotional Regulation: A Literature Review. *Heliyon*, 10(15), e35733–e35733. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e35733>
- Anne Le Rhun, Caillet, P., Maxime Lebeaupin, Duval, M., L. Guilmault, Emmanuelle Anthoine, Borghi, G., Leclère, B., & Moret, L. (2023). Mind–body and art therapies impact on emotional regulation in patients with chronic diseases: a pragmatic mixed-methods randomized controlled trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04173-8>

Plano de Sessão

Local: Unidade de Respostas Diferenciadas				
Sessão Mímica/Drama: Expressão Corporal/Mímica				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 1 hora				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
• Promover a expressão emocional não-verbal através do corpo e do movimento. • Facilitar o reconhecimento de emoções básicas (alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa, vergonha) através da observação e representação. • Estimular a consciência corporal, frequentemente diminuída devido ao con-	• Exercícios de mímica de emoções. • Jogos de expressão corporal e “espelho”. • Role-play simplificado de pequenas situações do quotidiano. • Psicoeducação breve sobre comunicação não verbal e sinais corporais de emoções. • Roda de partilha final.	Sala ampla que permita movimento. Cadeiras para formar círculo. Cartões ou imagens com emoções básicas (opcional). Caixa ou saco para retirar emoções aleatórias (para jogos). Quadro branco ou flipchart (para registo breve). Música suave para aquecimento corporal (opcional). Nota: Esta sessão não necessita de materiais complexos; o corpo é o principal	1. Acolhimento e Introdução (5 minutos) • Formar círculo. • Explicação inicial: “Nesta sessão vamos trabalhar emoções através do corpo, sem falar. Não é teatro — é exploração das emoções de forma simples e segura.” • Regras de segurança e respeito: ○ participação livre ○ não há representações “certas” ou “erradas” ○ evitar contacto físico sem autorização ○ confidencialidade 2. Aquecimento Corporal Leve (5 minutos) Objetivo: <i>reduzir tensão muscular, aumentar consciência corporal e preparar o grupo.</i> Propostas: • Respiração profunda guiada (30 segundos). • Alongamentos simples de pescoço, ombros e braços. • Exercício “acordar o corpo”: mover lentamente mãos, rosto, tronco. • Pequeno exercício de ritmo (bater palmas, pés — opcional). 3. Mímica de Emoções Básicas (10 minutos) Instrução: “O facilitador vai mostrar uma emoção com o corpo — sem falar.	• Atenção ao desconforto corporal ou ansiedade durante as representações. • Evitar exercícios que possam desencadear memórias traumáticas não verbalizadas. • Reforçar continuamente que a atividade não é avaliativa. • Respeitar quem prefere apenas observar. • Sinais de risco emocional devem ser comunicados à equipa. Notas Pós-Sessão (para registo interno) • Grau de adesão e envolvimento. • Emoções mais representadas. • Dificuldades observadas

sumo e à abstinência. • Melhorar competências de autorregulação e controlo da impulsividade por meio de exercícios de pausa, atenção e imitação. • Reforçar a coesão grupal, a empatia e a leitura do comportamento não-verbal dos pares. • Criar um espaço seguro onde emoções intensas possam ser representadas e compreendidas sem recurso à linguagem verbal.		instrumento.	Tentem adivinhar. Depois cada um poderá experimentar.” Passos: • O enfermeiro representa 3–4 emoções básicas. • Os utentes adivinham e comentam o que viram (“ombros baixos”, “cara tensa”, etc.). • Cada utente é convidado a representar uma das emoções (retirada de um cartão ou escolhida livremente). Objetivos operacionais: • Aumentar a capacidade de reconhecer emoção observando o corpo. • Explorar como cada pessoa manifesta emoções de forma diferente. 4. Jogo “O Espelho” (10 minutos) Em pares: • Um utente é “o espelho”; o outro faz movimentos lentos (sem fala). • Trocar de papéis após 2–3 minutos. Objetivos: • Trabalhar atenção, pausa e autocontrolo. • Promover empatia e sintonia corporal. • Reduzir impulsividade. Nota: • Evitar movimentos bruscos. • Facilitador circula e assegura segurança e conforto. 5. Role-Play Simplificado: “Representar Situações” (15 minutos) Cada par ou trio representa uma situação do quotidiano apenas com o corpo. Exemplos: • Sentir frustração numa fila longa. • Ter medo ao ouvir um barulho inesperado. • Alegria ao receber boas notícias. • Culpa ao fazer algo que não devia.	(impulsividade, inibição, retraimento). • Conflitos ou tensões no grupo durante o <i>role-play</i>. • Ajustes necessários para futuras sessões (tempo, dinâmica, número de participantes).
--	--	---------------------	---	--

			• Resistir a algo difícil (ajuda a trabalhar craving indiretamente, sem nomeá-lo). Passos: 1. Escolha da situação (por cartões ou pelo facilitador). 2. 1 minuto de preparação. 3. Representação silenciosa (30–45 segundos). 4. Breve interpretação pelo grupo: “O que observaram?” Objetivos: • Ajudar a identificar sinais corporais de emoções intensas. • Aumentar a consciência das próprias respostas emocionais no dia-a-dia. • Fortalecer competências relacionais e de leitura do outro. 6. Partilha e Integração Final (8 minutos) Sentados em círculo: • Perguntas de reflexão: ○ “Qual exercício foi mais difícil? Porquê?” ○ “O que descobri sobre o meu corpo quando sinto emoção forte?” ○ “Alguma representação fez sentido para a minha vivência na desabitação?” • Facilitador valida todas as respostas e normaliza emoções negativas. 7. Encerramento e Registo Emocional (2 minutos) • Cada utente escolhe a “emoção dominante” após a sessão e coloca-a no quadro semanal. Agradecimento e reforço positivo.	
--	--	--	--	--

Local: Unidade de Respostas Diferenciadas				
Sessão Roleplay (Expressão Emocional Através de Situações Reais)				
Data: A definir				
Duração da Sessão: 1 hora				
Objetivos	Metodologia(s)	Recursos	Tarefas	Observações
- Permitir que os utentes representem emoções através de pequenas situações do quotidiano, de forma segura e orientada. - Melhorar a identificação de emoções em situações sociais, reforçando <i>insight</i> e autoconsciência. - Trabalhar competências de comunicação não-verbal, observação e leitura emocional do outro.	- Jogos de <i>role-play</i> estruturado e simples. - Representação curta de situações reais ou simbólicas relacionadas com emoções básicas ou contextos de desafio. - Observação ativa pelo grupo. <i>Debriefing</i> orientado com perguntas de reflexão. - Psicoeducação sobre respostas emocionais e comportamentais.	- Cartões com pequenas situações (ver exemplos abaixo). - Sala com espaço para representação. - Cadeiras para círculo. - Quadro branco / flipchart (opcional para registos curtos). - Caixa ou saco para retirada aleatória de situações. Exemplos de situações (para cartões): “Estás muito frustrado porque algo que planeaste não correu como querias.” “Ficaste ansioso ao entrar numa sala com	1. Acolhimento e Introdução (5 minutos) - Formar círculo. - Explicar: “Hoje vamos representar pequenas situações do dia a dia para reconhecer como o corpo e a expressão mostram emoções. A atividade não é teatro e não vamos avaliar desempenhos — é um espaço seguro para explorar emoções.” - Regras de segurança: - participação livre - proibição de contacto físico não autorizado - representações breves - respeito e confidencialidade 2. Psicoeducação Breve: Emoções no Corpo (5 minutos) O enfermeiro explica de forma simples: - emoções têm sinais corporais associados (tensão, postura, ritmo, respiração) - cada pessoa expressa emoções de forma diferente - perceber o efeito do corpo na emoção ajuda na regulação Exemplos rápidos: - Raiva → músculos tensos, olhar fixo, respiração rápida - Medo → postura fechada, movimentos rápidos ou congelamento - Alegria → energia aumentada, sorriso, braços abertos - Tristeza → ombros caídos, movimentos lentos	- Monitorizar sinais de desconforto emocional ou retraimento. - Evitar situações demasiado próximas de trauma explícito. - Atenção redobrada a utentes com impulsividade elevada. - Reforçar proteção emocional do grupo: não ridicularizar, não interpretar psicodinamicamente. - Ajustar complexidade das situações ao estado emocional do grupo. Notas Pós-Sessão (Registo Interno) - Representações que suscitaram maior impacto emocional. - Emoções mais trabalhadas. - Aderência dos participantes.

• Promover estratégias de gestão emocional “em tempo real”, simulando desafios comuns na desabitação. • Reforçar a coesão grupal e a cooperação entre participantes. • Facilitar a compreensão de gatilhos emocionais que podem surgir no internamento ou no pós-alta.		muitas pessoas.” • “Sentiste esperança depois de receber uma boa notícia.” • “Ficaste irritado com uma espera longa.” • “Estás orgulhoso por ter conseguido ultrapassar um desafio.” • “Sentes medo após ouvir um som inesperado.” • “Estás desconfiado numa conversa difícil.” • “Recebeste apoio inesperado e sentiste gratidão.”	3. Exercício de Pre-Aquecimento Social (5 minutos) Jogo “Expressa apenas com postura”: O enfermeiro diz uma emoção (ex.: calma, irritação, ansiedade, alegria) e os utentes mudam apenas a postura corporal durante 3–5 segundos. Objetivos: • ativar consciência postural • promover foco antes do role-play 4. Atividade Principal: Role-Play de Emoções (30 minutos) Passo 1 – Escolha da Situação (2 minutos) Os utentes retiram um cartão da caixa ou escolhem um de uma lista. Passo 2 – Preparação (2 minutos) Cada par/trio tem 1–2 minutos para pensar: • Que emoção central está na situação? • Como o corpo pode representar essa emoção? • O que posso fazer sem falar? Passo 3 – Representação (8–10 minutos) Cada grupo representa a situação em 30–45 segundos. Indicações: • Sem fala • Evitar exageros ou movimentos bruscos • Basear-se em emoções reais Passo 4 – Observação Ativa do Grupo (ao longo da atividade) • Os outros participantes anotam mentalmente: ○ O que viram no corpo? ○ O que a postura dizia? ○ Que emoções conseguiram identificar? Passo 5 – Discussão Orientada (10–12 minutos) Após cada representação, discutir: • “Que emoção identificaram?” • “Que pistas corporais vos ajudaram?” • “Se estivessem nesta situação na vida real, o que poderiam	• Dificuldades (verbalização, vergonha, impulsividade, retraimento). • Sugestões para melhorar a próxima sessão.
--	--	---	---	---

			fazer para regular esta emoção?” • “Alguma representação fez lembrar um momento do internamento ou da vida antes da URD?” O enfermeiro facilita: • valida respostas • evita julgamentos • promove insight (“O que é que o teu corpo faz quando estás frustrado?”) • normaliza emoções difíceis 5. Integração Final: Ligação à Regulação Emocional (5 minutos) Mensagem do facilitador: “Hoje vimos como o corpo mostra o que estamos a sentir, mesmo sem palavras. Reconhecer estes sinais é a primeira etapa para regular emoções — amanhã vamos trabalhar estratégias práticas para gerir essas emoções.” Pergunta final ao grupo: • “O que aprendi hoje sobre a forma como expresso emoções?” 6. Encerramento e Registo Emocional (2 minutos) • Cada utente identifica a sua “emoção dominante do momento” e regista-a no quadro semanal. • Agradecimento e reforço positivo.	
--	--	--	---	--