



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VILA NOVA DE GAIA

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Bernardete Raquel Ferreira Souto

**COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS PARENTAIS NA
PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL JUVENIL.**

Vila Nova de Gaia, 2026

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

**COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS PARENTAIS NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE MENTAL JUVENIL.**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Bernardete Raquel Ferreira Souto

Relatório Final de Estágio de Natureza Profissional apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sob orientação da Professora Doutora Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva.

Gaia, 2026

“O encontro entre duas personalidades é como o contacto entre duas substâncias químicas: se houver alguma reação, ambas se transformam.”

- Carl Gustav Jung

AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente relatório contou com o contributo e apoio de diversas pessoas e instituições, às quais expresso o meu profundo reconhecimento.

Ao Instituto Jean Piaget – Vila Nova de Gaia, pela oportunidade de frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como pela confiança depositada na presente edição do curso, enquanto iniciativa pioneira nesta área de especialização.

A todos os docentes deste ciclo de estudos, pelo contributo significativo para o desenvolvimento das minhas competências científicas, técnicas e relacionais enquanto futura enfermeira especialista. Destaco, de forma particular, a Professora Doutora Mafalda Silva, pela orientação rigorosa, disponibilidade constante e acompanhamento sereno ao longo da elaboração deste relatório e percurso investigativo.

À Santa Casa da Misericórdia do Porto, através do Centro Hospitalar Conde Ferreira, em particular ao serviço A10 – Nossa Senhora de Fátima, pelo acolhimento e integração durante o ensino clínico em contexto de pessoa com doença mental crónica. Expresso especial reconhecimento à Enfermeira Ana, responsável do serviço, e à Enfermeira Natália, pela orientação, partilha de conhecimento e acompanhamento próximo.

À equipa do Programa Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC), inserido no Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Ocidental, pelo acolhimento e oportunidade de aprendizagem em contexto comunitário, destacando a Enfermeira Sofia Silva pela orientação e disponibilidade demonstradas.

À Enfermeira Rita Samico e à equipa da Unidade de Alcoologia do Porto (UAP), pelas experiências formativas proporcionadas no âmbito do ensino clínico, que contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento das minhas competências especializadas.

À minha família, principalmente, aos meus pais, à minha irmã Sofia e aos meus sogros, pelo apoio incondicional ao longo de todo este percurso acadêmico. Ao meu marido, Renato, pelo incentivo constante, pela motivação nos momentos de maior exigência e pela capacidade de reforçar a importância da persistência na concretização dos meus objetivos. À minha filha, Francisca, pela compreensão, carinho e pela forma generosa como lidou com as ausências inerentes a este processo.

Aos meus colegas de curso, pelo companheirismo e camaradagem ao longo de todo este percurso. Um agradecimento especial à minha companheira de percurso acadêmico e profissional, Francisca, pela amizade, partilha, motivação e apoio contínuo ao longo destes anos, fundamentais para a concretização deste trajeto.

A todos, Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

APA - American Psychological Association

CHCF – Centro Hospitalar Conde Ferreira

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

COVID-19 - Coronavirus Disease 2019

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSE - Competências Socioemocionais;

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM-5-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,
Fifth Edition, Text Revision

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica

EMAT - Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSJP – Escola Superior de Saúde Jean Piaget

ICAD - Instituto para os Comportamentos Aditivos e as
Dependências

ICN - International Council of Nurses

IPJPN – Instituto Politécnico Jean Piaget do Norte

JBİ - Joanna Briggs Institute;

MeSH - Medical Subject Headings

MMSE - Mini-Mental State Examination

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC - População, Conceito e Contexto

PCC - Protocolo e Critérios de Inclusão (população, conceito e contexto)

PDSA - Plan–Do–Study–Act

PIAC - Programa Integrado de Apoio à Comunidade

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

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

RE - Regulação Emocional

rTms - Estimulação Magnética Transcraniana repetitiva

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SUD - Substance Use Disorder

UAP - Unidade de Alcoologia do Porto

CRI - Centro de Respostas Integradas

WHO - World Health Organization

WLEIS-P - Wong and Law Emotional Intelligence Scale – Portuguese version

RESUMO

A saúde mental constitui uma prioridade de saúde pública, pelo impacto das perturbações mentais na funcionalidade, qualidade de vida e participação social das pessoas, famílias e comunidades.

Neste contexto a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume particular relevância, pela sua intervenção especializada junto da pessoa ao longo do ciclo de vida, com perspetiva na relação terapêutica, promoção da saúde mental, prevenção da psicopatologia, recuperação e na reabilitação psicossocial.

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e tem como objetivo analisar criticamente o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, a partir das experiências em ensinos clínicos, e da mobilização da evidência científica.

O percurso formativo decorreu em três contextos clínicos distintos e complementares: Centro Hospitalar Conde Ferreira, em contexto de internamento psiquiátrico e reabilitação psicossocial; Programa Integrado de Apoio à Comunidade, inserido no Centro de Respostas Integradas Porto Ocidental, em contexto comunitário e preventivo; e Unidade de Alcoologia do Porto, vocacionada para a intervenção em comportamentos aditivos e dependências. A diversidade destes contextos permitiu uma compreensão integrada do *continuum* de cuidados em saúde mental, desde a prevenção e intervenção precoce à recuperação, reabilitação e reinserção social.

A componente de investigação incidiu sobre as competências socioemocionais parentais, temática emergente da prática clínica desenvolvida no contexto comunitário. Com o objetivo de mapear a evidência científica relativa às perceções, experiências e perspetivas de pais

e cuidadores acerca das suas competências socioemocionais na relação com adolescentes e jovens, foi realizada uma *scoping review*, orientada pela metodologia do Joanna Briggs Institute e pelas recomendações PRISMA-ScR. A pesquisa culminou na inclusão de 14 estudos.

Os resultados evidenciaram que competências parentais como a autorregulação emocional, a empatia e autoeficácia assumem relevância na qualidade das interações familiares e na adaptação psicossocial dos adolescentes e jovens.

Estes resultados reforçam a importância de intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas dirigidas às famílias, centradas no desenvolvimento de competências socioemocionais e na promoção de ambientes relacionais seguros e responsivos.

O percurso clínico e de investigação permitiu consolidar competências especializadas ao nível da relação terapêutica, avaliação em saúde mental, planeamento e implementação de intervenções terapêuticas, psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, gestão de cuidados, trabalho multidisciplinar e promoção da saúde mental.

Conclui-se que a articulação entre a prática clínica, reflexão crítica e evidência científica sustenta o desenvolvimento da prática avançada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, contribuindo para cuidados mais integrados, humanizados e centrados na pessoa, família e comunidade.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Prática Avançada de Enfermagem; Relacionamento Terapêutico; Parentalidade; Regulação Emocional; Adolescente; Saúde Mental; Reabilitação Psiquiátrica.

ABSTRACT

Mental health is a public health priority due to the impact of mental disorders on individuals', families', and communities' functioning, quality of life, and social participation.

In this context, Mental Health and Psychiatric Nursing assumes particular relevance through its specialized intervention with individuals across the lifespan, focusing on the therapeutic relationship, mental health promotion, prevention of mental illness, recovery, and psychosocial rehabilitation.

This Professional Internship Report was developed within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing and aims to critically analyze the process of acquiring and developing the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing, based on clinical training experiences and the integration of scientific evidence.

The training pathway took place in three distinct and complementary clinical settings: Centro Hospitalar Conde Ferreira, in the context of psychiatric inpatient care and psychosocial rehabilitation; the Integrated Community Support Program, within the Porto Ocidental Integrated Response Centre, in a community and preventive care setting; and the Porto Alcohol Treatment Unit, dedicated to intervention in addictive behaviors and dependencies. The diversity of these settings enabled an integrated understanding of the mental healthcare continuum, ranging from prevention and early intervention to recovery, rehabilitation, and social reintegration.

The research component focused on parental socioemotional competencies, an emerging topic arising from clinical practice developed in the community setting. In order to map the scientific evidence regarding parents' and caregivers' perceptions, experiences, and perspectives concerning their socioemotional competencies in relationships with

adolescents and young people, a scoping review was conducted, guided by the Joanna Briggs Institute methodology and the PRISMA-ScR recommendations. The search process resulted in the inclusion of 14 studies.

The findings highlighted that parental competencies such as emotional self-regulation, empathy, and self-efficacy play a significant role in the quality of family interactions and in the psychosocial adjustment of adolescents and young people.

These findings reinforce the importance of psychoeducational and psychotherapeutic interventions directed at families, focusing on the development of socioemotional competencies and the promotion of safe and responsive relational environments.

The clinical and research pathway enabled the consolidation of specialized competencies in the therapeutic relationship, mental health assessment, planning and implementation of therapeutic, psychotherapeutic, psychosocial, and psychoeducational interventions, care management, multidisciplinary teamwork, and mental health promotion.

It is concluded that the articulation between clinical practice, critical reflection, and scientific evidence supports the development of advanced practice in Mental Health and Psychiatric Nursing, contributing to more integrated, humanized, and person, family, and community-centered care.

Keywords: Psychiatric Nursing; Advanced Nursing Practice; Therapeutic Relationship; Parenting; Emotional Regulation; Adolescent; Mental Health; Psychiatric Rehabilitation.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados.....	247
Tabela 2. Características dos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	255
Tabela 3. Síntese dos principais resultados e dimensões socioemocionais identificadas.....	260

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos.....	252
--	-----

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	VI
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS	VIII
RESUMO	X
ABSTRACT	XII
ÍNDICE DE TABELAS	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS	XV
INTRODUÇÃO	18
PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	23
1. Caracterização dos contextos de estágio	33
1.1 Internamento de Agudos	37
1.2 Cuidados na Comunidade	55
1.3 Cuidados Diferenciados	64
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	83
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.	150
4. Considerações finais	226
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	233
1. Resumo	234
2. Abstract	236
3. Enquadramento teórico	240
4. Finalidade e objetivos	242
5. Metodologia	244
5.1. Desenho do estudo	244
5.2. Estratégia de pesquisa:	246

5.3. Seleção das Fontes de Evidência:	248
5.4. Extração de dados:	249
5.5. Análise e Síntese de Evidência	250
5.6. Considerações éticas	251
6. Resultados	252
7. Discussão	265
8. Conclusão	270
CONSIDERAÇÕES FINAIS	272
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	278
ANEXOS	291
ANEXO I: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA FORMAL DIRIGIDA: “O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”	293
ANEXO II - ESCALA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE WONG E LAW (WLEIS – P)	312
ANEXO III – GUIÃO DE CONSULTA DE ACOLHIMENTO PARA UTENTES COM PERTURBAÇÃO PELO USO DE ÁLCOOL NO HOSPITAL DE DIA DA UAP	314
ANEXO IV – CERTIFICADO DE COAUTORIA DE COMUNICAÇÃO ORAL APRESENTADA NO XVI CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASPESM.	350
ANEXO V – COMPROVATIVO PRESENÇA II ENCONTRO DE REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS DO CRI DE BRAGA.	352
ANEXO VI – COMPROVATIVO PRESENÇA NAS I JORNADAS DO CPCJ DE LOUSADA	354
ANEXO VII – COMPROVATIVO PRESENÇA II JORNADAS DIA MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL MATERNA	356

INTRODUÇÃO

A saúde mental constitui, na atualidade, uma área prioritária das políticas públicas de saúde, pela sua relevância clínica, social e económica. As perturbações mentais representam uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, condicionando a qualidade de vida das pessoas, o funcionamento familiar, a participação social, a produtividade laboral e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (OMS, 2022). Para além do impacto individual, o sofrimento psíquico repercute-se nos contextos relacionais e comunitários, exigindo respostas integradas, humanizadas e cientificamente sustentadas (Patel et al., 2018).

Nas últimas décadas, a compreensão e a intervenção em saúde mental têm evoluído de modelos predominantemente centrados na doença, na institucionalização e na contenção sintomática para abordagens biopsicossociais, orientadas para a recuperação, os direitos humanos, a autonomia e a integração comunitária. Esta evolução pressupõe reconhecer a pessoa para além do diagnóstico, valorizando a sua singularidade, história de vida, rede de suporte, capacidade de autodeterminação e potencial de reconstrução de projetos de vida significativos.

Neste enquadramento, a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) assume um papel relevante na resposta às necessidades das pessoas, famílias e comunidades. A prática especializada nesta área exige a mobilização de competências clínicas avançadas, nomeadamente ao nível da avaliação em saúde mental, formulação diagnóstica, planeamento, implementação e avaliação de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducativas, psicossociais e socioterapêuticas, bem como da gestão de situações de crise, promoção da saúde mental, prevenção da psicopatologia e reabilitação psicossocial. Estas competências específicas encontram-se enquadradas no Regulamento n.º 515/2018,

relativo às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A intervenção especializada articula-se, ainda, com as competências comuns do Enfermeiro Especialista, atualmente definidas pelo Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril. Este regulamento enquadra o exercício especializado ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, dimensões fundamentais para assegurar cuidados seguros, eficazes, humanizados e centrados na pessoa.

A especificidade da intervenção em saúde mental reside, em grande medida, na centralidade da relação terapêutica. Esta constitui um instrumento privilegiado do cuidar em enfermagem psiquiátrica, permitindo estabelecer uma relação profissional intencional, promotora de confiança, expressão emocional, *insight*, adaptação e mudança. A relação terapêutica assume, assim, particular relevância na compreensão da experiência subjetiva da pessoa, na promoção da esperança e no apoio aos processos de recuperação, frequentemente longos, dinâmicos e não lineares.

O desenvolvimento destas competências resulta de um processo formativo progressivo, sustentado na articulação entre conhecimento teórico, prática clínica supervisionada, reflexão crítica e mobilização da evidência científica. A aquisição das mesmas implica uma evolução gradual da aplicação de conhecimentos e normas para uma prática progressivamente mais autónoma, reflexiva, contextualizada e sustentada no julgamento clínico. Neste sentido, a prática reflexiva assume-se como elemento estruturante da aprendizagem profissional, permitindo analisar criticamente as experiências vividas, reconstruir significados e consolidar uma intervenção especializada ética, segura e cientificamente fundamentada.

O presente relatório crítico-reflexivo surge no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, nos anos letivos de 2024/2025 e 2025/2026. Constitui parte integrante do processo

conducente à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, nos termos do Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, na sua redação atual, e do Regulamento Geral dos Ciclos de Estudos Conducentes ao Grau de Mestre da instituição.

A realização deste percurso formativo emergiu da necessidade de aprofundar competências clínicas, científicas, relacionais e reflexivas no domínio da saúde mental e psiquiátrica, área reconhecida pela sua complexidade humana e crescente exigência assistencial. Paralelamente, resultou da motivação pessoal e profissional para desenvolver uma prática especializada mais crítica, autónoma e sustentada na evidência, particularmente no âmbito da relação terapêutica, da promoção da saúde mental, da intervenção familiar e comunitária e da reabilitação psicossocial.

O percurso clínico decorreu entre 16 de junho de 2025 e 28 de novembro de 2025, integrando três contextos assistenciais distintos e complementares: o Centro Hospitalar Conde Ferreira, em contexto de internamento psiquiátrico e reabilitação psicossocial; o Programa Integrado de Apoio à Comunidade, inserido no Centro de Respostas Integradas Porto Ocidental, em contexto comunitário e preventivo; e a Unidade de Alcoologia do Porto, especializada na intervenção em comportamentos aditivos e dependências.

Os ensinamentos clínicos compreenderam um total de 380 horas de formação clínica supervisionada, permitindo vivenciar diferentes níveis do *continuum* de cuidados em saúde mental, desde a prevenção e intervenção precoce até ao tratamento especializado, à reabilitação psicossocial e à reinserção social. Esta diversidade favoreceu uma compreensão ecológica, sistémica e integrada da pessoa, em consonância com abordagens orientadas para a recuperação, que enfatizam a autonomia, a inclusão social, a participação ativa e a construção de projetos de vida significativos.

O contexto hospitalar permitiu aprofundar intervenções associadas à estabilização clínica, à relação terapêutica com pessoas com doença mental grave e à reabilitação psicossocial. O contexto comunitário possibilitou contacto com estratégias de prevenção, intervenção familiar e capacitação parental, reforçando a compreensão dos determinantes sociais e relacionais da saúde mental. Por sua vez, o contexto da alcoologia permitiu desenvolver competências na área dos comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente ao nível da motivação para a mudança, gestão da ambivalência, prevenção da recaída e promoção da adesão terapêutica.

Paralelamente à componente clínica, o relatório integra uma componente de investigação centrada nas competências socioemocionais parentais, temática emergente da prática clínica desenvolvida em contexto comunitário, particularmente da observação do impacto das competências emocionais dos cuidadores na adaptação psicossocial dos adolescentes e jovens. A investigação desenvolvida consistiu numa scoping review, orientada pela metodologia do Joanna Briggs Institute e pelas recomendações PRISMA-ScR, com o objetivo de mapear a evidência científica relativa às perceções, experiências e perspetivas de pais e cuidadores acerca das suas competências socioemocionais na relação com adolescentes e jovens.

A articulação entre prática clínica e investigação reflete a importância da prática baseada na evidência no exercício profissional especializado, permitindo integrar a experiência clínica, a reflexão crítica e o conhecimento científico na tomada de decisão em enfermagem.

Estruturalmente, o presente relatório organiza-se em duas partes complementares. A Parte I integra a caracterização dos contextos clínicos e a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sustentada na experiência clínica e na melhor evidência científica disponível. A Parte II corresponde à componente investigativa, integrando o enquadramento teórico, a

metodologia, a apresentação e a discussão dos resultados da *scoping review* desenvolvida.

Por fim, apresentam-se as considerações finais, nas quais se integram os principais contributos do percurso formativo para o desenvolvimento pessoal, académico e profissional, refletindo criticamente sobre a construção de uma prática especializada ética, relacional, reflexiva e cientificamente fundamentada.

Para a elaboração deste relatório, recorreu-se às Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia. As referências bibliográficas foram elaboradas de acordo com as normas da American Psychological Association, 7.^a edição.

Assim, o presente relatório pretende demonstrar, de forma crítica e fundamentada, o processo de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, evidenciando a transformação progressiva da prática profissional e reafirmando o compromisso com cuidados de enfermagem seguros, humanizados, centrados na pessoa, família, grupos e comunidade.

**PARTE I – AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A componente clínica constitui eixo estruturante da formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), na medida em que possibilita a integração progressiva entre conhecimento científico, julgamento clínico, reflexão crítica e intervenção terapêutica em contextos reais de prática. Para além da consolidação de competências técnicas, relacionais e éticas, os ensinamentos clínicos representam espaços privilegiados de desenvolvimento profissional, construção identitária e aprofundamento do pensamento crítico aplicado à complexidade do cuidar em saúde mental (Benner, 2001).

A saúde mental constitui, na atualidade, uma prioridade global de saúde pública, pelo impacto das perturbações mentais na funcionalidade, qualidade de vida, participação social e utilização dos serviços de saúde. De acordo com a *World Health Organization* (2022), mais de mil milhões de pessoas vivem com perturbações de saúde mental, sendo as perturbações de ansiedade e depressivas particularmente expressivas a nível global. Esta realidade evidencia a magnitude do problema e a necessidade de respostas integradas, acessíveis e sustentadas na evidência científica.

Paralelamente, fenómenos contemporâneos como o isolamento social, a fragilidade das redes de suporte, as desigualdades socioeconómicas, a precariedade laboral, o envelhecimento populacional e os comportamentos aditivos contribuem para a crescente complexidade das necessidades em saúde mental (Patel et al., 2018; WHO, 2022). Esta realidade exige respostas territorializadas, multidimensionais e articuladas entre diferentes níveis de cuidados, sustentadas numa compreensão abrangente da pessoa, da família e dos seus contextos de vida.

Neste enquadramento, a ESMP assume um papel particularmente relevante, centrando-se na promoção da saúde mental, prevenção da psicopatologia, tratamento, reabilitação psicossocial e reintegração comunitária da pessoa, família, grupos e comunidade ao longo do ciclo vital. A especificidade desta área encontra-se regulamentada pelo Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, da Ordem dos Enfermeiros, que define o perfil

das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

De acordo com este referencial, o EEESMP mobiliza competências clínicas especializadas dirigidas à pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, promovendo a otimização da saúde mental, a recuperação, a autonomia e a adaptação funcional. Estas competências integram intervenções de natureza psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional fundamentais à especificidade do exercício profissional especializado nesta área (OE, 2018).

A intervenção especializada do EEESMP distingue-se de uma prática centrada exclusivamente na gestão sintomática ou na execução técnica de cuidados. Assenta numa abordagem relacional, terapêutica e contextualizada, exigindo capacidade para integrar conhecimento científico, competência comunicacional, autorreflexão, pensamento crítico e utilização terapêutica de si próprio enquanto instrumento clínico. Esta intervenção concretiza-se através da avaliação clínica especializada, do estabelecimento e gestão da relação terapêutica, da implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, socioterapêuticas e psicoeducativas, da gestão da crise, da promoção da esperança, da reabilitação psicossocial e da promoção da autonomia da pessoa.

A par das competências específicas, a prática especializada integra as competências comuns do Enfermeiro Especialista, atualmente definidas pelo Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril. Este regulamento define o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista e enquadra o exercício especializado nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios são fundamentais para assegurar cuidados seguros, eficazes, éticos, humanizados e centrados na pessoa (OE, 2026; WHO, 2022).

Neste contexto, a relação terapêutica constitui o núcleo organizador da prática especializada em saúde mental. Conforme proposto por Hildegard Peplau (1991), a enfermagem psiquiátrica desenvolve-se fundamentalmente

através da relação interpessoal, sendo esta o principal instrumento facilitador de *insight*, crescimento, aprendizagem e mudança adaptativa. A qualidade da presença terapêutica, da escuta, da empatia e da capacidade de contenção emocional influencia diretamente o envolvimento da pessoa no processo terapêutico, a adesão ao plano de cuidados e a experiência subjetiva dos cuidados.

A prática especializada desenvolvida ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos foi igualmente sustentada pelo modelo biopsicossocial de Bolton, (2023), que conceptualiza a saúde mental como resultado da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este modelo permitiu compreender o sofrimento psíquico não como fenómeno isolado ou exclusivamente intrapsíquico, mas como experiência complexa, influenciada por trajetórias de vida, relações familiares, contexto sociocultural, condições de vulnerabilidade e recursos disponíveis.

No domínio da intervenção familiar e comunitária, assumiram particular relevância os referenciais sistémicos e ecológicos do desenvolvimento humano, nomeadamente o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), que conceptualiza o desenvolvimento humano como resultado da interação recíproca entre indivíduo e múltiplos sistemas contextuais. Esta perspetiva revelou-se especialmente relevante no contexto comunitário, permitindo compreender o impacto das competências socioemocionais parentais, das dinâmicas familiares, da comunicação e das redes de suporte na adaptação psicossocial dos adolescentes e jovens.

Os modelos orientados para a recuperação constituíram, igualmente, referenciais estruturantes da prática clínica desenvolvida. Segundo Anthony (1993) e Slade (2009), a recuperação em saúde mental não se restringe à remissão sintomática, correspondendo antes a um processo singular de reconstrução identitária, esperança, autodeterminação e participação social significativa. Esta abordagem implica recentrar os cuidados nos recursos, potencialidades e objetivos da pessoa, promovendo o empoderamento, a autonomia e a participação ativa no processo terapêutico.

Paralelamente, o Tidal Model de Barker (2001) reforça a importância da narrativa e da experiência subjetiva, defendendo que o processo terapêutico deve partir da compreensão do significado atribuído pela própria pessoa ao seu sofrimento. Nesta perspectiva, a voz da pessoa assume centralidade clínica, sendo a intervenção construída em parceria terapêutica.

No plano formativo, o desenvolvimento de competências clínicas avançadas foi sustentado pelos contributos de Benner (2001), cujo modelo descreve a progressiva evolução da prática profissional através da experiência, reflexão e integração contextual do conhecimento. No contexto da formação especializada, este referencial permitiu compreender o desenvolvimento gradual do julgamento clínico, da capacidade de adaptação e da sofisticação do raciocínio terapêutico perante situações de crescente complexidade.

Adicionalmente, a prática reflexiva descrita por Schön (1983) constituiu um referencial fundamental na integração entre experiência clínica e construção de conhecimento profissional. A reflexão-na-ação e sobre-a-ação revelaram-se essenciais para reinterpretar criticamente experiências clínicas, compreender fenómenos relacionais complexos, reconhecer implicações éticas e ajustar continuamente a intervenção terapêutica.

O percurso clínico desenvolvido contemplou três contextos assistenciais distintos e complementares: o Centro Hospitalar Conde Ferreira (CHCF), em contexto de internamento psiquiátrico e reabilitação psicossocial; o Programa Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC), integrado no Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Ocidental, em contexto comunitário e preventivo; e a Unidade de Alcoologia do Porto (UAP), especializada na intervenção em comportamentos aditivos e dependências.

A diversidade destes contextos permitiu vivenciar diferentes níveis do *continuum* de cuidados em saúde mental, desde a prevenção e intervenção precoce até ao tratamento especializado, reabilitação psicossocial e reinserção social. Esta pluralidade favoreceu uma

compreensão integrada da complexidade do sofrimento psíquico e das respostas assistenciais necessárias ao longo do ciclo vital.

O contexto de internamento psiquiátrico possibilitou o desenvolvimento de competências relacionadas com avaliação clínica especializada, a relação terapêutica com pessoas com doença mental grave, a intervenção grupal e a reabilitação psicossocial. O contexto comunitário permitiu aprofundar competências ao nível da intervenção familiar, prevenção em saúde mental e articulação interinstitucional. Por sua vez, o contexto da alcoologia favoreceu o desenvolvimento de competências específicas na área dos comportamentos aditivos e dependências, nomeadamente ao nível da intervenção motivacional, gestão da ambivalência, prevenção da recaída e promoção da adesão terapêutica.

A presente parte do relatório inicia-se com a caracterização crítica dos diferentes contextos clínicos e das atividades desenvolvidas, seguindo-se a análise reflexiva do processo de aquisição e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEESMP, de acordo com os referenciais regulamentares atualmente em vigor (OE, 2018, OE, 2026).

Assim, este segmento do relatório pretende demonstrar, de forma crítica e cientificamente fundamentada, a transformação progressiva da prática profissional decorrente da especialização em ESMP, evidenciando o desenvolvimento de um exercício clínico avançado, relacional, ético, reflexivo sustentado na melhor evidência científica disponível.

A prática especializada em ESMP exige referenciais teóricos capazes de sustentar a compreensão multidimensional do sofrimento psíquico, orientar o raciocínio clínico e fundamentar a intervenção terapêutica em contextos marcados pela complexidade humana. Neste enquadramento, o trabalho desenvolvido ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos foi sustentado por modelos conceptuais complementares, que permitiram integrar dimensões biológicas, psicológicas, relacionais, familiares e socioculturais da experiência de saúde-doença.

Os referenciais aplicados assumiram particular relevância na compreensão da singularidade da pessoa em sofrimento psíquico, da centralidade da relação terapêutica e da influência dos contextos familiares e comunitários na promoção da saúde mental, recuperação psicossocial e adaptação funcional. Paralelamente, constituíram suporte essencial ao desenvolvimento de competências clínicas avançadas, pensamento crítico e prática reflexiva, fundamentais ao exercício especializado em saúde mental e psiquiatria.

O modelo biopsicossocial proposto por Engel (1977) constituiu um dos principais referenciais conceituais mobilizados ao longo do percurso formativo. Este modelo representa uma mudança relevante na compreensão dos processos de saúde-doença, ao ultrapassar perspectivas reducionistas centradas exclusivamente na dimensão biomédica e ao reconhecer a interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos e sociais.

No domínio da saúde mental, esta perspectiva revela-se particularmente relevante, uma vez que o sofrimento psíquico emerge frequentemente da interação complexa entre vulnerabilidades individuais, trajetórias de vida, relações interpessoais, condições socioeconômicas, experiências traumáticas e contextos culturais. A utilização deste modelo permitiu compreender a pessoa para além do diagnóstico psiquiátrico, valorizando simultaneamente os significados subjetivos atribuídos à experiência de doença, os recursos internos disponíveis e os contextos relacionais envolventes.

Nos diferentes contextos clínicos, este referencial sustentou uma abordagem integrada e contextualizada do cuidado. No CHCF, revelou-se essencial para compreender o impacto da institucionalização, da fragilidade relacional e da perda de papéis sociais na recuperação psicossocial. No PIAC, permitiu interpretar as dificuldades emocionais e comportamentais dos adolescentes e jovens à luz das dinâmicas familiares, escolares e comunitárias. Na UAP, possibilitou compreender os comportamentos aditivos como fenómenos multifatoriais, influenciados por processos psicológicos,

fatores socioculturais, padrões relacionais e estratégias disfuncionais de regulação emocional.

A teoria interpessoal de Hildegard Peplau (1991) constituiu outro referencial central da prática desenvolvida, sustentando a compreensão da relação terapêutica enquanto núcleo organizador da intervenção em enfermagem psiquiátrica.

Segundo esta autora, o cuidado em saúde mental concretiza-se fundamentalmente através da relação interpessoal estabelecida entre enfermeiro e pessoa cuidada, sendo esta relação um espaço privilegiado de crescimento, *insight*, aprendizagem e mudança adaptativa. Nesta perspetiva, o enfermeiro não atua apenas como executor de procedimentos técnicos, mas como participante ativo num processo relacional terapêutico intencional. Esta abordagem exige consciência de si, capacidade de escuta, empatia, autenticidade, gestão emocional e utilização terapêutica da comunicação.

A aplicação deste referencial tornou-se particularmente evidente nos diferentes contextos clínicos. No internamento psiquiátrico, a consistência relacional, a previsibilidade e a disponibilidade emocional revelaram-se fundamentais na construção de confiança junto de pessoas com doença mental grave e histórias marcadas por retração afetiva, institucionalização e fragilidade vincular. No contexto comunitário, a relação terapêutica assumiu particular relevância na intervenção com famílias e cuidadores, exigindo capacidade de escuta, exigindo capacidade de escuta, validação emocional e contenção relacional. Na alcoologia, revelou-se essencial na gestão da ambivalência, da vergonha e dos mecanismos defensivos frequentemente associados à dependência.

Ao longo do percurso formativo tornou-se progressivamente evidente que, em saúde mental, a qualidade da presença terapêutica influencia a adesão ao plano terapêutico, o envolvimento e a construção de um espaço seguro de expressão emocional, confirmando a centralidade da relação interpessoal enquanto instrumento clínico especializado.

Os modelos orientados para a recuperação constituíram referenciais fundamentais da prática clínica desenvolvida. Segundo Anthony (1993), a recuperação em saúde mental não corresponde apenas à remissão sintomática, mas a um processo singular e profundamente pessoal de reconstrução de identidade, esperança, autodeterminação e participação social significativa.

Esta perspectiva implica recentrar os cuidados nos recursos, potencialidades e objetivos da pessoa, promovendo o empoderamento, a autonomia e a participação ativa no processo terapêutico. O modelo de recuperação representa, assim, uma evolução face a abordagens tradicionais centradas predominantemente na doença, incapacidade e dependência institucional.

Paralelamente, o Tidal Model de Barker (2001) reforça a importância da narrativa e da experiência subjetiva da pessoa, defendendo que o processo terapêutico deve partir da compreensão do significado atribuído pela própria pessoa ao seu sofrimento. Nesta perspectiva, a voz da pessoa assume centralidade clínica, sendo a intervenção construída em parceria terapêutica.

Estes referenciais revelaram-se particularmente pertinentes no contexto de internamento psiquiátrico e reabilitação psicossocial, onde a promoção da autonomia possível, da participação ativa e da reconstrução identitária assume especial importância em pessoas com doença mental grave. Na UAP, permitiram compreender a recuperação da dependência como processo dinâmico, não linear e frequentemente marcado por recaídas, ambivalência e reconstrução progressiva de projetos de vida.

No domínio da intervenção familiar e comunitária, assumiram particular relevância os modelos sistémicos e ecológicos do desenvolvimento humano, especialmente o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), que conceptualiza o desenvolvimento como resultado da interação recíproca entre a pessoa e múltiplos sistemas contextuais.

Esta perspectiva permitiu compreender que a saúde mental não pode ser interpretada isoladamente da família, escola, comunidade e contexto sociocultural. O comportamento da pessoa emerge frequentemente de padrões relacionais, dinâmicas familiares e condições contextuais mais amplas, exigindo intervenções integradas, contextualizadas e articuladas com os recursos disponíveis.

No contexto do PIAC, este referencial revelou-se particularmente relevante na compreensão das dificuldades emocionais e comportamentais dos jovens, permitindo identificar o impacto das competências socioemocionais parentais, da comunicação familiar, da regulação emocional e das redes de suporte na adaptação psicossocial juvenil.

Paralelamente, os contributos da terapia familiar sistémica permitiram compreender a família enquanto sistema relacional dinâmico, no qual alterações individuais influenciam reciprocamente os restantes elementos do sistema familiar. Esta leitura revelou-se fundamental na compreensão das interações familiares observadas ao longo da prática clínica comunitária e na identificação de oportunidades de intervenção centradas na capacitação parental, na comunicação e na regulação emocional.

No plano formativo, o desenvolvimento de competências clínicas avançadas foi sustentado pelos contributos de Benner (2001), cujo modelo descreve a progressiva evolução da prática profissional através da experiência, reflexão e integração contextual do conhecimento. No contexto da formação especializada, este modelo permitiu compreender o desenvolvimento gradual do julgamento clínico, da capacidade de adaptação e da sofisticação do raciocínio terapêutico perante situações de crescente complexidade.

Complementarmente, a prática reflexiva descrita por Schön (1983) constituiu um referencial fundamental na integração entre experiência clínica e construção de conhecimento profissional. A reflexão-na-ação e a reflexão-sobre-a-ação revelaram-se essenciais para reinterpretar criticamente

experiências clínicas, compreender fenômenos relacionais complexos, reconhecer implicações éticas e ajustar continuamente a intervenção terapêutica.

Ao longo do percurso formativo, a reflexão crítica supervisionada permitiu transformar a experiência clínica em aprendizagem significativa, favorecendo o desenvolvimento de uma prática clínica mais consciente, autônoma e fundamentada cientificamente.

Assim, os referenciais teóricos mobilizados ao longo dos diferentes contextos clínicos constituíram não apenas suporte conceitual da prática especializada, mas também instrumentos fundamentais de análise, compreensão e transformação da intervenção terapêutica em ESMP.

1. Caracterização dos contextos de estágio

A formação clínica especializada constitui um eixo estruturante no desenvolvimento das competências do EEESMP, permitindo a integração progressiva entre conhecimento científico, julgamento clínico, reflexão crítica e intervenção terapêutica em contextos reais de prática. Este processo favorece a consolidação da identidade profissional especializada, na medida em que possibilita a mobilização de saberes teóricos, éticos, relacionais e técnicos perante situações clínicas complexas, dinâmicas e marcadas pela singularidade da experiência humana em sofrimento psíquico (Benner, 2001; Schön, 1983). No domínio da saúde mental, a aprendizagem assume particular especificidade, uma vez que o objeto de cuidado não se circunscreve à dimensão biológica da doença, integrando igualmente trajetórias de vida, vínculos afetivos, significados subjetivos, vulnerabilidades sociais, dinâmicas familiares e contextos comunitários. Esta complexidade exige uma abordagem compreensiva, integradora e centrada na pessoa, em consonância com o modelo biopsicossocial de Engel (1977) e com referenciais ecológicos e sistémicos que reconhecem a interdependência entre indivíduo, família, comunidade e contexto sociocultural (Bronfenbrenner, 1979).

O percurso formativo desenvolvido no âmbito do presente relatório decorreu em três contextos assistenciais distintos e complementares, representativos de diferentes níveis do *continuum* de cuidados em saúde mental: o Centro Hospitalar Conde Ferreira, em contexto de internamento psiquiátrico e reabilitação psicossocial; o Programa Integrado de Apoio à Comunidade, integrado no Centro de Respostas Integradas Porto Ocidental, em contexto comunitário e preventivo; e a Unidade de Alcoologia do Porto, especializada na intervenção em comportamentos aditivos e dependências. Esta diversidade permitiu contactar com diferentes expressões do sofrimento mental, distintas fases do processo saúde-doença e múltiplas modalidades

de intervenção especializada. O contexto hospitalar permitiu aprofundar a compreensão das necessidades associadas à doença mental grave e persistente, nomeadamente ao nível da estabilização clínica, da relação terapêutica, da reabilitação psicossocial, da promoção da funcionalidade e da preservação da autonomia possível. Neste contexto, tornou-se evidente que a intervenção especializada em saúde mental ultrapassa a gestão sintomática, exigindo uma abordagem centrada na pessoa, na sua história, nos seus recursos, nas suas limitações funcionais e nos seus projetos de vida.

O contexto comunitário possibilitou uma aproximação às intervenções preventivas, familiares e sistémicas, com particular enfoque na promoção da saúde mental de adolescentes, jovens e respetivos cuidadores. A experiência no PIAC permitiu compreender a relevância dos determinantes relacionais, familiares, escolares e comunitários na adaptação psicossocial juvenil, bem como a importância da capacitação parental, da intervenção precoce e da articulação interinstitucional na resposta às situações de vulnerabilidade psicossocial.

Por último, o contexto da alcoologia permitiu desenvolver uma compreensão mais aprofundada da complexidade dos comportamentos aditivos e dependências, particularmente da dependência alcoólica enquanto fenómeno multifatorial, marcado por dimensões neurobiológicas, psicológicas, relacionais e socioculturais. A intervenção neste domínio exigiu competências específicas ao nível da relação terapêutica, comunicação motivacional, gestão da ambivalência, promoção da adesão terapêutica, prevenção da recaída e apoio à reconstrução progressiva da autonomia e da identidade da pessoa para além da dependência.

A pluralidade destes contextos favoreceu uma compreensão ecológica e sistémica da saúde mental, permitindo reconhecer que o sofrimento psíquico não pode ser interpretado de forma isolada, mas antes integrado nas condições de vida, relações, recursos, vulnerabilidades e significados atribuídos pela pessoa à sua experiência. Esta perspetiva encontra consonância com os modelos contemporâneos orientados para a

recuperação, nos quais é entendida como um processo singular, dinâmico e não linear de reconstrução de identidade, esperança, autodeterminação e participação social significativa (Anthony, 1993; Slade, 2009).

Paralelamente, os diferentes contextos clínicos evidenciaram a centralidade da relação terapêutica enquanto instrumento essencial da prática especializada em ESMP. Conforme proposto por Peplau (1991), a relação interpessoal constitui o núcleo do cuidado em enfermagem psiquiátrica, permitindo promover confiança, expressão emocional, *insight*, crescimento pessoal e mudança adaptativa. Esta dimensão revelou-se transversal aos três contextos de estágio, assumindo particular relevância na construção da aliança terapêutica, na contenção emocional, na promoção da esperança e no envolvimento da pessoa e família no processo terapêutico.

Importa ainda destacar que a experiência formativa em múltiplos cenários permitiu compreender a importância da continuidade de cuidados e da articulação interinstitucional, particularmente junto de pessoas com doença mental grave, dependência alcoólica, fragilidade social ou vulnerabilidade familiar. A fragmentação dos cuidados pode comprometer a adesão terapêutica, aumentar o risco de recaída e dificultar os processos de recuperação e inclusão social. Neste sentido, o EEESMP assume um papel relevante enquanto profissional facilitador da integração de cuidados, da articulação entre equipas e da promoção de respostas centradas na pessoa, família e comunidade.

Assim, a caracterização dos contextos de estágio não se limita à descrição das instituições onde decorreu o percurso formativo. Representa, sobretudo, uma análise crítica da forma como diferentes ambientes terapêuticos contribuíram para o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais, éticas, reflexivas e técnico-científicas fundamentais ao exercício especializado em ESMP. Nos subcapítulos seguintes, apresentam-se os principais contributos de cada contexto clínico para o processo de aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas EEESMP, de

acordo com os referenciais regulamentares atualmente em vigor (OE, 2018; OE, 2026).

1.1 Internamento de Agudos

O primeiro ensino clínico do percurso formativo decorreu no CHCF, instituição historicamente relevante no panorama da assistência psiquiátrica portuguesa e atualmente integrada na Santa Casa da Misericórdia do Porto. Enquanto estrutura diferenciada na área da saúde mental, esta instituição assegura respostas de tratamento, acompanhamento e reabilitação dirigidas a pessoas com perturbação mental grave, constituindo um contexto particularmente relevante para o desenvolvimento de competências avançadas do EEESMP.

A evolução institucional do CHCF acompanha, de forma paradigmática, a transformação histórica dos modelos de cuidados em saúde mental em Portugal. Originalmente concebido num paradigma predominantemente asilar, centrado na contenção e segregação da pessoa com doença mental, o hospital foi progressivamente integrando modelos assistenciais orientados para a reabilitação psicossocial, a continuidade de cuidados, a integração comunitária e a promoção da autonomia possível. Esta evolução encontra consonância com os princípios contemporâneos da saúde mental comunitária e dos cuidados orientados para a recuperação, que defendem intervenções centradas na pessoa, nos seus direitos, recursos, preferências e projetos de vida (Anthony, 1993; Slade, 2009; WHO, 2022).

Esta transformação adquire particular relevância no contexto da atual Lei da Saúde Mental, Lei n.º 35/2023, de 21 de julho, que reforça os princípios da autonomia, dignidade, proporcionalidade, intervenção mínima restritiva e prestação de cuidados em proximidade. Neste enquadramento, as instituições psiquiátricas contemporâneas enfrentam o desafio de conciliar a proteção clínica e social de pessoas com doença mental grave com a promoção da autodeterminação, funcionalidade, participação ativa e inclusão comunitária.

O ensino clínico decorreu na Unidade de Recuperação e Reinserção Psicossocial, Serviço A10 — Nossa Senhora de Fátima, vocacionada para o acompanhamento de pessoas com doença mental crónica em processo de estabilização clínica, reabilitação funcional e preparação para a reintegração comunitária. A população assistida era constituída por dezasseis utentes do sexo masculino, em situação de internamento prolongado, apresentando predominantemente diagnósticos do espectro da esquizofrenia e outras perturbações psicóticas persistentes. Estes quadros encontravam-se frequentemente associados a sintomatologia residual, défices cognitivos, alterações da volição, empobrecimento relacional, baixa iniciativa, fragilidade dos suportes familiares e sociais e perda progressiva de papéis funcionais (APA, 2022).

Apesar da forte orientação reabilitativa da unidade, tornou-se evidente a complexidade inerente aos processos de reinserção comunitária em pessoas com longos percursos de institucionalização psiquiátrica. Em múltiplos casos, os próprios utentes verbalizaram preferência pela permanência institucional, associando o CHCF a sentimentos de segurança, pertença, proteção, previsibilidade e estabilidade emocional. Esta realidade permitiu compreender que a institucionalização prolongada produz fenómenos ambivalentes: se, por um lado, pode associar-se à perda progressiva de autonomia, dependência institucional e redução de oportunidades de participação comunitária, por outro, pode também constituir um espaço relacional protetor perante trajetórias marcadas por rejeição familiar, exclusão social, estigma e vulnerabilidade psicossocial severa.

O contacto com esta realidade clínica permitiu compreender que a doença mental grave não pode ser interpretada exclusivamente à luz do diagnóstico psiquiátrico ou da sintomatologia observável. Em múltiplos casos, os principais determinantes de incapacidade encontravam-se relacionados com a perda de papéis sociais, institucionalização prolongada, estigma internalizado, baixa autoeficácia, fragilidade das redes de suporte e

progressiva redução de oportunidades de participação social. Esta leitura encontra consonância com modelos contemporâneos orientados para a recuperação, nos quais a recuperação é entendida como processo singular de reconstrução de identidade, fortalecimento da autonomia, redescoberta de sentido existencial e participação social significativa (Anthony, 1993; Slade, 2009).

Neste contexto, a promoção da recuperação não pode ser compreendida de forma simplista ou exclusivamente orientada para a independência total, mas antes como um processo individualizado de maximização da autonomia possível, reconstrução da identidade, fortalecimento das capacidades remanescentes e promoção de qualidade de vida significativa, mesmo em contextos de dependência parcial de suporte institucional.

A dinâmica assistencial da unidade integrava cuidados de enfermagem continuados, vigilância clínica, gestão terapêutica medicamentosa, promoção do autocuidado e um conjunto diversificado de intervenções orientadas para a reabilitação psicossocial, incluindo capacitação de atividades de vida diária, gestão de recursos financeiros, participação em grupos terapêuticos, atividades ocupacionais, desenvolvimento de competências sociais e saídas terapêuticas à comunidade. A articulação multidisciplinar com medicina, psicologia, terapia ocupacional e serviço social constituía um eixo estruturante da intervenção, permitindo uma abordagem integrada e centrada na funcionalidade da pessoa. A observação desta prática evidenciou que a reabilitação psicossocial exige consistência relacional, continuidade terapêutica e intervenções estruturadas e contextualizadas, orientadas para a manutenção e desenvolvimento de competências adaptativas, prevenindo fenómenos de desabitação social e promovendo a autonomia e participação no quotidiano.

Particularmente relevante revelou-se a observação das saídas terapêuticas realizadas em contexto comunitário, que permitiam aos utentes contactar com espaços exteriores à instituição, mobilizando competências de

orientação, comunicação, interação social, tomada de decisão e gestão de pequenas atividades quotidianas. Ainda que as perspetivas de autonomia plena fossem limitadas em diversos casos, estas estratégias assumem importância significativa na preservação da identidade ocupacional, do sentimento de agência e da manutenção de competências sociais.

Paralelamente, foi possível observar uma sessão de Estimulação Magnética Transcraniana repetitiva (rTMS), realizada no contexto do Hospital de Dia, dirigida a uma pessoa com diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major* resistente ao tratamento farmacológico. A observação desta intervenção permitiu contactar com abordagens terapêuticas neurobiológicas contemporâneas, não invasivas e sustentadas em evidência científica para situações específicas, como a depressão resistente ao tratamento (McClintock et al., 2018). Destacou-se o carácter não invasivo, indolor e pouco incapacitante do procedimento, contrastando com representações sociais frequentemente estigmatizadas associadas aos tratamentos psiquiátricos biológicos. Esta experiência permitiu reconhecer a crescente integração de abordagens terapêuticas inovadoras nos cuidados especializados em saúde mental, refletindo a evolução técnico-científica das instituições psiquiátricas contemporâneas.

Atividades desenvolvidas

Ao longo do estágio, foram desenvolvidas atividades clínicas, técnico-relacionais, socioterapêuticas e reflexivas diversificadas, incluindo integração na dinâmica do serviço, prestação de cuidados gerais e especializados, promoção da autonomia nas atividades de vida diária, vigilância terapêutica, observação sistemática do estado mental, estabelecimento de relação terapêutica, participação em atividades reabilitativas, colaboração multidisciplinar e desenvolvimento de uma intervenção psicoterapêutica grupal.

Estas experiências permitiram compreender que, em contextos de doença mental grave e persistente, intervenções aparentemente simples, como sustentar rotinas, reforçar pequenas decisões autónomas, validar

experiências emocionais, promover interação social ou incentivar a participação em atividades cotidianas, podem assumir elevado valor terapêutico. Em saúde mental, a eficácia do cuidado não se restringe à execução técnica, mas depende da intencionalidade clínica, da consistência relacional e da capacidade de reconhecer pequenas manifestações de mudança como indicadores relevantes de evolução terapêutica.

Centralidade da relação terapêutica

No plano especificamente disciplinar da enfermagem, confirmou-se a relevância da relação terapêutica enquanto instrumento clínico privilegiado. Muitos utentes apresentavam histórias marcadas por sucessivos internamentos, exclusão social, fragilidade vincular, isolamento afetivo e experiências de estigma, circunstâncias que frequentemente condicionavam desconfiança interpessoal, comunicação empobrecida ou reduzido envolvimento no processo terapêutico.

Nestes contextos, a previsibilidade, a coerência, a escuta ativa, a disponibilidade emocional, a autenticidade e a capacidade de contenção do enfermeiro revelaram-se fatores reguladores fundamentais, permitindo a construção gradual de confiança e maior envolvimento dos utentes nas atividades terapêuticas. Esta evidência encontra sustentação na teoria interpessoal de Peplau, que conceptualiza a relação enfermeiro-pessoa como núcleo transformador do cuidado em enfermagem psiquiátrica.

A experiência clínica permitiu constatar que, frequentemente, a presença terapêutica consistente, autêntica e empática constitui uma condição prévia para qualquer intervenção técnica eficaz. Esta perspetiva é corroborada por abordagens contemporâneas que valorizam a relação, a narrativa, a escuta ativa e a construção de significado como elementos essenciais do processo terapêutico em saúde mental (Barker, 2001).

Intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicossociais em Enfermagem de Saúde Mental

A intervenção especializada do EEESMP concretiza-se através da mobilização intencional de intervenções psicoterapêuticas,

socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, orientadas para a promoção da saúde mental, recuperação funcional, autonomia e integração comunitária da pessoa em situação de sofrimento psíquico (OE, 2018).

Segundo o Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto, compete ao EEESMP desenvolver processos terapêuticos individualizados e grupais, mobilizando a relação terapêutica enquanto instrumento central de cuidado, através de intervenções dirigidas à expressão emocional, reorganização adaptativa, desenvolvimento de competências relacionais, gestão sintomática e reabilitação psicossocial (OE, 2018).

As intervenções psicoterapêuticas de enfermagem distinguem-se pela utilização estruturada e intencional da relação interpessoal com finalidade terapêutica, promovendo *insight*, autorregulação emocional, adaptação funcional e reconstrução de significado perante a experiência de doença mental. Estas intervenções podem assumir natureza formal ou informal, individual ou grupal, e integrar estratégias expressivas, cognitivas, relacionais, psicoeducativas e socioterapêuticas, ajustadas às necessidades, capacidades e contexto da pessoa (Barker, 2001; Peplau, (1991).

No contexto da doença mental grave e persistente, as intervenções grupais assumem particular relevância, permitindo promover suporte interpessoal, validação emocional, treino de competências sociais, expressão afetiva e redução do isolamento social. Paralelamente, as intervenções socioterapêuticas e de estimulação cognitiva constituem componentes fundamentais da reabilitação psicossocial em contexto psiquiátrico, particularmente em pessoas com défices cognitivos, perda funcional e institucionalização prolongada. Estas intervenções visam preservar funcionalidade, estimular competências cognitivas e relacionais, promover autonomia nas atividades de vida diária e fortalecer a participação social significativa.

Neste enquadramento, o enfermeiro especialista assume um papel ativo na conceção, implementação e avaliação de programas terapêuticos

estruturados, articulando conhecimento científico, competência relacional e capacidade de adaptação terapêutica às necessidades individuais e grupais.

Intervenções terapêuticas informais e relação terapêutica

Para além das intervenções estruturadas e formalmente planeadas, o quotidiano clínico em saúde mental é amplamente atravessado por intervenções terapêuticas informais, frequentemente integradas nas interações espontâneas do contexto assistencial. Embora menos protocoladas, estas intervenções assumem elevado valor terapêutico, particularmente em contextos de doença mental grave e internamento prolongado, onde a consistência relacional, a disponibilidade emocional e a presença terapêutica constituem elementos centrais do cuidado especializado (Peplau, 1991).

No contexto da Unidade de Recuperação e Reinserção Psicossocial do CHCF, momentos informais de interação, nomeadamente durante passeios terapêuticos, atividades quotidianas, períodos de convívio grupal ou conversas espontâneas, revelaram-se fundamentais para o estabelecimento da relação terapêutica e para a compreensão aprofundada da experiência subjetiva dos utentes. Através da escuta ativa, da observação fenomenológica do comportamento e da comunicação terapêutica intencional, tornou-se possível aceder a narrativas marcadas por sofrimento psíquico prolongado, institucionalização, perda de papéis sociais, sentimentos de abandono, estigma e reconstrução de significado face ao percurso de doença mental.

Frequentemente, estes momentos relacionais permitiam a emergência de conteúdos emocionais dificilmente verbalizados em contextos formais, evidenciando a relevância do espaço terapêutico informal enquanto facilitador da expressão afetiva, validação emocional e reconstrução da identidade. Em múltiplas situações, observou-se que a disponibilidade relacional consistente e a presença terapêutica sustentada assumiam maior impacto clínico do que intervenções exclusivamente centradas na sintomatologia, corroborando os modelos contemporâneos orientados para a recuperação, nos quais a relação interpessoal constitui elemento central na

promoção de esperança, empoderamento e participação significativa (Barker, 2001; Slade, 2009).

Paralelamente, estes momentos possibilitaram compreender a importância do chamado “tempo terapêutico” em saúde mental, particularmente em pessoas com doença mental grave e institucionalização prolongada. Ao contrário de modelos assistenciais predominantemente orientados para produtividade e resolução imediata de problemas, a prática especializada em saúde mental exige disponibilidade para sustentar silêncios, respeitar ritmos individuais e reconhecer pequenas manifestações de confiança, iniciativa ou vinculação como indicadores clinicamente relevantes de evolução terapêutica.

Intervenções socioterapêuticas, expressivas e de reabilitação psicossocial

As intervenções socioterapêuticas e de reabilitação psicossocial constituem componentes centrais da prática especializada em ESMP, particularmente em contextos de doença mental grave e persistente, onde as repercussões do sofrimento psíquico ultrapassam frequentemente a dimensão sintomática, comprometendo funcionalidade, identidade, participação social e autonomia da pessoa.

A reabilitação psicossocial assenta numa perspetiva orientada para a recuperação, procurando promover não apenas estabilização clínica, mas também reconstrução de significado, fortalecimento da autodeterminação, recuperação de papéis sociais significativos e melhoria da qualidade de vida (Anthony, 1993; Slade, 2009). Neste enquadramento, as intervenções terapêuticas desenvolvidas em contexto institucional assumem como finalidade preservar capacidades remanescentes, estimular competências adaptativas, reduzir passividade institucional e promover participação ativa da pessoa no quotidiano terapêutico.

No contexto da Unidade de Recuperação e Reinserção Psicossocial do CHCF, estas intervenções integravam-se de forma estruturada na dinâmica assistencial quotidiana, através de atividades grupais orientadas

para estimulação cognitiva, expressão emocional, treino de competências sociais, promoção da autonomia funcional e fortalecimento da interação interpessoal.

A participação em atividades expressivas e socioterapêuticas, nomeadamente ensaios de teatro terapêutico com diferentes enfermarias, revelou-se particularmente relevante enquanto estratégia promotora de espontaneidade relacional, expressão simbólica e coesão grupal. A dramatização permitia aos utentes experienciar diferentes papéis sociais, trabalhar comunicação interpessoal e desenvolver maior flexibilidade emocional e comportamental em ambiente terapêutico protegido.

Paralelamente, atividades como o “jornal de parede” e as reuniões comunitárias constituíam espaços terapêuticos de participação coletiva, expressão de opinião e construção de pertença grupal. Estes momentos permitiam estimular competências comunicacionais, organização do pensamento, partilha de experiências e envolvimento ativo na vida institucional, contrariando fenómenos de passividade e isolamento frequentemente associados à institucionalização prolongada. A participação em processos coletivos de decisão e discussão revelou-se particularmente relevante na promoção da autonomia possível, valorização da voz do utente e fortalecimento do sentimento de utilidade e reconhecimento social.

As dinâmicas grupais desenvolvidas no âmbito do programa “RodaMente” assumiam igualmente particular relevância terapêutica, promovendo estimulação cognitiva, interação social e desenvolvimento de competências emocionais e relacionais. Através de atividades estruturadas, jogos terapêuticos e exercícios cognitivos orientados, era possível trabalhar atenção, memória, linguagem, associação de ideias, tolerância à frustração e capacidade de cooperação, em simultâneo com a promoção da socialização e da vinculação interpessoal.

A participação de alguns utentes em iniciativas externas, nomeadamente na Liga para a Inclusão Social, constituiu igualmente uma dimensão relevante do processo de reabilitação psicossocial. Estas experiências permitiam contacto com contextos comunitários mais

alargados, promovendo integração social, ampliação das redes relacionais e manutenção de competências adaptativas fora do ambiente estritamente institucional. Observou-se que estes momentos assumiam frequentemente elevado valor simbólico para os utentes, funcionando como experiências de reconhecimento, pertença e valorização pessoal.

A promoção da autonomia funcional constituiu uma dimensão transversal da intervenção socioterapêutica observada. O incentivo à realização de atividades de vida diária, gestão semanal de recursos financeiros, participação em tarefas quotidianas e saídas terapêuticas ao exterior representava uma estratégia intencional de preservação da agência pessoal e prevenção da dependência institucional excessiva. Embora muitos utentes apresentassem perspetivas reduzidas de reintegração totalmente autónoma na comunidade, observava-se preocupação consistente em preservar competências adaptativas, oportunidades de escolha e participação ativa.

Particularmente relevante revelou-se a compreensão do impacto ambivalente da institucionalização prolongada. Se, por um lado, o contexto institucional assegurava estabilidade, proteção e contenção emocional, por outro, observava-se progressiva dependência do ambiente terapêutico e diminuição da perceção de capacidade para viver fora da instituição. Muitos utentes verbalizavam explicitamente sentir o hospital como espaço de pertença, segurança e reconhecimento identitário, contrastando com experiências prévias de rejeição, estigma e fragilidade relacional no exterior.

Esta realidade permitiu compreender que a reabilitação psicossocial em saúde mental implica frequentemente equilibrar proteção e promoção da autonomia, evitando práticas excessivamente substitutivas que possam reforçar dependência institucional e perda de agência pessoal. Neste processo, o EEESMP assume papel central enquanto facilitador de participação, autodeterminação e reconstrução identitária, promovendo ambientes terapêuticos que reconheçam a pessoa para além da doença e das limitações funcionais (OE, 2018).

Em termos formativos, a participação nestas intervenções permitiu desenvolver competências avançadas ao nível da observação fenomenológica do comportamento, utilização terapêutica das dinâmicas grupais, adaptação de estratégias socioterapêuticas às capacidades funcionais dos utentes e promoção de processos de reabilitação psicossocial centrados na pessoa. Paralelamente, favoreceu a compreensão de que, em saúde mental, pequenas manifestações de participação, iniciativa ou vinculação relacional podem representar ganhos terapêuticos profundamente significativos.

Intervenções de estimulação cognitiva

A estimulação cognitiva constituiu uma dimensão terapêutica particularmente relevante no contexto do ensino clínico desenvolvido no CHCF, atendendo à elevada prevalência de défices neurocognitivos associados à esquizofrenia e a outras perturbações psicóticas persistentes. A evidência científica contemporânea demonstra que as alterações cognitivas representam um dos principais determinantes de incapacidade funcional nesta população, influenciando significativamente autonomia, funcionamento interpessoal, adesão terapêutica e capacidade de reintegração comunitária (APA, 2022; Green et al., 2004).

Contrariamente a uma visão tradicional centrada predominantemente na sintomatologia positiva da esquizofrenia, os modelos atuais reconhecem que défices ao nível da neurocognição e da cognição social constituem dimensões nucleares da doença, frequentemente persistentes mesmo em fases de relativa estabilização clínica. Estas alterações envolvem particularmente funções executivas, atenção sustentada, memória de trabalho, velocidade de processamento, flexibilidade cognitiva e capacidade de resolução de problemas, comprometendo a funcionalidade global e o desempenho nas atividades de vida diária (Kahn & Keefe, 2013).

Neste enquadramento, as intervenções de estimulação cognitiva desenvolvidas no serviço integravam diferentes atividades estruturadas e dinâmicas grupais orientadas para manutenção funcional, ativação cognitiva

e promoção da participação terapêutica. Jogos cognitivos, exercícios de associação, tarefas de evocação mnésica, atividades de linguagem, cálculo simples, orientação temporal e espacial, bem como desafios de atenção e raciocínio lógico, eram utilizados de forma intencional como estratégias de estimulação das capacidades remanescentes dos utentes.

Para além da dimensão estritamente cognitiva, estas intervenções assumiam igualmente importante função relacional e psicossocial. Em múltiplas situações, observou-se que a participação em atividades cognitivamente estruturadas promovia não apenas estimulação mental, mas também aumento da iniciativa, maior envolvimento interpessoal, reforço da autoestima e sentimento de competência pessoal.

A literatura evidencia que programas de remediação e estimulação cognitiva em pessoas com esquizofrenia podem contribuir para melhorias ao nível da habilidade intelectual, funcionamento psicossocial e desempenho funcional, particularmente quando integrados em programas mais amplos de reabilitação psicossocial e cuidados orientados para a recuperação (Vita et al., 2021). Neste sentido, tornou-se evidente que a neurocognição não pode ser compreendida isoladamente da funcionalidade e da experiência subjetiva da pessoa, sendo a recuperação em saúde mental fortemente influenciada pela capacidade de mobilizar recursos cognitivos em contextos reais de vida.

Particularmente relevante revelou-se a observação da relação entre alterações cognitivas e dificuldades de autonomia funcional. Em diversos utentes, limitações aparentemente subtis ao nível da atenção, planeamento ou memória operacional tinham impacto significativo na gestão de dinheiro, organização do quotidiano, cumprimento de rotinas ou capacidade de adaptação a situações novas. Esta compreensão permitiu reconhecer que muitas manifestações atribuídas exclusivamente à “falta de motivação” ou “passividade” refletiam, na realidade, alterações neurocognitivas complexas associadas à doença mental grave.

Neste contexto, o papel do EEESMP revelou-se particularmente importante na adaptação das estratégias terapêuticas às capacidades

cognitivas da pessoa, promovendo intervenções ajustadas ao ritmo, funcionalidade e potencial adaptativo individual. A utilização de instruções simples, reforço positivo, repetição estruturada, validação emocional e mediação relacional mostrou-se fundamental para facilitar o envolvimento terapêutico e promover experiências de sucesso e participação significativa.

Em termos formativos, a participação nestas intervenções permitiu aprofundar a compreensão da interface entre neurocognição, funcionalidade e recuperação em saúde mental, favorecendo o desenvolvimento de competências avançadas ao nível da observação clínica, adaptação terapêutica e planeamento de intervenções psicossociais centradas na funcionalidade da pessoa. Paralelamente, possibilitou reconhecer que a recuperação em saúde mental não depende exclusivamente da estabilização sintomática, mas também da preservação da capacidade de pensar, decidir, relacionar-se e participar ativamente na construção do próprio quotidiano.

Intervenção psicoterapêutica formal dirigida: “O Círculo das Emoções”

No decurso do estágio no CHCF, destaca-se a conceção, implementação e avaliação da intervenção psicoterapêutica grupal “O Círculo das Emoções”, desenvolvida enquanto resposta terapêutica estruturada às necessidades identificadas ao nível da literacia emocional, expressão afetiva e autorregulação emocional dos utentes da Unidade de Recuperação e Reinserção Psicossocial.

A implementação desta intervenção emergiu da observação clínica sistemática de dificuldades persistentes na identificação, diferenciação, verbalização e gestão emocional, frequentemente associadas a perturbações psicóticas graves e institucionalização prolongada. Foi possível observar, em múltiplos utentes, limitações significativas na capacidade de reconhecer estados emocionais próprios e alheios, interpretar sinais afetivos e mobilizar estratégias adaptativas de regulação emocional, comprometendo a interação interpessoal, resolução de conflitos e adaptação funcional.

Esta leitura clínica encontra suporte na evidência científica contemporânea, que reconhece a disfunção emocional e os défices de cognição social como componentes centrais da esquizofrenia e de outras perturbações mentais graves, com impacto significativo no funcionamento psicossocial e nos processos de recuperação (Green et al., 2004; Kahn & Keefe, 2013).

A estruturação da intervenção evidenciou mobilização direta das competências específicas do EEESMP, especificamente relativa ao apoio à pessoa ao longo do ciclo de vida na recuperação da saúde mental, nomeadamente através da identificação de necessidades terapêuticas, formulação de objetivos clínicos, planeamento estruturado da intervenção e definição de indicadores de avaliação orientados para ganhos em saúde mental. Paralelamente, mobilizou de forma particularmente expressiva a competência referente à prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, através da condução terapêutica do grupo, utilização intencional da relação terapêutica e implementação de estratégias expressivas orientadas para mudança emocional e relacional (OE, 2018).

A avaliação inicial foi realizada com recurso à Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law, na sua versão portuguesa (WLEIS-P) (ANEXO II) adaptada e validada para a população portuguesa por Rodrigues, Rebelo e Coelho (2011), permitindo estabelecer uma linha de base relativamente às competências emocionais dos participantes e sustentar a intervenção numa lógica de prática baseada na evidência. A utilização de instrumentos estruturados de avaliação revelou-se particularmente relevante enquanto estratégia de monitorização terapêutica e validação clínica dos resultados obtidos, reforçando uma abordagem especializada sustentada em indicadores clínicos mensuráveis.

A intervenção foi organizada em quatro sessões temáticas sequenciais, estruturadas em torno de objetivos terapêuticos específicos relacionados com reconhecimento emocional, diferenciação afetiva, empatia,

expressão emocional e estratégias de autorregulação. A definição progressiva dos conteúdos terapêuticos permitiu respeitar o ritmo grupal, adaptar os níveis de complexidade emocional e promover gradual aprofundamento da consciência afetiva.

A condução terapêutica do grupo exigiu mobilização contínua de competências avançadas de comunicação terapêutica, observação fenomenológica e gestão de dinâmicas grupais complexas. A heterogeneidade clínica dos participantes, associada a dificuldades de comunicação, alterações cognitivas e fragilidade relacional, exigiu permanente adaptação metodológica e elevada sensibilidade clínica na gestão do processo terapêutico.

A utilização de metodologias expressivas diversificadas, incluindo musicoterapia, mímica, filmoterapia e *role-play*, constituiu uma estratégia intencional de facilitação da expressão emocional em pessoas com limitações significativas ao nível da verbalização simbólica e abstração emocional. A evidência científica demonstra que intervenções terapêuticas expressivas podem favorecer a expressão afetiva, o reconhecimento emocional, a diminuição da ansiedade e o fortalecimento das competências interpessoais em pessoas com doença mental grave (Czamanski-Cohen et al., 2023; Haeyen et al., 2017).

Ao longo das sessões, tornou-se particularmente evidente a relevância da contenção emocional enquanto componente terapêutica central. Em momentos de maior vulnerabilidade emocional, frustração ou conflito interpessoal, revelou-se necessário mobilizar estratégias de validação emocional, reformulação terapêutica, moderação relacional e regulação do ambiente grupal, assegurando a manutenção de um espaço terapêutico seguro e emocionalmente continente. A gestão destes fenómenos exigiu capacidade de tolerar ambiguidade, sustentar emocionalmente o grupo e adaptar continuamente a intervenção às necessidades emergentes do processo terapêutico.

Paralelamente, a dinâmica grupal assumiu-se como importante instrumento de mudança terapêutica. Progressivamente, observou-se

aumento da participação espontânea, maior capacidade de identificação emocional, validação afetiva entre pares e desenvolvimento de comportamentos de suporte interpessoal. Em diversos momentos, verificou-se generalização das aprendizagens ao quotidiano institucional, nomeadamente na gestão de conflitos, comunicação emocional e maior tolerância relacional entre utentes, sugerindo transferência funcional das competências trabalhadas em contexto terapêutico.

A avaliação pós-intervenção através da WLEIS-P evidenciou melhorias nas dimensões de perceção emocional, compreensão das emoções dos outros, utilização emocional e regulação emocional. Para além dos indicadores quantitativos, a observação clínica revelou alterações qualitativas significativas ao nível do envolvimento relacional, capacidade reflexiva e expressão emocional dos participantes.

Do ponto de vista formativo, esta experiência constituiu um marco particularmente relevante no desenvolvimento de competências especializadas avançadas, permitindo consolidar capacidades ao nível do planeamento terapêutico estruturado, condução de grupos psicoterapêuticos, gestão de dinâmicas emocionais complexas, adaptação metodológica e avaliação de resultados em saúde mental.

Mais do que a implementação de uma atividade grupal, “O Círculo das Emoções” representou a consolidação de uma prática terapêutica intencional, reflexiva e cientificamente sustentada, evidenciando a centralidade da relação terapêutica e das intervenções psicoterapêuticas de enfermagem na promoção da recuperação, autonomia emocional e participação significativa da pessoa em processo de reabilitação psicossocial.

Reflexão crítica e contributo formativo

Um dos principais ganhos decorrentes deste contexto clínico prendeu-se com a compreensão aprofundada do conceito de tempo terapêutico em saúde mental. Ao contrário de modelos assistenciais predominantemente orientados para resultados imediatos, produtividade e

resolução sintomática rápida, a reabilitação psiquiátrica exige frequentemente processos lentos, não lineares e marcados por progressos subtis, por vezes dificilmente mensuráveis através de indicadores clínicos tradicionais. Desenvolver sensibilidade terapêutica para reconhecer pequenas mudanças ao nível da vinculação relacional, iniciativa pessoal, participação social ou capacidade adaptativa constituiu uma aprendizagem clínica de elevada relevância.

Paralelamente, o contacto continuado com pessoas em situação de institucionalização prolongada permitiu aprofundar a compreensão da complexidade ética inerente ao cuidado em saúde mental. Tornou-se particularmente evidente a tensão permanente entre proteção e promoção da autonomia, especialmente em contextos onde a estrutura institucional assegura estabilidade, segurança e contenção emocional, mas pode simultaneamente contribuir para dependência relacional, passividade funcional e diminuição progressiva da autonomia. Neste enquadramento, o EEESMP assume um papel crítico enquanto facilitador de participação, autodeterminação e reconstrução de identidade, criando oportunidades terapêuticas que promovam escolha, envolvimento ativo e preservação da autonomia possível, mesmo em contextos de elevada vulnerabilidade psicossocial.

A experiência clínica desenvolvida neste contexto favoreceu particularmente a consolidação de competências avançadas relacionadas com avaliação clínica especializada, observação fenomenológica do comportamento, adaptação terapêutica da comunicação em contexto de psicose, gestão de dinâmicas grupais complexas e utilização intencional da relação terapêutica enquanto instrumento central de intervenção. Simultaneamente, permitiu aprofundar competências ao nível do planeamento, implementação e avaliação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais orientadas para a promoção da recuperação, funcionalidade e reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental grave.

A participação em intervenções grupais estruturadas, atividades de reabilitação psicossocial, estimulação cognitiva e programas terapêuticos expressivos permitiu compreender que a intervenção especializada em saúde mental ultrapassa amplamente a gestão sintomática, implicando capacidade para promover significado, pertença, esperança e participação social significativa. Particularmente relevante revelou-se a compreensão de que pequenas manifestações de iniciativa, envolvimento emocional ou participação relacional podem representar ganhos terapêuticos profundamente significativos em pessoas marcadas por trajetórias prolongadas de doença mental, exclusão social e institucionalização.

Em simultâneo, este contexto favoreceu o desenvolvimento de maior consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, particularmente através da identificação e gestão de reações emocionais perante sofrimento crónico, vulnerabilidade relacional, dependência institucional e limitação funcional persistente. O confronto com experiências de abandono, solidão, estigma e perda de identidade exigiu um exercício contínuo de autorreflexão, regulação emocional e capacidade de sustentar terapeuticamente o sofrimento do outro sem respostas excessivamente protetoras, diretivas ou substitutivas.

No domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, este estágio permitiu igualmente consolidar capacidades relacionadas com tomada de decisão clínica em contextos complexos, responsabilidade ética e profissional, trabalho colaborativo interdisciplinar, melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento profissional reflexivo, em consonância com os referenciais reguladores da prática especializada (OE, 2026). No domínio das competências específicas do EEESMP, permitiu mobilizar particularmente competências relacionadas com o conhecimento de si, a otimização da saúde mental, a recuperação da pessoa em sofrimento psíquico e a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018).

Num plano mais profundo, esta experiência confrontou a prática profissional com formas particularmente complexas de sofrimento humano,

exclusão social e vulnerabilidade existencial, reforçando a compreensão de que cuidar em saúde mental implica reconhecer dignidade, singularidade e potencial de recuperação mesmo em contextos marcados por elevada cronicidade e limitação funcional. Mais do que assistir à doença mental, este contexto permitiu compreender a importância de sustentar possibilidades de significado, relação e humanidade onde frequentemente predominam invisibilidade social, estigma e perda de esperança.

Em síntese, o estágio realizado no CHCF constituiu uma experiência formativa determinante para o desenvolvimento de uma prática especializada mais ética, relacional, reflexiva e cientificamente sustentada. A vivência neste contexto permitiu compreender a complexidade da doença mental grave, da institucionalização prolongada e dos processos de reabilitação psicossocial, reforçando a centralidade da relação terapêutica, da continuidade de cuidados, da promoção da autonomia possível e da valorização da pessoa para além do diagnóstico psiquiátrico.

1.2 Cuidados na Comunidade

O segundo contexto formativo decorreu no PIAC, integrado no Centro de Resposta Integradas (CRI) Porto Ocidental, estrutura pertencente ao Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). Este contexto orienta-se para respostas comunitárias especializadas no âmbito da promoção da saúde mental, prevenção seletiva, da intervenção precoce e do acompanhamento de populações em situação de vulnerabilidade psicossocial.

A experiência desenvolvida neste contexto revelou-se particularmente relevante por deslocar o foco assistencial da doença mental já instalada para a identificação precoce de vulnerabilidades emocionais, relacionais e contextuais suscetíveis de comprometer o desenvolvimento adaptativo de crianças, adolescentes, jovens e respetivos sistemas familiares. Esta perspetiva encontra consonância com os modelos contemporâneos de saúde mental comunitária, que defendem intervenções territorializadas, acessíveis, integradas e orientadas para os determinantes

sociais da saúde mental, bem como para a promoção de fatores protetores ao longo do ciclo vital (WHO, 2022; Thornicroft et al., 2016).

Neste enquadramento, os serviços comunitários assumem particular relevância estratégica, uma vez que permitem intervir sobre trajetórias de risco antes da consolidação de padrões de sofrimento psíquico mais complexos, persistentes e resistentes à intervenção. A evidência científica demonstra que intervenções precoces e centradas nos contextos relacionais podem contribuir para a redução de problemas emocionais e comportamentais, melhoria do funcionamento familiar e promoção da adaptação psicossocial juvenil (Patel et al., 2018; Sawyer et al., 2018).

O PIAC constitui, assim, uma expressão concreta desta lógica preventiva, ecológica e sistémica, aproximando os cuidados dos contextos reais de vida das pessoas e privilegiando uma compreensão integrada da saúde mental. Esta perspetiva articula-se diretamente com o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), segundo o qual o desenvolvimento humano resulta da interação dinâmica e contínua entre múltiplos sistemas interdependentes - indivíduo, família, escola, pares, comunidade e contexto sociocultural - que influenciam reciprocamente os processos de adaptação, desenvolvimento e saúde mental.

A população acompanhada incluía predominantemente adolescentes, jovens adultos e respetivos cuidadores, frequentemente sinalizados por dificuldades comportamentais, impulsividade, sofrimento emocional, absentismo escolar, conflitos familiares persistentes, risco de consumo de substâncias, baixa autorregulação ou fragilidade na adaptação social.

O contacto com estas realidades clínicas permitiu reconhecer que manifestações como oposição, isolamento, impulsividade ou comportamentos de risco ou desorganização comportamental não constituem fenómenos isolados ou exclusivamente enquanto expressão sintomática individual. Em múltiplos casos, estas manifestações emergiam associadas a contextos familiares marcados por elevada tensão emocional,

dificuldades de comunicação, inconsistência educativa, sobrecarga parental ou ausência de estratégias adequadas de contenção emocional.

Esta leitura encontra suporte nos modelos contemporâneos de psicopatologia do desenvolvimento, que conceptualizam os problemas emocionais e comportamentais como resultado da interação entre vulnerabilidades individuais e contextos relacionais disfuncionais ao longo do desenvolvimento (Cicchetti & Rogosch, 2002; Masten & Cicchetti, 2010). Simultaneamente, a evidência demonstra que a qualidade das interações familiares e a capacidade de autorregulação emocional dos cuidadores influenciam significativamente os processos de adaptação psicossocial juvenil (Boele et al., 2019; Branje et al., 2020).

A adolescência revelou-se, neste contexto, uma etapa particularmente sensível do desenvolvimento humano, caracterizada por reorganização neurobiológica, procura de autonomia, redefinição da identidade e reconfiguração dos vínculos familiares. Trata-se de um período em que coexistem o elevado potencial de crescimento e a vulnerabilidade emocional acrescida, exigindo intervenções especializadas flexíveis, não patologizantes e centradas no contexto relacional, familiar e comunitário (Sawyer et al., 2018).

A organização assistencial do PIAC assenta numa lógica multidisciplinar, sistémica e faseada, centrada na avaliação integrada das necessidades do jovem e do sistema familiar. Após avaliação inicial e eventual integração no programa, o jovem poderá beneficiar de acompanhamento por diferentes áreas especializadas, designadamente ESMP, Psicologia, Psiquiatria, Pedopsiquiatria ou Terapia Ocupacional, em função das necessidades identificadas.

Embora o foco inicial de referenciação incida frequentemente sobre o comportamento do jovem, a prática clínica desenvolvida evidencia progressivamente que a intervenção eficaz exige uma abordagem mais abrangente, centrada nas dinâmicas familiares, na qualidade das interações emocionais e nos recursos disponíveis no sistema envolvente.

Paralelamente, os cuidadores assumiam um papel central no processo terapêutico. Neste contexto, o acompanhamento parental assumia particular relevância terapêutica e era frequentemente conduzido pelo EEESMP, através de intervenções psicoeducativas e psicossociais orientadas para capacitação parental, reorganização comunicacional, desenvolvimento de competências emocionais e promoção de ambientes familiares mais reguladores e protetores.

Esta abordagem encontra suporte científico na literatura contemporânea, que demonstra que intervenções dirigidas aos cuidadores produzem impacto significativo na redução de problemas emocionais e comportamentais dos jovens, particularmente quando centradas na promoção da regulação emocional parental, consistência educativa e qualidade da relação cuidador-filho (Kazdin, 2005; Sanders & Turner, 2018).

A intervenção desenvolvida afastava-se claramente de modelos culpabilizantes da parentalidade, aproximando-se de perspectivas centradas no empoderamento, na corresponsabilização e no fortalecimento das capacidades adaptativas das famílias. Neste enquadramento, o EEESMP assumia um papel particularmente relevante na facilitação de processos reflexivos, na mediação emocional e na promoção de competências relacionais protetoras.

Atividades desenvolvidas e intervenção especializada do EEESMP

Ao longo do estágio, foram desenvolvidas atividades clínicas, preventivas e técnico-relacionais diversificadas, incluindo observação e participação em consultas de acolhimento, acompanhamento de consultas parentais, participação em reuniões multidisciplinares, análise de processos de referenciação e articulação interinstitucional, bem como envolvimento em intervenções psicoeducativas dirigidas a cuidadores.

Estas experiências permitiram compreender que a intervenção comunitária em saúde mental exige capacidade avançada de avaliação

sistêmica, leitura contextual do sofrimento psíquico e articulação contínua entre diferentes sistemas humanos e institucionais.

No domínio das competências específicas do EEESMP, este contexto favoreceu particularmente o desenvolvimento da competência F2, relativa à assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental através da realização de avaliações familiares integradas, identificação de fatores de risco e proteção e compreensão da interface entre desenvolvimento individual e contexto relacional (OE, 2018).

Paralelamente, permitiu mobilizar a competência F3, relacionada com o apoio à pessoa, família, grupos e comunidade na recuperação da saúde mental, através da participação em processos terapêuticos orientados para a reorganização relacional, promoção da autorregulação emocional e fortalecimento das competências parentais e familiares (OE, 2018). A competência F4, relativa à prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, revelou-se particularmente evidente na condução de intervenções psicoeducativas com cuidadores, facilitação da reflexão emocional, promoção de competências comunicacionais e apoio à reorganização das dinâmicas familiares (OE, 2018).

Simultaneamente, este contexto favoreceu o desenvolvimento da competência F1, associada ao desenvolvimento de elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, particularmente através da necessidade de reconhecer e regular percepções, julgamentos e respostas emocionais perante dinâmicas familiares complexas, sofrimento relacional e situações de elevada carga emocional (OE, 2018).

A consulta de acolhimento assumiu particular relevância enquanto momento estruturante do processo terapêutico, ultrapassando largamente mera recolha de dados clínicos. Constitui espaço privilegiado de construção de aliança terapêutica, clarificação do pedido, identificação de recursos e compreensão das narrativas familiares subjacentes à referenciação.

Observou-se que, frequentemente, o motivo explícito de referência – como “problemas de comportamento”, “falta de limites”, “isolamento” - coexistia com necessidades subjacentes mais complexas, como exaustão parental, comunicação hostil, luto não elaborado, conflito conjugal, sobrecarga familiar ou incapacidade familiar em exercer contenção emocional.

Esta realidade reforçou a importância da avaliação sistémica e da escuta terapêutica qualificada, evitando leituras simplistas centradas exclusivamente no comportamento do jovem. Tal perspetiva encontra sustentação nos modelos ecológicos e familiares da saúde mental, que defendem que os sintomas individuais devem ser compreendidos no contexto das relações e dos sistemas em que emergem (Bronfenbrenner, 1979).

A consulta de acolhimento permitiu, assim, compreender a importância de formular hipóteses clínicas integradas, capazes de articular sinais de sofrimento individual, padrões relacionais, recursos familiares, vulnerabilidades contextuais e necessidades terapêuticas. Este exercício revelou-se fundamental para orientar a intervenção especializada do EEESMP numa lógica não redutora, não culpabilizante e centrada na pessoa e família.

Capacitação parental, competências socioemocionais e génese da investigação

O acompanhamento aos cuidadores constituiu uma das experiências formativas mais significativas deste contexto clínico, assumindo-se simultaneamente como elemento estruturante do desenvolvimento do pensamento clínico e ponto de partida para a construção da problemática científica que sustentou o projeto de investigação associado ao presente relatório.

Ao longo das consultas parentais, tornou-se progressivamente evidente que muitos cuidadores procuravam predominantemente estratégias de controlo comportamental imediato, apesar das dificuldades observadas

apresentarem frequentemente raízes emocionais e relacionais mais profundas. Em múltiplos casos, verificava-se dificuldade na identificação e regulação das próprias emoções, comunicação emocional pouco adaptativa, inconsistência educativa, baixa tolerância à frustração e dificuldade em estabelecer limites consistentes, contribuindo para ciclos relacionais de desregulação, conflito e sofrimento familiar.

Neste contexto, a intervenção especializada desenvolvida pelo EEESMP orientava-se para promoção da consciência reflexiva, reorganização emocional e desenvolvimento de competências socioemocionais parentais, incluindo validação emocional, comunicação assertiva, gestão de conflitos, definição consistente de limites, reconhecimento das necessidades do jovem e fortalecimento da capacidade de contenção emocional.

A evidência científica demonstra que a autorregulação emocional parental influencia diretamente os processos de socialização emocional dos filhos, condicionando o desenvolvimento da autorregulação, da adaptação psicossocial e da saúde mental juvenil (Dix, 1991; Morris et al., 2007). Simultaneamente, estudos contemporâneos identificam a autoeficácia parental, a empatia e a competência emocional dos cuidadores como fatores protetores relevantes no desenvolvimento psicológico de crianças e adolescentes (Bandura, 1997; Boele et al., 2019).

Contudo, a experiência clínica no PIAC permitiu reconhecer uma dimensão menos explorada: o impacto das percepções que os próprios cuidadores constroem acerca das suas competências socioemocionais enquanto elemento organizador das suas práticas educativas e relacionais.

Foi precisamente a observação desta lacuna entre prática clínica e conhecimento sistematizado que fundamentou o desenvolvimento do projeto de investigação associado ao presente relatório, centrado nas percepções, experiências e perspetivas dos pais/cuidadores relativamente às suas competências socioemocionais na relação com adolescentes e jovens.

Neste sentido, tornou-se particularmente evidente que, em múltiplas situações, cuidar do jovem implicava simultaneamente cuidar das competências emocionais de quem cuida. Esta constatação reforçou a pertinência clínica e científica da problemática investigada, bem como a relevância da intervenção do EEESMP na capacitação parental, promoção da saúde mental familiar e prevenção de trajetórias de sofrimento psicossocial.

Articulação interinstitucional e continuidade de cuidados

Outro elemento distintivo deste contexto foi a observação da articulação entre serviços clínicos, estruturas educativas e recursos comunitários, evidenciando a relevância da cooperação interinstitucional na resposta às necessidades em saúde mental infantojuvenil. A coordenação entre sistemas revelou-se determinante para a detecção precoce de situações de vulnerabilidade, continuidade assistencial, redução da fragmentação dos cuidados e construção de respostas mais coerentes e ajustadas às necessidades dos jovens e famílias.

A evidência científica demonstra que modelos integrados e colaborativos em saúde mental promovem melhores resultados clínicos, maior eficácia interventiva e respostas mais centradas na pessoa e na família (Thornicroft et al., 2016; WHO, 2022). Em populações juvenis particularmente vulneráveis, a ausência de comunicação entre instituições constitui um fator de risco para invisibilidade clínica, duplicação de intervenções, atraso na resposta terapêutica e perda de continuidade no acompanhamento. Inversamente, redes colaborativas estruturadas potenciam maior coerência interventiva, eficácia das estratégias preventivas e sustentabilidade dos ganhos terapêuticos ao longo do tempo. Neste enquadramento, a intervenção do EEESMP em contexto comunitário assume particular relevância enquanto elemento facilitador da articulação entre sistemas, da continuidade de cuidados e da promoção de respostas integradas, centradas no jovem, na família e nos seus contextos de vida.

Reflexão crítica e contributo formativo

No domínio das competências específicas do EEESMP, este contexto favoreceu o desenvolvimento de capacidades avançadas de avaliação familiar sistémica, comunicação terapêutica com adolescentes e cuidadores, intervenção psicoeducativa, promoção da parentalidade positiva e intervenção preventiva orientada para fatores protetores (OE, 2018).

Paralelamente, permitiu consolidar competências comuns relacionadas com trabalho multidisciplinar, articulação interinstitucional, planeamento de cuidados em contexto comunitário, tomada de decisão clínica em contextos de elevada complexidade e desenvolvimento profissional sustentado na reflexão crítica (OE, 2026).

O principal contributo formativo decorrente deste contexto clínico prendeu-se com a compreensão de que a saúde mental juvenil não pode ser dissociada dos sistemas emocionais e relacionais em que o jovem se desenvolve. A experiência no PIAC permitiu ultrapassar leituras centradas exclusivamente no sintoma ou comportamento observável, favorecendo uma compreensão mais ecológica, sistémica e relacional do sofrimento psíquico.

Simultaneamente, tornou-se evidente que intervenções preventivas e precoces podem assumir impacto profundamente transformador quando orientadas para fortalecimento das competências emocionais e relacionais das famílias. A intervenção junto dos cuidadores revelou-se, neste sentido, uma dimensão estratégica da promoção da saúde mental juvenil, uma vez que permite atuar sobre fatores relacionais estruturantes do desenvolvimento e da adaptação psicossocial.

Num plano distinto, este contexto favoreceu o desenvolvimento de maior maturidade clínica e relacional, particularmente através da necessidade de sustentar terapêuticamente sofrimento familiar, ambivalência parental e dinâmicas emocionais complexas sem assumir posicionamentos diretivos, moralizantes ou culpabilizantes. Esta aprendizagem revelou-se fundamental para o desenvolvimento de uma postura terapêutica mais reflexiva, empática, ética e centrada na capacitação da família.

Mais do que intervir sobre o comportamento do jovem, esta experiência permitiu compreender que a prática especializada em saúde mental comunitária implica frequentemente reconstruir possibilidades de relação, comunicação e regulação emocional dentro dos próprios sistemas familiares. Assim, o estágio desenvolvido no PIAC constituiu uma experiência formativa determinante para a consolidação de uma prática especializada orientada para a prevenção, intervenção precoce, capacitação parental, articulação comunitária e promoção da saúde mental ao longo do ciclo vital.

1.3 Cuidados Diferenciados

O terceiro contexto formativo decorreu na Unidade de Alcoologia do Porto (UPA) – Dr. José Barrias, estrutura integrada na rede pública de cuidados para os comportamentos aditivos e dependências, sob tutela do Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências (ICAD). Esta unidade insere-se nos modelos contemporâneos de cuidados integrados em saúde mental e dependências, caracterizados por abordagens multidisciplinares, centradas na pessoa e orientadas para a recuperação, combinando intervenções farmacológicas, psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais (McLellan et al., 2000; WHO, 2022;).

A dependência alcoólica constitui uma problemática particularmente relevante em saúde pública, pelo impacto transversal que exerce na saúde física e mental, no funcionamento familiar, na produtividade laboral, na integração social e na qualidade de vida. Segundo a World Health Organization (2022), o consumo nocivo de álcool associa-se a mortalidade prematura, incapacidade e elevada carga de doença. Apesar desta magnitude epidemiológica, o álcool mantém forte legitimização sociocultural, particularmente em sociedades ocidentais e mediterrânicas, onde o consumo se encontra frequentemente integrado em práticas sociais, familiares e culturais. Esta normalização contribui para fenómenos de invisibilidade clínica, minimização do risco e atraso na procura de tratamento (Rehm et al., 2018). (Rehm et al., 2018).

Neste enquadramento, a dependência alcoólica continua frequentemente marcada por processos de moralização social, culpabilização individual e estigmatização, que tendem a obscurecer a sua natureza multifatorial, crónica e recidivante. Os modelos contemporâneos da adição afastam-se de perspetivas exclusivamente moralistas ou centradas na “falta de vontade”, conceptualizando a dependência como fenómeno complexo resultante da interação dinâmica entre fatores neurobiológicos, psicológicos, relacionais e socioculturais (Volkow et al., 2016).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5.^a edição, texto revisto, a perturbação pelo uso de álcool caracteriza-se por um padrão problemático de consumo associado a perda de controlo, *craving*, persistência do uso apesar das consequências negativas e comprometimento significativo do funcionamento pessoal, familiar, social ou ocupacional (APA, 2022). Contudo, a experiência clínica permitiu compreender que a dependência raramente se reduz à substância em si, emergindo frequentemente como tentativa disfuncional de regulação emocional, gestão do sofrimento psicológico, anestesia afetiva ou adaptação a trajetórias marcadas por vulnerabilidade relacional, trauma, exclusão social e fragilidade identitária.

Esta leitura encontra suporte nos modelos neurobiológicos contemporâneos da adição, que descrevem alterações significativas nos sistemas cerebrais relacionados com recompensa, motivação, e autocontrolo, comprometendo progressivamente a capacidade de autorregulação e tomada de decisão (Goldstein & Volkow, 2011; Volkow et al., 2016).

Paralelamente, a evidência demonstra que experiências adversas precoces, trauma relacional e dificuldades persistentes de regulação emocional constituem importantes fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos aditivos (Sinha, 2008).

Neste contexto, o EEESMP assume um papel particularmente relevante, intervindo não apenas na monitorização clínica da abstinência ou gestão sintomática, mas também na construção da relação terapêutica, na

promoção da motivação para a mudança, na facilitação de processos de *insight*, no desenvolvimento de estratégias adaptativas de autorregulação emocional e na reconstrução progressiva da esperança e da identidade para além da dependência. A especificidade da intervenção em alcoologia exige, assim, elevada capacidade de contenção emocional, tolerância à ambivalência, compreensão não julgadora da recaída e competência para sustentar terapeuticamente processos de mudança frequentemente longos, oscilantes e não lineares.

Organização assistencial e abordagem terapêutica em alcoologia

A organização assistencial da UAP reflete um modelo contemporâneo de intervenção em dependências, assente numa lógica integrada, multidisciplinar e centrada na pessoa. Esta abordagem articula componentes farmacológicas, psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais, orientadas para a recuperação funcional, manutenção da abstinência, prevenção da recaída e reorganização do projeto de vida. Conceptualmente, esta prática encontra consonância com o modelo biopsicossocial de Engel (1977), atualmente complementado pelos modelos neurobiológicos da adição, que conceptualizam a dependência como doença crónica que envolve disfunções nos circuitos de recompensa, *stress*, motivação e autocontrolo (Engel, 1977; WHO, 2022; Volkow et al., 2016).

A resposta assistencial integra diferentes dispositivos terapêuticos, designadamente Consulta Externa e Hospital de Dia, permitindo adequar a intensidade da intervenção às necessidades clínicas, motivacionais e psicossociais de cada utente. A consulta externa constitui um espaço privilegiado de avaliação diagnóstica, acompanhamento longitudinal e intervenção motivacional, particularmente relevante em fases de ambivalência, preparação para a mudança ou manutenção terapêutica. Neste contexto, a utilização de estratégias baseadas na Entrevista Motivacional assume particular relevância clínica, promovendo exploração da ambiguidade, o fortalecimento da motivação intrínseca e o aumento da

adesão terapêutica, conforme amplamente sustentado pela evidência científica (Miller & Rollnick, 2013).

O Hospital de Dia assume-se como dispositivo intermédio entre o ambulatório e o internamento completo, permitindo tratamento intensivo em regime de internamento parcial, sem afastamento total do contexto familiar e comunitário. Este modelo encontra suporte nas recomendações internacionais para o tratamento das dependências, que reconhecem os benefícios de programas estruturados, com monitorização clínica próxima e intervenções psicossociais integradas (SAMHSA, 2006; WHO, 2022).

Durante o período de ensino clínico, o Hospital de Dia apresentava capacidade máxima para seis utentes em simultâneo, verificou-se, em média, a permanência diária de quatro participantes integrados num programa terapêutico estruturado com duração aproximada de duas semanas. O programa decorria em dias úteis, entre as 08h00 e as 14h00, articulando vigilância clínica, soroterapia, monitorização da abstinência alcoólica, intervenções psicoterapêuticas breves, relaxamento muscular progressivo e sessões estruturadas de psicoeducação.

A integração no programa encontra-se condicionada à aceitação de um contrato terapêutico e ao compromisso de abstinência, traduzindo uma abordagem baseada na responsabilização progressiva e na participação ativa da pessoa no processo terapêutico. Esta perspetiva articula-se com os modelos orientados para a recuperação, que conceptualizam a recuperação não como mera interrupção do consumo, mas como processo contínuo de reconstrução de autonomia, autoeficácia, identidade e reorganização existencial (Slade, 2009).

O modelo terapêutico aplicado evidencia forte centralidade da intervenção de enfermagem especializada. Para além da monitorização clínica diária, o EEESMP assume funções particularmente relevantes ao nível da relação terapêutica, avaliação do estado mental, intervenção motivacional, promoção da literacia em saúde e implementação de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas estruturadas. O próprio modelo organizacional do Hospital de Dia integrava intervenções dirigidas à

gestão emocional, reabilitação, autocuidado e educação para a saúde, refletindo uma visão ampliada da intervenção em alcoologia para além da desintoxicação física.

As intervenções não farmacológicas assumiam particular relevância terapêutica, nomeadamente através da integração diária do Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson adaptado, realizado durante o período de soroterapia sob supervisão do enfermeiro especialista. Esta intervenção tinha como finalidade promover autorregulação fisiológica e emocional, reduzir ansiedade basal e reforçar competências de autocontrolo frequentemente comprometidas em pessoas com perturbação pelo uso de álcool. A evidência demonstra que estratégias de regulação emocional e redução de ativação fisiológica podem contribuir para diminuição do *craving*, melhoria da tolerância ao desconforto emocional e prevenção da recaída (Brewer et al., 2011; Garland et al., 2014).

Paralelamente, o programa integra um ciclo estruturado de sessões psicoeducativas orientadas para promoção de literacia em saúde, autocuidado, regulação emocional e prevenção da recaída. Estas sessões procuravam não apenas transmitir informação clínica, mas promover reflexão crítica, *insight* sobre a dependência, desenvolvimento de competências adaptativas e responsabilização progressiva pelo projeto terapêutico individual. A inclusão de uma sessão dirigida à família ou pessoa significativa evidencia igualmente o reconhecimento da importância dos sistemas relacionais na manutenção da abstinência e continuidade da recuperação.

A observação desta dinâmica assistencial permitiu compreender que a intervenção em alcoologia exige equilíbrio permanente entre estrutura terapêutica, contenção emocional e promoção da autonomia. Tornou-se evidente que a abstinência alcoólica representa apenas uma dimensão inicial de um processo mais amplo de reorganização psicológica, relacional e identitária, frequentemente marcado por ambivalência, recaídas e fragilidade emocional.

Neste enquadramento, o EEESMP assume um papel particularmente relevante enquanto facilitador de processos de mudança, mobilizando competências avançadas de comunicação terapêutica, gestão motivacional, intervenção psicoterapêutica breve e promoção da esperança terapêutica. Esta atuação encontra enquadramento nas competências específicas definidas pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, particularmente ao nível da prestação de cuidados psicoterapêuticos, psicoeducacionais e socioterapêuticos, bem como na mobilização da relação terapêutica enquanto instrumento central de intervenção especializada (OE, 2018).

A experiência neste contexto permitiu igualmente reconhecer a importância da estrutura organizacional e da consistência terapêutica na promoção da segurança clínica e da adesão ao tratamento. A existência de protocolos estruturados, monitorização sistemática e programas terapêuticos organizados favorecia maior previsibilidade assistencial, coerência interventiva e continuidade dos cuidados, princípios amplamente reconhecidos como indicadores de qualidade em saúde mental e dependências.

Importa salientar que, embora muitos utentes apresentassem comorbilidades orgânicas associadas ao consumo crónico de álcool, estas não constituíam foco direto de intervenção no contexto da UAP, sendo encaminhadas para acompanhamento em cuidados de saúde primários ou noutras respostas assistenciais adequadas. Esta delimitação permitiu compreender a especificidade do contexto, centrado prioritariamente na dependência alcoólica enquanto fenómeno clínico, comportamental, emocional e psicossocial.

A população acompanhada na UAP era predominantemente constituída por homens adultos com perturbação pelo uso de álcool em diferentes fases do processo terapêutico, frequentemente associada a trajetórias prolongadas de consumo, recaídas sucessivas e impacto significativo ao nível físico, psicológico, familiar, ocupacional e social. Em múltiplos casos, observavam-se histórias marcadas por fragilidade

relacional, isolamento social, desemprego, ruturas conjugais e perda progressiva de papéis funcionais, corroborando a evidência epidemiológica que associa a dependência alcoólica a elevados níveis de disfunção psicossocial e morbidade acumulada (Grant et al., 2015; WHO, 2022).

O contacto continuado com estas trajetórias clínicas permitiu compreender que a dependência alcoólica raramente se reduz ao comportamento de beber ou à presença de sintomas de abstinência. Em múltiplas situações, o consumo assumia funções psicológicas complexas relacionadas com regulação emocional, gestão do sofrimento psíquico, diminuição de ansiedade, rejeição emocional, anestesia afetiva ou compensação de sentimentos persistentes de vazio, inadequação e vulnerabilidade emocional. Esta leitura encontra suporte nos modelos contemporâneos da psicopatologia das dependências, que conceptualizam o comportamento aditivo como resultado da interação entre vulnerabilidade neurobiológica, sofrimento emocional e estratégias disfuncionais de *coping* (Sinha, 2008; Volkow et al., 2016).

Frequentemente, tornou-se evidente a presença de mecanismos defensivos como minimização, racionalização ou negação parcial do problema, particularmente em fases iniciais de tratamento. Contudo, a experiência clínica permitiu reconhecer que estas manifestações não devem ser interpretadas exclusivamente como resistência ou falta de motivação, mas também como estratégias psicológicas de autoproteção perante sentimentos de culpa, vergonha, medo da mudança e risco à identidade associado ao reconhecimento da dependência. Esta compreensão revelou-se particularmente relevante na adaptação da comunicação terapêutica e na utilização de abordagens motivacionais não confrontativas.

A ambivalência emergiu como fenómeno transversal ao processo terapêutico. Muitos utentes verbalizavam simultaneamente desejo de mudança e dificuldade em imaginar a vida sem álcool, revelando oscilação entre compromisso terapêutico, desesperança e receio face à abstinência. Esta realidade encontra consonância com o modelo transteórico de

mudança de Prochaska e DiClemente (1983), que conceptualiza a mudança comportamental como processo dinâmico, progressivo e não linear, marcado por avanços, recuos e flutuações motivacionais.

Paralelamente, observou-se elevada heterogeneidade clínica relativamente ao nível de *insight*, funcionalidade e capacidade de autorregulação emocional. Alguns utentes apresentavam maior consciência crítica relativamente ao impacto do consumo e maior capacidade reflexiva, enquanto outros evidenciavam pensamento mais concreto, reduzida tolerância ao desconforto emocional e dificuldades significativas na identificação e verbalização afetiva. Em diversos casos, tornava-se evidente a associação entre consumo crónico de álcool e alterações neurocognitivas subtis, nomeadamente ao nível da atenção, memória operacional, flexibilidade cognitiva e capacidade de planeamento, interferindo significativamente na adesão terapêutica e no funcionamento quotidiano.

O contacto com estas realidades permitiu compreender que a dependência alcoólica deve ser abordada enquanto fenómeno profundamente humano e multifatorial, no qual coexistem sofrimento psíquico, vulnerabilidade relacional, fragilidade emocional e tentativa de adaptação frequentemente desajustadas. Esta compreensão favoreceu uma leitura clínica menos moralizante e mais centrada na complexidade biopsicossocial da pessoa, reforçando a importância de intervenções terapêuticas individualizadas, sustentadas na relação terapêutica, na empatia clínica e na promoção gradual da autonomia.

Neste contexto, tornou-se particularmente evidente a relevância do EEESMP enquanto facilitador de processos de mudança emocional e comportamental, através da utilização intencional da relação terapêutica, comunicação motivacional, validação emocional e promoção de esperança terapêutica. Esta atuação mobiliza diretamente competências específicas relacionadas com prestação de cuidados psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicossociais e socioterapêuticos, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Atividades desenvolvidas e intervenção especializada de enfermagem

Ao longo do estágio na UAP, foram desenvolvidas atividades clínicas, técnico-relacionais e organizacionais diversificadas, permitindo contacto direto com diferentes dimensões da intervenção especializada em alcoologia. Estas atividades incluíram participação em acolhimentos multidisciplinares e consultas de enfermagem, monitorização clínica de utentes integrados em programa de desabitação alcoólica, acompanhamento na soroterapia, dinamização de intervenções psicoterapêuticas breves e psicoeducativas, participação em reuniões clínicas, elaboração de registos terapêuticos e desenvolvimento de um guião estruturado de acolhimento ao Hospital de Dia.

A diversidade das experiências clínicas permitiu compreender que a intervenção especializada em dependências exige articulação permanente entre avaliação clínica, relação terapêutica, gestão emocional, promoção motivacional, monitorização fisiológica e organização estruturada dos cuidados. Neste contexto, o EEESMP assume um papel particularmente relevante enquanto facilitador de processos de mudança, mobilizando competências avançadas de comunicação terapêutica, intervenção psicossocial, gestão da ambivalência, prevenção da recaída e promoção da adesão terapêutica, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018).

Consulta de acolhimento e avaliação clínica especializada

O acolhimento inicial constituiu um dos momentos terapêuticos mais relevantes observados ao longo do estágio, assumindo-se não apenas como procedimento administrativo ou recolha de dados, mas como espaço estruturante de construção da relação terapêutica, avaliação clínica integrada e definição inicial do projeto terapêutico.

A observação e participação em acolhimentos multidisciplinares permitiu compreender a importância de uma abordagem simultaneamente clínica, relacional e motivacional, particularmente em pessoas frequentemente marcadas por vergonha, ambivalência, resistência à

mudança e experiências prévias de estigmatização associadas ao consumo de álcool.

Para além da caracterização dos padrões de consumo, história clínica e situação psicossocial, o acolhimento possibilitava avaliar motivação para a mudança, suporte familiar, estado emocional, capacidade reflexiva, *insight* sobre a dependência e disponibilidade para compromisso terapêutico. Esta avaliação global encontra consonância com os modelos contemporâneos de cuidados em dependências, que defendem abordagens integradas e centradas na singularidade da pessoa (SAMHSA, 2015; WHO, 2022).

Particularmente relevante revelou-se a observação da forma como o enfermeiro especialista utilizava a comunicação terapêutica enquanto instrumento clínico, privilegiando escuta ativa, validação emocional, ausência de julgamento moral e promoção de segurança relacional. Tornou-se evidente que a qualidade da relação estabelecida no acolhimento influenciava significativamente a adesão ao programa terapêutico e o envolvimento posterior do utente no processo de recuperação.

Em diversos casos, observou-se que o motivo explícito de procura de tratamento coexistia com sofrimento emocional mais profundo, frequentemente associado a sentimentos de fracasso, culpa, perda de identidade, isolamento social ou desgaste familiar acumulado. Esta realidade reforçou a importância de uma avaliação que ultrapassasse a dimensão exclusivamente comportamental do consumo, integrando compreensão emocional e existencial da dependência.

A participação na monitorização clínica de utentes integrados no programa de Hospital de Dia permitiu desenvolver competências relacionadas com vigilância terapêutica, identificação precoce de sinais de abstinência e acompanhamento da evolução clínica durante o processo de desabitação alcoólica.

A vigilância incluía monitorização regular de sinais vitais, particularmente tensão arterial e frequência cardíaca, avaliação da

alcoolemia, observação do estado geral e identificação de manifestações compatíveis com síndrome de abstinência alcoólica, como tremor, ansiedade, sudorese, irritabilidade ou alterações do sono. Estas práticas encontram suporte nas recomendações internacionais para tratamento seguro da abstinência alcoólica, particularmente pela necessidade de prevenir complicações potencialmente graves como *delirium tremens* ou convulsões (Sachdeva et al., 2015).

A participação nos cuidados associados à soroterapia permitiu compreender a relevância da intervenção farmacológica no controlo sintomático da abstinência, particularmente através da utilização de benzodiazepinas e suplementação vitamínica com tiamina, quando clinicamente indicadas. Contudo, tornou-se igualmente evidente que o processo terapêutico em alcoologia ultrapassa amplamente a estabilização fisiológica inicial, exigindo intervenção simultânea ao nível emocional, motivacional e comportamental.

Neste contexto, a observação clínica revelou que muitos utentes viviam o período inicial de abstinência com níveis elevados de ansiedade, desconforto emocional e fragilidade psicológica, tornando particularmente relevante a presença terapêutica do enfermeiro especialista enquanto elemento regulador e promotor de segurança.

Relação terapêutica, motivação e gestão da ambivalência

Um dos aspetos clinicamente mais significativos deste contexto prendeu-se com a compreensão da ambivalência enquanto fenómeno central na dependência alcoólica. Em múltiplas situações, os utentes verbalizavam simultaneamente desejo de interromper o consumo e dificuldade em imaginar alternativas funcionais ao álcool enquanto estratégia de regulação emocional.

A experiência permitiu compreender que a recaída não deve ser interpretada exclusivamente como falha de vontade ou ausência de compromisso terapêutico, mas como manifestação expectável da natureza crónica, recidivante e multifatorial da dependência alcoólica (Volkow et al.,

2016). Esta compreensão revelou-se essencial na adaptação das estratégias comunicacionais e terapêuticas utilizadas pelo enfermeiro especialista.

A utilização de abordagens motivacionais não confrontativas revelou-se particularmente relevante, privilegiando a exploração da ambivalência, reforço da autoeficácia e promoção gradual da consciência crítica relativamente ao impacto do consumo. Esta perspetiva encontra forte sustentação na Entrevista Motivacional, cuja eficácia na promoção de mudança em dependências se encontra amplamente demonstrada (Miller & Rollnick, 2013).

Paralelamente, tornou-se evidente que muitos utentes apresentavam dificuldade significativa na identificação, verbalização e regulação emocional, recorrendo frequentemente ao álcool como estratégia de evitar a experiência ou anestesia afetiva. Esta observação reforçou a compreensão da dependência enquanto fenómeno profundamente associado à desregulação emocional e à fragilidade dos mecanismos adaptativos de *coping*.

A experiência clínica permitiu igualmente reconhecer a importância da esperança terapêutica enquanto elemento central da intervenção especializada. Em contextos marcados por recaídas sucessivas, sentimentos de fracasso e baixa autoestima, a capacidade do EEESMP para sustentar possibilidades de mudança, reforçar pequenos ganhos terapêuticos e validar o esforço individual revelou-se particularmente significativa no fortalecimento do envolvimento terapêutico e da motivação para continuidade do tratamento.

A intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa constituiu uma dimensão central da prática especializada observada na UAP, assumindo particular relevância na promoção da consciência crítica sobre a dependência, desenvolvimento de competências de autorregulação emocional e fortalecimento da motivação para a mudança. Em consonância com o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, estas intervenções evidenciam a especificidade do EEESMP enquanto profissional capacitado para mobilizar processos terapêuticos orientados para a

reorganização emocional, adaptação funcional e promoção da recuperação em saúde mental (OE, 2018).

No contexto do Hospital de Dia, as intervenções terapêuticas desenvolviam-se numa lógica estruturada, articulando componentes psicoterapêuticas breves, psicoeducação e estratégias de regulação fisiológica e emocional. Esta abordagem encontra suporte na evidência científica, que demonstra que programas integrados, combinando intervenção farmacológica e psicossocial, apresentam melhores resultados ao nível da adesão terapêutica, manutenção da abstinência e prevenção da recaída (Kelly et al., 2017; WHO, 2022).

A participação e dinamização de sessões de relaxamento adaptadas do método progressivo de Jacobson constitui uma das experiências terapêuticas mais relevantes deste contexto clínico. Estas sessões são realizadas durante o período de soroterapia, em ambiente estruturado e terapêutico, permitindo aos utentes experimentar estratégias alternativas de redução da ansiedade e regulação psicofisiológica.

A pertinência clínica desta intervenção revelou-se particularmente evidente perante a elevada prevalência de ansiedade basal, tensão corporal, irritabilidade e desconforto emocional observados durante os períodos iniciais de abstinência alcoólica. Em múltiplos casos, tornou-se evidente a dificuldade dos utentes em reconhecer estados emocionais internos ou tolerar experiências afetivas desagradáveis sem recurso ao consumo alcoólico enquanto estratégia reguladora.

Neste enquadramento, o relaxamento progressivo assumia não apenas função de redução sintomática imediata, mas também finalidade psicoterapêutica mais ampla, promovendo consciência corporal, diminuição da hiperativação autonómica, desenvolvimento de autorregulação emocional e fortalecimento da perceção de autocontrolo. A evidência científica demonstra que intervenções focadas em *mindfulness*, relaxamento e regulação emocional contribuem significativamente para diminuição do

craving, melhoria da tolerância ao desconforto emocional e redução do risco de recaída em dependências (Brewer et al., 2011; Garland et al., 2014).

Paralelamente, a observação clínica permitiu reconhecer que muitos utentes sentiram inicialmente dificuldade em aderir ao relaxamento, evidenciando desconforto perante silêncio, introspeção ou contacto com estados emocionais internos. Esta realidade permitiu compreender como, em pessoas com dependência alcoólica, a anestesia emocional pode constituir mecanismo profundamente enraizado, tornando particularmente desafiante o desenvolvimento de estratégias adaptativas alternativas ao consumo.

A condução destas intervenções exigiu mobilização contínua de competências avançadas de comunicação terapêutica, observação clínica e contenção emocional, particularmente na adaptação do ritmo, linguagem e intensidade da intervenção às características emocionais e cognitivas de cada utente. Tornou-se evidente que a eficácia terapêutica destas estratégias dependia não apenas da técnica utilizada, mas também da qualidade da relação terapêutica e da capacidade do enfermeiro especialista para criar um ambiente emocionalmente seguro e não julgador.

Paralelamente, as sessões psicoeducativas integradas no programa terapêutico assumiam particular relevância enquanto instrumento promotor de literacia em saúde mental e fortalecimento da consciência crítica sobre a dependência alcoólica. Os conteúdos abordavam temas como mecanismos da dependência, diferença entre lapso e recaída, impacto biopsicossocial do álcool, estratégias de prevenção da recaída, estilos de vida saudáveis, autocuidado e importância das redes de suporte no processo de recuperação.

Estas intervenções procuravam ultrapassar uma lógica meramente informativa, promovendo reflexão crítica, *insight* e atribuição de significado às experiências individuais de consumo e sofrimento emocional. Observou-se que, em múltiplas situações, a partilha grupal de experiências favorecia identificação interpessoal, validação emocional e redução do sentimento de isolamento frequentemente associado à dependência.

A integração da família ou pessoa significativa em momentos específicos do programa evidenciava igualmente o reconhecimento da dependência alcoólica enquanto fenómeno relacional e sistémico. A literatura demonstra que o suporte familiar consistente constitui fator protetor relevante na manutenção da abstinência e na continuidade dos ganhos terapêuticos (McCrary & Flanagan, 2021).

Em termos formativos, a participação nestas intervenções permitiu desenvolver competências avançadas relacionadas com condução terapêutica de grupos, adaptação de intervenções psicoterapêuticas breves, promoção da regulação emocional e implementação de estratégias psicoeducativas sustentadas na evidência científica. Paralelamente, favoreceu uma compreensão mais aprofundada da relação entre sofrimento emocional, vulnerabilidade psicológica e comportamento aditivo, reforçando a importância de intervenções centradas não apenas na interrupção do consumo, mas na reconstrução progressiva de formas mais adaptativas de relação consigo próprio, com os outros e com a experiência emocional.

Um dos contributos mais significativos desenvolvidos ao longo do estágio na UAP consistiu na identificação de necessidades ao nível da uniformização dos procedimentos de acolhimento no Hospital de Dia e consequente elaboração de uma proposta estruturada de Guião de Consulta de Acolhimento (Anexo III). Esta iniciativa emergiu da observação clínica da variabilidade existente nos processos iniciais de admissão, particularmente ao nível da recolha de dados, sistematização da informação clínica e transmissão de orientações terapêuticas aos utentes integrados no programa.

A análise crítica da prática permitiu reconhecer que o acolhimento constitui um momento particularmente sensível e estruturante no percurso terapêutico da pessoa com dependência alcoólica. Para além da sua função organizacional e avaliativa, representa frequentemente o primeiro contacto terapêutico formal com o serviço, influenciando significativamente a

percepção de segurança, a adesão ao tratamento e estabelecimento da relação terapêutica.

Neste enquadramento, tornou-se evidente que a ausência de maior uniformização poderia comprometer consistência interventiva, continuidade dos cuidados e qualidade da informação recolhida, particularmente em áreas relevantes como história de consumo, antecedentes clínicos, estado mental, motivação para a mudança, suporte familiar e definição inicial do contrato terapêutico.

A elaboração do guião procurou responder a estas necessidades através da construção de um instrumento estruturado, orientador da prática clínica de enfermagem, sustentado em princípios de segurança, qualidade assistencial e prática baseada na evidência. O documento integrou dimensões fundamentais da avaliação inicial na alcoologia, incluindo caracterização do padrão de consumo, antecedentes pessoais e psiquiátricos, avaliação psicossocial, identificação de fatores de risco, estado emocional, motivação terapêutica e necessidades de intervenção prioritárias.

Paralelamente, foram incluídos elementos relacionados com acolhimento terapêutico, esclarecimento sobre funcionamento do Hospital de Dia, explicação das regras do programa, contratualização terapêutica e promoção da participação ativa do utente no processo de recuperação. Esta organização procurou garantir não apenas maior sistematização da informação clínica, mas também maior coerência relacional e terapêutica na integração do utente no dispositivo assistencial.

A relevância desta iniciativa encontra forte sustentação na literatura relativa à melhoria contínua da qualidade em saúde, que reconhece a padronização de processos clínicos como estratégia promotora de segurança, redução de variabilidade assistencial e melhoria dos resultados terapêuticos (AHRQ, 2020; WHO, 2021).

No plano disciplinar da enfermagem especializada, esta experiência evidenciou a importância do papel do EEESMP não apenas na prestação direta de cuidados, mas também na organização, qualificação e

desenvolvimento dos processos assistenciais. A capacidade de identificar necessidades organizacionais, analisar criticamente práticas instituídas e propor estratégias de melhoria constitui dimensão fundamental das competências comuns do Enfermeiro Especialista, particularmente nos domínios da melhoria contínua da qualidade, gestão clínica e desenvolvimento das aprendizagens profissionais conforme o Regulamento n.º 454/2026 (OE, 2026).

Esta experiência permitiu consolidar competências relacionadas com pensamento crítico, sistematização clínica, documentação terapêutica e articulação entre prática assistencial e evidência científica. Tornou-se particularmente evidente que a qualidade dos cuidados em saúde mental não depende exclusivamente da competência técnica individual, mas também da existência de estruturas organizacionais coerentes, seguras e facilitadoras da continuidade terapêutica.

Num plano mais profundo, o desenvolvimento deste instrumento permitiu compreender que pequenas mudanças organizacionais podem assumir impacto significativo na experiência subjetiva da pessoa em cuidados, particularmente em contextos marcados por vulnerabilidade emocional, ambivalência e fragilidade relacional. Assim, a construção do guião de acolhimento constituiu não apenas um exercício técnico-organizacional, mas também uma expressão concreta de uma prática especializada centrada na pessoa, na qualidade e na humanização dos cuidados.

Reflexão crítica e contributo formativo

A experiência desenvolvida na UAP constituiu um contexto particularmente transformador na consolidação de uma compreensão avançada da dependência alcoólica enquanto fenómeno simultaneamente neurobiológico, psicológico, relacional e social. Para além da dimensão clínica associada ao consumo, tornou-se evidente que a perturbação pelo uso de álcool envolve frequentemente trajetórias complexas de sofrimento emocional, fragilidade vincular, desregulação afetiva e perda progressiva de

significado existencial, exigindo intervenções terapêuticas integradas, continuadas e profundamente centradas na pessoa.

Um dos principais ganhos formativos deste contexto prendeu-se com a compreensão da ambivalência enquanto elemento estrutural do processo de mudança em dependências. O contacto com pessoas em diferentes fases motivacionais permitiu reconhecer que a recuperação não ocorre de forma linear, sendo frequentemente marcada por oscilações entre compromisso terapêutico, recaída, esperança e desesperança. Esta compreensão revelou-se particularmente relevante na desconstrução de perspetivas moralizantes ou excessivamente centradas na vontade individual, favorecendo uma leitura mais compreensiva e cientificamente sustentada da dependência alcoólica enquanto fenómeno crónico, multifatorial e recidivante (Volkow et al., 2016).

Tornou-se evidente que a interrupção do consumo representa apenas uma dimensão inicial do processo terapêutico. Em múltiplos casos, o álcool assumia funções reguladoras profundamente enraizadas, funcionando como estratégia de gestão da ansiedade ou contenção de sofrimento emocional persistente. Neste sentido, a recuperação implicava não apenas abstinência, mas reconstrução progressiva de competências emocionais, relacionais e adaptativas capazes de substituir o consumo enquanto mecanismo de *coping*.

A experiência clínica permitiu igualmente aprofundar a compreensão da relação terapêutica enquanto instrumento central de intervenção especializada em alcoologia. Em contextos frequentemente marcados por vergonha, culpa, fragilidade identitária e baixa autoestima, a qualidade da presença terapêutica revelou-se determinante na promoção da adesão, construção de esperança e fortalecimento da motivação para a mudança. Tornou-se particularmente evidente que intervenções excessivamente confrontativas tendiam a aumentar resistência e defesa, enquanto abordagens baseadas em validação emocional, escuta ativa e entrevista motivacional favoreciam maior envolvimento terapêutico e capacidade reflexiva.

No domínio das competências específicas do EEESMP, este contexto favoreceu particularmente o desenvolvimento da competência F2, relativa à assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental, através da realização de avaliações clínicas integradas centradas nos padrões de consumo, funcionamento emocional, motivação terapêutica, impacto psicossocial da dependência e recursos adaptativos disponíveis (OE, 2018). Simultaneamente, permitiu consolidar a competência F3, relativa ao apoio à pessoa ao longo do ciclo de vida na recuperação da saúde mental, particularmente através da implementação de intervenções terapêuticas orientadas para a promoção da abstinência, fortalecimento da motivação para a mudança, prevenção da recaída e desenvolvimento de estratégias de autorregulação emocional e adaptação funcional (OE, 2018). Assumiu igualmente particular relevância o desenvolvimento da competência F4, relativa à prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, evidenciada na utilização da relação terapêutica enquanto instrumento clínico, dinamização de sessões de relaxamento e psicoeducação, gestão terapêutica da ambivalência e adaptação da comunicação às necessidades emocionais e motivacionais dos utentes (OE, 2018).

Paralelamente, o contacto continuado com sofrimento emocional, recaídas sucessivas, sentimentos de fracasso e vulnerabilidade relacional favoreceu o aperfeiçoamento da competência F1, relativa ao desenvolvimento de elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. A necessidade de sustentar terapeuticamente processos não lineares de mudança exigiu capacidade de autorreflexão, tolerância à incerteza, gestão das próprias expectativas terapêuticas e adaptação emocional perante frustração, resistência ou recaída (OE, 2018).

No domínio das competências comuns do Enfermeiro Especialista, este estágio permitiu igualmente consolidar capacidades relacionadas com responsabilidade ética e profissional, tomada de decisão clínica em

contextos complexos, trabalho multidisciplinar, monitorização clínica especializada, documentação terapêutica rigorosa e melhoria contínua da qualidade dos cuidados, particularmente através do desenvolvimento do Guião de Consulta de Acolhimento ao Hospital de Dia, em consonância com os referenciais reguladores da prática especializada (OE, 2026).

Num plano mais profundo, esta experiência permitiu compreender que cuidar em alcoologia implica frequentemente sustentar esperança onde predominam sentimentos de fracasso, desesperança e estigma. Tornou-se evidente que a recuperação não depende exclusivamente da interrupção do consumo, mas da possibilidade de reconstruir sentido, identidade e pertença para além da dependência. Mais do que controlar sintomas ou promover abstinência, este contexto permitiu reconhecer a importância do enfermeiro especialista enquanto facilitador de processos de mudança humana profundamente complexos, nos quais relação terapêutica, dignidade e reconhecimento da singularidade da pessoa assumem centralidade absoluta no cuidado.

Em síntese, o estágio desenvolvido na UAP permitiu consolidar uma prática especializada mais compreensiva, relacional e cientificamente sustentada no domínio dos comportamentos aditivos e dependências. A experiência reforçou a importância de integrar monitorização clínica, intervenção motivacional, psicoeducação, regulação emocional, prevenção da recaída e melhoria contínua da qualidade, numa abordagem centrada na pessoa e orientada para a recuperação.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista constitui um elemento estruturante da prática especializada em enfermagem, traduzindo-se na capacidade de mobilizar conhecimento científico, julgamento clínico, responsabilidade ética, pensamento crítico e autonomia profissional em contextos de elevada complexidade assistencial. Estas competências, definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 454/2026, de 29 de abril assumem natureza transversal às diferentes áreas de especialização, e funcionam como matriz integradora de uma prática diferenciada, reflexiva, segura e sustentada na evidência científica (OE, 2026).

De acordo com este enquadramento normativo, as competências comuns não se restringem a um conjunto de capacidades técnicas ou procedimentais. Pelo contrário, integram dimensões avançadas de conceção, gestão, supervisão e avaliação dos cuidados, melhoria contínua da qualidade, liderança clínica, desenvolvimento profissional e produção de conhecimento. Neste sentido, constituem um suporte essencial ao exercício profissional especializado em enfermagem. Cabe ao enfermeiro atuar como profissional clinicamente diferenciado, agente de mudança, facilitador da qualidade dos cuidados e promotor de respostas assistenciais mais seguras, eficazes e centradas na pessoa. Esta perspetiva encontra consonância com os modelos internacionais de prática avançada em enfermagem, que conceptualizam o enfermeiro especialista como profissional capaz de integrar intervenção clínica diferenciada, liderança, consultadoria, tomada de decisão complexa, prática baseada na evidência e contributo para a melhoria dos sistemas de saúde (Hamric et al., 2014; ICN, 2020).

Assim, o exercício especializado distingue-se não apenas pela execução de intervenções mais complexas, mas sobretudo pela capacidade de interpretar criticamente situações clínicas, integrar múltiplas fontes de

conhecimento e tomar decisões fundamentadas em evidência científica, experiência clínica, princípios éticos e valores da pessoa cuidada. Mais do que um conjunto de domínios a adquirir, as competências comuns representam uma forma avançada de pensar e agir em enfermagem. Esta traduz-se na capacidade de compreender a complexidade dos cuidados, analisar situações clínicas de forma contextualizada, antecipar riscos, promover ambientes terapêuticos seguros e participar ativamente na transformação das práticas. Neste sentido, o enfermeiro especialista distingue-se pela forma como compreende, organiza e qualifica o cuidado, num processo de reflexão contínua sobre a ação e na ação, tal como descrito por Schön (1983).

No domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, estas competências assumem particular relevância, uma vez que a prática clínica se desenvolve frequentemente em contextos marcados por sofrimento psíquico, vulnerabilidade relacional, ambiguidade clínica, risco, estigma e múltiplos determinantes sociais da saúde.

A intervenção especializada exige, por isso, elevada capacidade de tolerância à incerteza, sensibilidade ética, maturidade relacional, pensamento crítico e competência para sustentar relações terapêuticas significativas em processos frequentemente longos, dinâmicos e não lineares. Esta exigência encontra consonância com os modelos contemporâneos de cuidados em saúde mental, que enfatizam abordagens biopsicossociais, orientadas para a recuperação, a autonomia, a dignidade e a participação ativa da pessoa no seu processo terapêutico (Slade, 2009; WHO, 2022).

As competências comuns correspondem, assim, ao conjunto de competências transversais partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da respetiva área de especialidade, traduzindo elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados, liderança clínica, formação e desenvolvimento profissional sustentado na evidência científica.

Por sua vez, as competências específicas decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde inerentes a cada área de especialidade, refletindo um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades particulares da pessoa, família, grupos e comunidade.

A articulação entre competências comuns e específicas dá origem às competências especializadas, entendidas como expressão integrada de competência científica, técnica, ética, relacional e humana necessária à prestação de cuidados especializados em enfermagem. Nesta perspetiva, o exercício especializado em ESMP não resulta da simples soma de conhecimentos ou competências técnicas. Resulta, antes, da capacidade de integrar conhecimento, julgamento clínico, pensamento crítico, consciência ética e relação terapêutica em contextos complexos e marcados por elevada singularidade humana. A prática especializada exige que o enfermeiro seja capaz de avaliar situações complexas, planejar intervenções ajustadas, gerir riscos, promover autonomia, articular respostas interdisciplinares e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados.

O Regulamento n.º 454/2026 organiza as competências comuns do Enfermeiro Especialista em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de equipas e de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2026). Estes domínios configuram-se como pilares estruturantes da prática especializada, refletindo uma visão integrada da enfermagem avançada, alinhada com os princípios da governação clínica, segurança da pessoa, prática baseada na evidência, liderança clínica e desenvolvimento profissional contínuo.

Ao longo do percurso formativo, estas competências não foram desenvolvidas de forma isolada ou compartimentada, mas de modo progressivo e integrado, em estreita articulação com os diferentes contextos clínicos experienciados. A diversidade dos cenários de estágio — internamento de agudos, intervenção comunitária e cuidados diferenciados

— constituiu um espaço privilegiado para a mobilização das competências comuns em situações reais de prática. Estes contextos exigiram adaptação contínua, tomada de decisão em cenários de incerteza, articulação interdisciplinar, reflexão ética e análise crítica das respostas assistenciais.

Importa salientar que o desenvolvimento das competências comuns não se traduziu apenas na aquisição de novos conhecimentos ou habilidades, mas sobretudo numa transformação qualitativa do pensamento clínico e da identidade profissional.

A transição de uma prática predominantemente técnica para uma prática mais reflexiva, intencional, autónoma e sustentada na evidência constitui um dos principais marcos da especialização em enfermagem. Este processo aproxima-se do modelo de desenvolvimento de competências descrito por Benner (2001), no qual a experiência clínica, a reflexão e a integração contextual do conhecimento contribuem para níveis progressivamente mais avançados de proficiência, julgamento clínico e tomada de decisão.

Assim, nos subcapítulos seguintes procede-se à análise crítico-reflexiva dos diferentes domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista, evidenciando a forma como foram mobilizadas, desenvolvidas e consolidadas ao longo do percurso formativo. Esta análise articula a experiência clínica vivida nos diferentes contextos de estágio com o enquadramento normativo atualmente em vigor e com a evidência científica relevante, procurando demonstrar o contributo destas competências para a construção de uma prática especializada ética, segura, reflexiva, humanizada e centrada na pessoa.

Domínio A - Responsabilidade profissional, ética e legal

“Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, respeitando os direitos humanos e agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.” (OE, 2026, p.4)

A responsabilidade profissional, ética e legal constitui um dos pilares estruturantes da prática avançada em enfermagem, traduzindo-se na capacidade de sustentar decisões clínicas autónomas, fundamentadas e

moralmente responsáveis em contextos marcados pela elevada complexidade, incerteza e vulnerabilidade humana (OE, 2026). No Regulamento n.º 454/2026, este domínio integra competências relacionadas com a tomada de decisão ética e deontológica, liderança nos processos de deliberação ética, avaliação das decisões, promoção dos direitos humanos e garantia de práticas seguras, dignas e respeitadoras da pessoa (OE, 2026). No plano conceptual, este domínio encontra suporte nos modelos contemporâneos de ética clínica, que compreendem a tomada de decisão como um processo deliberativo complexo, sustentado em princípios como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (Beauchamp & Childress, 2019). Em enfermagem, este processo assume particular especificidade, uma vez que se desenvolve em proximidade relacional com a pessoa, exigindo integração entre conhecimento científico, sensibilidade ética e compreensão contextual (Gastmans, 2013).

Na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, esta competência adquire particular densidade, dado que a prática clínica se desenvolve frequentemente junto de pessoas em situação de sofrimento psíquico, vulnerabilidade relacional, limitação funcional, estigma, risco e eventual diminuição da capacidade de decisão. Neste âmbito, o enfermeiro especialista é frequentemente confrontado com dilemas éticos situados na tensão entre proteção e autonomia, segurança e liberdade, cuidado e possível restrição.

A literatura evidencia que os contextos psiquiátricos são particularmente exigentes do ponto de vista ético, sobretudo quando envolvem consentimento, recusa terapêutica, internamento involuntário, confidencialidade, contenção ou limitação da liberdade individual (Szmukler & Appelbaum, 2008; WHO, 2022). Ao longo do percurso formativo, esta competência foi mobilizada de forma progressiva e integrada, emergindo como elemento central na construção de um posicionamento clínico ético, reflexivo e responsável. A diversidade dos contextos de estágio permitiu compreender que a responsabilidade ética não se traduz apenas no cumprimento normativo, mas numa atitude permanente de deliberação,

respeito pela dignidade humana, promoção da autonomia possível, proteção dos direitos da pessoa e sustentação de práticas clinicamente seguras e humanizadas.

No contexto do internamento de agudos, a convivência com pessoas com doença mental grave e persistente evidenciou a complexidade da tomada de decisão ética em situações de dependência institucional, fragilidade da autonomia e risco de despersonalização.

A mobilização da competência A1 “Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (OE, 2026, p.5) traduziu-se na construção de estratégias de intervenção em parceria com o utente (A1.1 “Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente” (OE, 2026, p.5)), ainda quando sua capacidade funcional se encontrava comprometida, promovendo formas ajustadas de participação e autodeterminação. Esta abordagem alinha-se com os modelos de decisão partilhada, que defendem a inclusão da pessoa no processo terapêutico como condição essencial para cuidados eticamente sustentados (Elwyn et al., 2009)

A tomada de decisão clínica foi sustentada no conhecimento teórico e na experiência adquirida (A1.2 - “Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência” (OE, 2026, p.5)), permitindo selecionar respostas ajustadas à singularidade de cada situação (A1.4 - “Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções” (OE, 2026, p.5)). Simultaneamente, a participação em reuniões multidisciplinares evidenciou a subcompetência A1.3 (“Participa na construção da tomada de decisão em equipa” (OE, 2026, p.5)), contribuindo para a construção partilhada de decisões clínicas, integrando diferentes perspetivas profissionais, em consonância com modelos colaborativos que reconhecem a complexidade das decisões em saúde mental (Thornicroft et al., 2016).

A reflexão sobre o equilíbrio entre proteção e autonomia implicou ainda a integração de princípios deontológicos (A1.5 - “Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional” (OE, 2026, p.5)) e

enquadramento jurídico relacionado com os direitos da pessoa com doença mental (A1.6 - "Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem" (OE, 2026, p.5)). Esta tensão é amplamente discutida na literatura, sendo descrita como um dos principais desafios éticos da prática psiquiátrica contemporânea (Szmukler & Appelbaum, 2008).

Neste domínio, assumiram particular relevância situações relacionadas com consentimento informado, adesão e recusa terapêutica, bem como a compreensão das implicações associadas às medidas de acompanhamento legal em pessoas com limitação da autonomia funcional.

O contacto com utentes com diferentes níveis de capacidade de decisão permitiu compreender a complexidade ético-jurídica inerente à avaliação da autonomia, capacidade de consentimento e necessidade de proteção, particularmente em contextos de institucionalização prolongada e doença mental grave. Estas situações exigiram ponderação contínua entre beneficência, não maleficência, respeito pela autodeterminação e promoção da dignidade da pessoa, mobilizando julgamento clínico e reflexão ética sustentada.

Neste contexto, tornou-se evidente que a tomada de decisão ética em saúde mental raramente se traduz em respostas lineares ou exclusivamente normativas. Pelo contrário, exige capacidade para integrar princípios legais, deontológicos, clínicos e relacionais em situações marcadas por vulnerabilidade, ambiguidade e elevada complexidade humana. Esta tensão constitui um dos desafios centrais da prática psiquiátrica contemporânea, particularmente quando estão em causa autonomia, risco, proteção e direitos fundamentais (Szmukler & Appelbaum, 2008).

No domínio da liderança ética (A2 - "Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade" (OE, 2026, p.5)), a participação ativa em discussões de casos permitiu recolher contributos para a análise das decisões (A2.2 - "Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão" (OE, 2026, p.5)) e

suscitar reflexão ética sobre as práticas instituídas (A2.3 - “Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão” (OE, 2026, p.5)), evidenciando progressiva afirmação enquanto profissional com pensamento crítico diferenciado.

A mobilização da competência A4 (“Promove a proteção dos direitos humanos” (OE, 2026, p.5)) revelou-se igualmente transversal ao contexto do internamento psiquiátrico, particularmente perante situações de vulnerabilidade associadas à institucionalização prolongada, limitação funcional e dependência parcial de terceiros. A prática clínica permitiu reconhecer que a promoção dos direitos humanos em saúde mental ultrapassa a mera observância normativa, exigindo uma postura clínica ativa de defesa da dignidade, singularidade e autodeterminação da pessoa com doença mental.

Neste contexto, assumiu particular relevância a necessidade de garantir o acesso à informação e a participação do utente nas decisões relacionadas com o seu processo terapêutico (A4.2 - “Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação” (OE, 2026, p.5)). Em múltiplas situações clínicas, tornou-se evidente que o sofrimento psíquico, a desorganização cognitiva ou os sintomas negativos poderiam comprometer a compreensão da informação transmitida, exigindo adaptação da comunicação, reformulação da linguagem e validação contínua da compreensão por parte da pessoa. Esta experiência permitiu compreender que informar não corresponde apenas a transmitir dados clínicos, mas implica assegurar condições efetivas para participação consciente e exercício possível da autonomia.

A reflexão em torno do consentimento informado, adesão e recusa terapêutica permitiu aprofundar a compreensão da complexidade ética inerente aos cuidados em saúde mental. A observação de situações em que o utente recusava terapêutica, apresentava reduzido *insight* ou manifestava resistência à intervenção exigiu ponderação contínua entre proteção clínica e respeito pela autodeterminação, evitando abordagens coercivas ou excessivamente paternalistas. Esta tensão encontra-se amplamente descrita

na literatura da ética psiquiátrica contemporânea, particularmente no debate em torno da autonomia relacional e da capacidade de decisão em contexto de doença mental (Szmukler & Appelbaum, 2008).

O contacto com situações relacionadas com medidas de acompanhamento jurídico permitiu ainda mobilizar a competência A4.5 (“Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde” (OE, 2026, p.5)), através da reflexão sobre os limites entre proteção legal e preservação da autonomia individual. A compreensão do enquadramento associado ao regime jurídico do Maior Acompanhado e à Lei da Saúde Mental reforçou a necessidade de sustentar intervenções proporcionais, individualizadas e centradas nos direitos fundamentais da pessoa, reconhecendo que a limitação funcional não anula a singularidade, vontade ou dignidade humana.

Simultaneamente, a competência A4.3 (“Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional” (OE, 2026, p.5)) foi mobilizada na gestão ética da informação clínica, particularmente em contexto grupal e multidisciplinar. A necessidade de partilhar informação relevante para a continuidade dos cuidados exigiu permanente reflexão sobre privacidade, confidencialidade e proteção da intimidade do utente, sobretudo num contexto institucional onde a proximidade entre profissionais e residentes poderia aumentar o risco de exposição indevida da informação pessoal.

A competência A4.4 (“Fomenta o respeito pelo direito da pessoa à privacidade” (OE, 2026, p.5)) assumiu expressão concreta na preocupação contínua em preservar espaços de intimidade, individualidade e respeito pela identidade pessoal dos utentes, particularmente em pessoas sujeitas a longos períodos de institucionalização. A observação clínica permitiu reconhecer que a perda progressiva de privacidade e controlo sobre aspetos quotidianos da vida constitui um fator potenciador de despersonalização e dependência institucional, amplamente descrito na literatura da psiquiatria institucional e da reabilitação psicossocial.

A avaliação das decisões (A3 - “Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2026, p.5)) foi particularmente evidente na análise do impacto das intervenções orientadas para a promoção da autonomia. A observação de alterações no envolvimento dos utentes e na sua participação permitiu aferir os resultados das decisões tomadas (A3.1 - “Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada” (OE, 2026, p.5)), sendo estas reflexões partilhadas em equipa (A3.2 - “Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.” (OE, 2026, p.5)), contribuindo para a melhoria da prática.

No domínio da competência A5 (“Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa” (OE, 2026, p.5)), tornou-se evidente que a segurança em saúde mental não pode ser compreendida exclusivamente numa perspetiva física ou procedimental, envolvendo igualmente dimensões emocionais, relacionais e identitárias. A mobilização da competência A5.1 (“Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica” (OE, 2026, p.5)) permitiu refletir criticamente sobre práticas potencialmente geradoras de vulnerabilidade, dependência excessiva ou diminuição da autonomia funcional.

A observação contínua do ambiente terapêutico favoreceu igualmente o desenvolvimento da competência A5.2 (“Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco” (OE, 2026, p.5)), particularmente na identificação precoce de sinais de agitação psicomotora, retraimento emocional, conflito interpessoal ou agravamento clínico. Esta vigilância clínica exigiu capacidade antecipatória e sensibilidade relacional, contribuindo para a promoção de um ambiente terapêutico mais seguro, previsível e contendor.

Paralelamente, a competência A5.3 (“Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade da pessoa” (OE, 2026, p.5)) foi particularmente mobilizada na gestão quotidiana da relação terapêutica, procurando prevenir situações potencialmente humilhantes,

invasivas ou desorganizadoras para o utente. Tornou-se evidente que pequenos aspetos da prática quotidiana, como a forma de comunicar, abordar ou envolver a pessoa nas atividades do serviço, possuem impacto significativo na preservação da autoestima, identidade e dignidade humana.

Neste sentido, a experiência no contexto do CHCF permitiu compreender que a competência ética do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica ultrapassa a dimensão normativa ou procedimental, traduzindo-se na capacidade de sustentar práticas clínicas humanizadas, seguras e profundamente comprometidas com a defesa dos direitos humanos, da dignidade e da singularidade da pessoa com doença mental.

No contexto comunitário, a intervenção com jovens e famílias em situação de vulnerabilidade exigiu uma prática eticamente situada, caracterizada pela integração entre sensibilidade relacional, competência cultural e capacidade de leitura sistémica das dinâmicas familiares. A complexidade inerente à saúde mental infantojuvenil implicou reconhecer que a tomada de decisão clínica não ocorre num plano individual isolado, mas emerge da interação contínua entre múltiplos sistemas: familiar, escolar, social e institucional.

A mobilização da competência A1 traduziu-se na construção de estratégias de intervenção em parceria com os cuidadores (A1.1) respeitando os seus valores, crenças, capacidades e contexto sociocultural, evitando abordagens diretivas ou impositivas. Esta prática encontra suporte nos modelos de ética relacional, que conceptualizam a decisão ética como um processo situado, construído na interdependência entre sujeitos e contextos, onde o significado da ação emerge da relação e não apenas da aplicação de princípios abstratos (Austin, 2007; Bergum & Dossetor, 2005). Neste enquadramento, o enfermeiro especialista assume o papel de facilitador de processos reflexivos, promovendo a co-construção de soluções ajustadas à singularidade de cada sistema familiar.

A tomada de decisão ética (A2) implicou a integração de contributos multidisciplinares (A2.2) e a problematização contínua do impacto das intervenções no equilíbrio do sistema familiar (A2.3). A prática evidenciou que intervenções aparentemente centradas no jovem produzem efeitos em cascata nas dinâmicas parentais, na comunicação intrafamiliar e na organização dos papéis, exigindo uma abordagem que transcenda o indivíduo e incorpore a lógica sistémica. Esta perspetiva é sustentada pela literatura em saúde mental comunitária e familiar, que destaca a necessidade de intervenções ecológicas e integradas para promover mudanças sustentadas (Bronfenbrenner, 1979).

No contexto do PIAC, a mobilização das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assumiu particular complexidade, uma vez que a intervenção incidiu sobre sistemas familiares frequentemente marcados por sofrimento emocional, fragilidade relacional, sentimentos de culpa, exaustão parental e dificuldades significativas na regulação emocional. Contrariamente aos contextos de internamento, onde os dilemas éticos emergem frequentemente associados à autonomia, consentimento ou proteção, no contexto comunitário os desafios éticos revelaram-se mais subtis, relacionais e sistémicos, exigindo elevada sensibilidade clínica, capacidade reflexiva e pensamento ético contextualizado.

Tornou-se progressivamente evidente que muitos cuidadores procuravam respostas imediatas para os comportamentos dos filhos, mas apresentavam simultaneamente dificuldades na gestão das próprias emoções, na tolerância à frustração e na manutenção de padrões comunicacionais consistentes. Em múltiplos acolhimentos e consultas parentais observou-se que comportamentos frequentemente descritos como “desobediência”, “falta de limites” ou “descontrolo” coexistiam com histórias familiares marcadas por sobrecarga emocional, comunicação hostil, invalidação afetiva, separações parentais conflituosas ou ausência de modelos reguladores consistentes. Esta experiência permitiu compreender que a intervenção ética em saúde mental comunitária exige ultrapassar

leituras linearmente culpabilizantes e reconhecer a complexidade dos processos relacionais que sustentam o sofrimento psicossocial.

A mobilização da competência A1 revelou-se particularmente evidente na necessidade de desenvolver intervenções terapeuticamente contentoras, não moralizantes e centradas na dignidade das famílias. A construção das estratégias de intervenção em parceria com os cuidadores e jovens (A1.1) implicou reconhecer os pais não como “causa do problema”, mas como elementos integrantes de um sistema igualmente vulnerável e necessitado de suporte emocional.

Em vários momentos clínicos tornou-se evidente que abordagens excessivamente prescritivas poderiam reforçar sentimentos de incompetência, fracasso parental ou resistência à intervenção. A prática observada privilegiava, pelo contrário, uma postura de validação emocional, escuta ativa e reflexão conjunta, permitindo aos cuidadores compreender os próprios padrões relacionais sem sentir julgamento ou desqualificação. Esta abordagem encontra sustentação nos modelos de parentalidade reflexiva e nas abordagens colaborativas em saúde mental familiar, que defendem que a mudança emerge mais eficazmente em contextos relacionais seguros e emocionalmente legítimos (Fonagy et al., 2014).

A tomada de decisão clínica foi sustentada na integração entre conhecimento científico, experiência clínica e análise contextual (A1.2) particularmente perante situações familiares marcadas por elevada ambivalência ou sofrimento relacional. A observação de acolhimentos permitiu compreender que o motivo explícito de referenciação raramente traduzia a complexidade do problema subjacente. Em diversos casos, jovens sinalizados por comportamentos aditivos, absentismo escolar ou conflito familiar revelavam trajetórias profundamente influenciadas por dinâmicas emocionais disfuncionais, fragilidade vinculatória ou ausência de contenção parental consistente.

A integração de princípios deontológicos e legais (A1.5 e A1.6) revelou-se particularmente relevante em situações relacionadas com consentimento informado, confidencialidade e intervenção com menores. O contexto comunitário implicava frequentemente gerir equilíbrios delicados entre o direito à privacidade do adolescente e a necessidade de envolvimento parental no processo terapêutico. A observação das consultas permitiu compreender que a gestão ética da informação exigia permanente ponderação entre proteção, confidencialidade e promoção da confiança terapêutica, particularmente em jovens com resistência inicial à intervenção ou receio de exposição familiar.

Neste domínio, assumiu especial relevância a necessidade de garantir aos jovens um espaço terapêutico seguro, onde pudessem expressar sofrimento emocional sem receio de julgamento, retaliação ou invalidação. Esta postura implicou reconhecer o adolescente como sujeito ativo do processo terapêutico e não apenas como extensão do sistema familiar, promovendo formas ajustadas de participação e autodeterminação. Tal perspetiva articula-se com os modelos contemporâneos de cuidados centrados na pessoa e nos direitos humanos, amplamente defendidos pela WHO (2022).

No domínio da liderança ética (A2), a observação e discussão clínica supervisionada permitiram desenvolver capacidade progressiva de análise ética das intervenções e das dinâmicas familiares observadas. Os momentos de supervisão após as consultas revelaram-se particularmente relevantes para problematizar decisões clínicas, refletir sobre limites terapêuticos e

analisar criticamente os impactos potenciais das intervenções realizadas. Esta experiência favoreceu o desenvolvimento de pensamento clínico mais reflexivo e menos centrado em respostas automáticas ou normativas.

A avaliação das decisões (A3) foi operacionalizada através da análise longitudinal da evolução das dinâmicas familiares, da capacidade de autorregulação dos cuidadores e da resposta do sistema às estratégias propostas (A3.1). Observou-se que pequenas alterações na comunicação parental, na validação emocional ou na capacidade de escuta produziam frequentemente impacto significativo na redução do conflito e no funcionamento relacional do sistema familiar. Estas avaliações eram discutidas em equipa (A3.2), contribuindo para reformulação contínua das estratégias terapêuticas e para construção de uma prática colaborativa e reflexiva.

No domínio da promoção dos direitos humanos (A4), a prática desenvolvida evidenciou a centralidade da autodeterminação (A4.5), da privacidade (A4.4) e do respeito pela diversidade cultural, relacional e familiar (A4.6 – “Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas das pessoas e grupos.” (OE, 2026, p.5). A garantia de acesso a informação clara, compreensível e ajustada ao nível de literacia dos cuidadores e jovens (A4.2) revelou-se essencial para promover participação consciente no processo terapêutico e fortalecer a corresponsabilização familiar.

Em várias situações clínicas tornou-se evidente que muitos cuidadores viviam sentimentos intensos de culpa, inadequação ou medo de julgamento social relativamente às dificuldades dos filhos. Neste contexto, a promoção dos direitos humanos implicou também combater formas subtis de estigmatização associadas à parentalidade e à saúde mental infanto-juvenil, reconhecendo que o sofrimento familiar necessita de acolhimento e não de culpabilização. Esta dimensão revelou-se particularmente importante em famílias provenientes de contextos socialmente vulneráveis ou marcadas por trajetórias prévias de exclusão institucional.

A competência (A4.3) assumiu igualmente particular relevância num contexto em que a proximidade relacional poderia facilmente gerar exposição excessiva da intimidade familiar. A observação clínica permitiu compreender que o maneio ético da informação representa um elemento estruturante da relação terapêutica em contexto comunitário, particularmente quando a intervenção envolve simultaneamente jovens, cuidadores, escolas e outras instituições da rede.

Neste contexto, a promoção da segurança traduziu-se sobretudo na criação de ambientes terapêuticos emocionalmente seguros, caracterizados por ausência de julgamento, previsibilidade relacional, escuta qualificada e contenção emocional. Tornou-se evidente que, em saúde mental comunitária, a segurança não se restringe à prevenção do risco físico, envolvendo igualmente proteção emocional, respeito pela singularidade e promoção de relações terapêuticas confiáveis. No contexto das dependências, a mobilização das competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assumiu particular complexidade devido à natureza multifatorial e crónica da dependência alcoólica, frequentemente marcada por ambivalência, negação, fragilidade motivacional, recaídas sucessivas e significativo sofrimento psicossocial.

A intervenção em dependências confronta o profissional com dilemas éticos permanentes relacionados com autonomia, *insight*, adesão terapêutica, responsabilização e capacidade de decisão da pessoa em contexto de consumo.

A experiência desenvolvida na UAP permitiu compreender que a prática ética em alcoologia exige elevada capacidade de tolerância à ambiguidade clínica e ao carácter não linear da recuperação. Em múltiplas situações, os utentes expressavam simultaneamente desejo de mudança e resistência à abstinência, evidenciando oscilações motivacionais, minimização das consequências do consumo ou reduzida consciência da gravidade do problema. Esta realidade exigiu uma prática clínica sustentada não em julgamento moral ou confrontação direta, mas numa abordagem

terapêutica centrada na pessoa, respeitadora do ritmo individual de mudança e promotora de dignidade humana.

Neste enquadramento, tornou-se evidente que a responsabilidade ética do EEESMP ultrapassa a gestão do comportamento aditivo em si, implicando capacidade para compreender o consumo enquanto expressão complexa de sofrimento emocional, estratégias disfuncionais de *coping*, vulnerabilidade relacional e alterações neurobiológicas associadas à dependência. A literatura contemporânea reforça que os comportamentos aditivos não podem ser compreendidos exclusivamente numa lógica de escolha individual, exigindo abordagens éticas e clínicas integradas, sustentadas nos modelos biopsicossociais e neurocomportamentais da adição (Volkow et al., 2016).

A prática em alcoologia revelou a necessidade de equilibrar permanentemente princípios éticos como autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, particularmente em situações de recaída, incumprimento terapêutico ou reduzida adesão ao programa. Tornou-se progressivamente claro que a construção de uma relação terapêutica segura, consistente e não estigmatizante constitui um dos principais instrumentos éticos da intervenção em dependências, permitindo sustentar esperança terapêutica mesmo perante percursos marcados por repetidos insucessos e recaídas.

Assim, a subcompetência A1 foi mobilizada na construção de estratégias terapêuticas em articulação com o utente (A1.1), respeitando o seu ritmo e motivação, e sustentando decisões no conhecimento científico sobre dependência (A1.2). Esta abordagem encontra suporte na entrevista motivacional, que privilegia a autonomia e a colaboração como princípios éticos e clínicos fundamentais (Miller & Rollnick, 2013).

A tomada de decisão ética (A2) revelou-se particularmente exigente na gestão da ambivalência, implicando adaptação constante da intervenção e reflexão sobre o impacto das estratégias utilizadas (A2.3). A necessidade de suspender o tratamento perante a presença de álcool constituiu um

momento de decisão clínica fundamentada, onde se articulou responsabilidade profissional com respeito pela pessoa.

A avaliação dessas decisões (A3) foi realizada através da observação da adesão ao tratamento e da resposta dos utentes às intervenções (A3.1), sendo estas situações discutidas em equipa (A3.2), promovendo aprendizagem coletiva.

No domínio da proteção dos direitos humanos (A4), destacou-se a operacionalização de princípios fundamentais da ética em saúde mental, particularmente no contexto das dependências, onde a vulnerabilidade, o estigma e a potencial restrição da autonomia coexistem de forma significativa. A garantia da confidencialidade da informação (A4.3) assumiu-se como condição estruturante da relação terapêutica, sobretudo num contexto em que o consumo de álcool está frequentemente associado a vergonha, ocultação e medo de julgamento social. A literatura evidencia que a perceção de segurança e confidencialidade constitui determinante crítico para a adesão ao tratamento em pessoas com perturbações aditivas (Livingston et al., 2012; Luoma et al., 2007). Neste sentido, assegurar a proteção da informação clínica não se traduz apenas numa exigência legal, mas numa intervenção terapêutica em si mesma, promotora de confiança e envolvimento.

O respeito pela privacidade e dignidade da pessoa (A4.4) revelou-se igualmente central, particularmente na gestão de situações associadas à recaída, negação ou incumprimento terapêutico. A abordagem adotada privilegiou uma postura não julgadora, evitando práticas potencialmente estigmatizantes ou moralizantes. Esta orientação encontra suporte nos modelos de cuidado centrado na pessoa e nos princípios da dignidade humana, que defendem que a pessoa deve ser reconhecida para além do seu comportamento ou diagnóstico, mantendo valor intrínseco independentemente da sua condição clínica (Gastmans, 2013; WHO, 2022).

A promoção da autonomia no processo terapêutico (A4.5) constituiu um eixo crítico da intervenção, particularmente num contexto marcado por ambivalência face à mudança. A prática evidenciou a importância de

estratégias que favorecem a autodeterminação, nomeadamente através da entrevista motivacional, da negociação de objetivos terapêuticos e do respeito pelo ritmo individual de mudança. Este posicionamento encontra enquadramento na teoria da autodeterminação, que sustenta que a motivação intrínseca e o sentimento de controlo sobre as decisões são determinantes para a mudança comportamental sustentada (Deci & Ryan, 2009; Miller & Rollnick, 2013).

Importa salientar que, em contextos de dependência, a promoção da autonomia não implica ausência de estrutura, mas antes um equilíbrio ético entre liberdade e responsabilidade, onde o enfermeiro especialista atua como facilitador do processo de decisão, sem substituir a autonomia da pessoa. Esta perspetiva é reforçada pelos modelos orientados para a recuperação, que enfatizam o papel ativo da pessoa na construção do seu percurso terapêutico e na reconstrução da sua identidade e projeto de vida (Slade, 2009).

No domínio da gestão das práticas de cuidados orientadas para a segurança, privacidade e dignidade da pessoa (A5), a experiência na UAP evidenciou a complexidade inerente à prestação de cuidados em contextos de elevada vulnerabilidade clínica, risco fisiológico e instabilidade comportamental.

A análise sistemática da informação clínica com vista à promoção de práticas seguras (A5.1 - “Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.” (OE, 2026, p.5)) constituiu um elemento central da intervenção, particularmente no contexto da desabitação alcoólica, onde o risco de complicações agudas (nomeadamente síndrome de abstinência alcoólica e *delirium tremens*) exige

vigilância contínua e tomada de decisão clínica informada. A literatura evidencia que a identificação precoce de sinais de risco e a monitorização estruturada constituem determinantes críticos para a prevenção de eventos adversos em contexto de alcoologia (NICE, 2010; Reoux & Miller, 2000).

A implementação de medidas de prevenção e identificação de práticas de risco (A5.2) foi operacionalizada através da monitorização rigorosa de sinais vitais, avaliação da alcoolemia, vigilância do estado mental e cumprimento de critérios clínicos para continuidade no programa terapêutico. A decisão de suspender a permanência no Hospital de Dia na presença de consumo ativo ilustra uma prática sustentada na segurança clínica, prevenindo riscos associados à interação medicamentosa, à instabilidade fisiológica e à integridade do ambiente terapêutico. Este tipo de decisão encontra suporte nos princípios da segurança do doente, que defendem a priorização da prevenção do dano como responsabilidade ética fundamental dos profissionais de saúde (WHO, 2021).

A adoção de uma conduta antecipatória (A5.3) revelou-se particularmente relevante, permitindo identificar precocemente sinais de desregulação emocional, ansiedade ou risco de recaída e ajustar a intervenção de forma preventiva. Esta abordagem alinha-se com os modelos de gestão de risco em saúde, que enfatizam a importância da antecipação e mitigação de eventos adversos antes da sua ocorrência (Reason, 2000).

Paralelamente, a gestão de incidentes e situações de prática potencialmente insegura (A5.4 – “Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.” (OE, 2026, p.5)) foi integrada numa lógica de aprendizagem e melhoria contínua, privilegiando uma cultura não punitiva e orientada para a análise das causas subjacentes. A literatura sobre segurança em saúde destaca que ambientes que promovem a comunicação aberta e a aprendizagem com o erro contribuem significativamente para a redução de eventos adversos e para a melhoria da qualidade dos cuidados (Vincent, 2010).

Importa salientar que, em contexto de dependência, a segurança não se limita à dimensão física, integrando igualmente dimensões psicológicas e relacionais. A criação de um ambiente terapêutico previsível, estruturado e emocionalmente seguro revelou-se fundamental para a

estabilização dos utentes, particularmente em fases iniciais de abstinência, marcadas por ansiedade, ambivalência e vulnerabilidade emocional. Este conceito é consistente com abordagens contemporâneas como o *trauma-informed care*, que enfatizam a importância de ambientes seguros e não ameaçadores na promoção da recuperação (SAMHSA, 2014).

Assim, a mobilização da competência A5 permitiu desenvolver uma prática clínica orientada para a segurança integral da pessoa, integrando prevenção de risco, vigilância clínica, antecipação de eventos adversos e promoção de ambientes terapêuticos seguros e dignos. Mais do que a aplicação de procedimentos, esta competência traduziu-se numa postura proativa, reflexiva e eticamente comprometida com a proteção da pessoa em todas as dimensões do cuidar.

De forma transversal aos três contextos clínicos, tornou-se evidente que a responsabilidade profissional, ética e legal não se traduz apenas no cumprimento normativo, mas constitui um processo dinâmico de deliberação moral, sustentado na integração de conhecimento, valores e reflexão crítica.

A literatura contemporânea reforça que a competência ética em enfermagem avançada implica capacidade de lidar com incerteza, ambiguidade e conflito de valores, exigindo maturidade profissional e desenvolvimento contínuo (Gastmans, 2013; ICN, 2021).

O percurso formativo permitiu compreender que a ética em saúde mental se concretiza na forma como o enfermeiro se posiciona perante a vulnerabilidade, o sofrimento, o risco, a autonomia limitada, a ambivalência e o estigma. Nos diferentes contextos, a prática especializada exigiu capacidade para sustentar decisões difíceis, proteger direitos, promover participação, assegurar confidencialidade, garantir segurança e preservar a dignidade da pessoa, mesmo em situações de elevada complexidade clínica e relacional.

Mais do que um domínio técnico, a responsabilidade profissional, ética e legal constitui o núcleo moral da prática especializada, orientando o EEESMP na construção de cuidados eticamente sustentados, clinicamente

adequados e humanamente significativos. O desenvolvimento desta competência revelou-se profundamente identitário, traduzindo-se na capacidade de estar na relação terapêutica com respeito, prudência, responsabilidade e compromisso com a pessoa enquanto sujeito de direitos, dignidade e singularidade.

Domínio B - Melhoria Contínua da Qualidade

“Desenvolve práticas de qualidade dinamizando iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e gerindo programas de melhoria contínua, em ambiente terapêutico e seguro.” (OE, 2026, p.5)

A melhoria contínua da qualidade constitui uma dimensão central da prática do Enfermeiro Especialista, traduzindo-se na capacidade de analisar criticamente os sistemas de cuidados, identificar oportunidades de melhoria e implementar intervenções sustentadas orientadas para a segurança, efetividade e centralidade na pessoa. Inserida no domínio B das competências comuns, esta competência ultrapassa a avaliação pontual das práticas, implicando a sua revisão sistemática, monitorização contínua e transformação sustentada, em alinhamento com os princípios da governação clínica (OE, 2026).

Do ponto de vista conceptual, a melhoria da qualidade em saúde encontra enquadramento nos modelos clássicos de avaliação e transformação dos cuidados, nomeadamente o modelo de Donabedian, que estrutura a qualidade em três dimensões interdependentes: estrutura, processo e resultados (Donabedian, 1988). Assenta também nos ciclos de melhoria contínua, como o modelo *Plan–Do–Study–Act* (PDSA), que enfatiza a natureza interativa, reflexiva e adaptativa dos processos de melhoria (Deming, 2018; Langley et al., 2009). Estes referenciais são particularmente relevantes em saúde mental, onde a complexidade clínica e a variabilidade contextual exigem abordagens dinâmicas e sensíveis ao contexto e continuamente ajustadas às necessidades da pessoa, família, grupos e comunidade.

No domínio da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a melhoria da qualidade adquire particular complexidade, uma vez que os

cuidados se desenvolvem em contextos marcados por elevada variabilidade sintomatológica, subjetividade relacional e forte influência significativa de determinantes sociais da saúde. Neste enquadramento, a qualidade não se reduz à padronização de procedimentos, mas implica a capacidade de integrar sistematização com individualização, garantindo coerência sem comprometer a singularidade da intervenção. Esta perspetiva é consistente com os modelos contemporâneos de cuidados centrados na pessoa, que enfatizam a necessidade de alinhar práticas clínicas com valores, preferências e contexto de vida dos utentes (Institute of Medicine, 2001; WHO, 2021).

Ao longo do percurso formativo, esta competência foi mobilizada de forma progressiva e diferenciada, evidenciando-se em múltiplos níveis, desde a prática clínica individual até à identificação de necessidades organizacionais, à proposta de melhorias assistenciais e à articulação entre prática baseada na evidência, segurança e governação clínica.

No contexto da Unidade de Recuperação e Reinserção Psicossocial do CHCF, o desenvolvimento das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade assumiu particular relevância através da capacidade de analisar criticamente as práticas clínicas, identificar oportunidades de melhoria e implementar intervenções estruturadas orientadas para ganhos em saúde mental. A mobilização desta competência ultrapassou a execução de atividades terapêuticas isoladas, implicando uma compreensão progressivamente mais avançada da qualidade enquanto processo contínuo de avaliação, monitorização, reformulação e governação clínica.

Neste enquadramento, a conceção, implementação e avaliação da intervenção psicoterapêutica grupal “O Círculo das Emoções” constituiu o principal exemplo de operacionalização das competências deste domínio. A intervenção emergiu da observação clínica sistemática de dificuldades persistentes ao nível da identificação emocional, expressão afetiva, comunicação interpessoal e regulação emocional nos utentes da unidade, muitos deles com doença mental grave e persistente, sintomatologia

negativa marcada e longos percursos de institucionalização. A identificação destas necessidades clínicas evidenciou a mobilização da competência B4.1 (“Identifica oportunidades de melhoria” (OE, 2026, p.6), permitindo reconhecer lacunas terapêuticas concretas na promoção das competências socioemocionais dos utentes.

A análise destas necessidades conduziu ao estabelecimento de prioridades interventivas (B4.2 – “Estabelece prioridades de melhoria.” (OE, 2026, p.6)) e à seleção de estratégias terapêuticas ajustadas às características cognitivas, emocionais e relacionais da população-alvo (B4.3 – “Seleciona estratégias de melhoria” (OE, 2026, p.6)). A estruturação progressiva das sessões, a integração de metodologias expressivas diferenciadas (musicoterapia, filmoterapia, *roleplay* e expressão corporal) e a adaptação contínua das dinâmicas às respostas emocionais observadas revelaram uma prática sustentada na individualização terapêutica e na adequação clínica e na intencionalidade da intervenção.

A mobilização da competência B1 (“Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade” (OE, 2026, p.6)) tornou-se evidente através da incorporação de conhecimento científico na conceção da intervenção e na fundamentação das decisões clínicas. A utilização de modelos teóricos relacionados com inteligência emocional, regulação afetiva, *recovery* e reabilitação psicossocial permitiu estruturar uma intervenção coerente com as necessidades observadas e sustentada em evidência científica atual. Paralelamente, a reflexão contínua sobre os resultados obtidos e sobre os ajustamentos necessários ao longo das sessões traduziu a incorporação do conhecimento na prática clínica (B1.3 – “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (OE, 2026, p.6)), reforçando uma lógica de prática reflexiva e reconstrução contínua da ação clínica, conforme descrito por Schön (1983).

A avaliação sistemática da intervenção permitiu operacionalizar a competência B3 (“Avalia a qualidade das práticas clínicas” (OE, 2026, p.6)), particularmente através da utilização de instrumentos estruturados de

avaliação e monitorização dos resultados terapêuticos. A aplicação da WLEIS-P em momentos pré e pós intervenção constituiu uma estratégia de avaliação objetiva dos ganhos obtidos, permitindo analisar alterações nas dimensões relacionadas com perceção emocional, compreensão emocional, utilização das emoções e regulação afetiva. Para além dos dados quantitativos, a observação clínica sistemática permitiu identificar melhorias qualitativas relevantes ao nível da participação grupal, comunicação emocional, tolerância à frustração e capacidade de autorreflexão dos participantes.

Importa salientar que a qualidade dos cuidados não foi entendida apenas numa dimensão procedimental ou instrumental, mas igualmente relacional e ambiental. A criação de um ambiente terapêutico emocionalmente seguro, autêntico e facilitador da expressão emocional revelou-se condição essencial para a efetividade terapêutica da intervenção, articulando-se diretamente com a competência B6 (“Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa/grupo” (OE, 2026, p.6)). Ao longo das sessões, tornou-se necessário gerir vulnerabilidades emocionais significativas, prevenir situações potencialmente desorganizadoras e adaptar continuamente a intervenção ao estado emocional e cognitivo dos utentes, garantindo contenção emocional, respeito pela individualidade e preservação da dignidade de cada participante.

Situações como a resistência inicial de alguns utentes à exposição emocional, sentimentos de humilhação associados à perceção de falha ou dificuldades na interação grupal exigiram intervenção clínica imediata e sensível por parte da equipa terapêutica. A gestão destes episódios implicou capacidade de antecipação terapêutica, reformulação das estratégias comunicacionais e manutenção de um espaço relacional seguro, evidenciando que a qualidade em saúde mental depende profundamente da capacidade do profissional para gerir o ambiente emocional do grupo e prevenir experiências potencialmente invalidantes ou retraumatizantes.

Paralelamente, a intervenção permitiu reconhecer a importância da monitorização contínua da prática e da reformulação terapêutica em função das respostas observadas, aproximando-se dos princípios dos programas de melhoria contínua da qualidade descritos no regulamento (B4.5 – “Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade” e B5.1 – “Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.” (OE, 2026, p.6)). A análise crítica das sessões, os momentos de supervisão clínica e a reflexão sistemática sobre os resultados obtidos favoreceram o desenvolvimento de uma postura clínica mais analítica, intencional e orientada para a qualidade dos cuidados.

Deste modo, a mobilização das competências do domínio B permitiu consolidar uma compreensão mais aprofundada da melhoria contínua da qualidade enquanto processo clínico, ético e relacional, sustentado na avaliação sistemática das práticas, na utilização de evidência científica e na criação de ambientes terapêuticos seguros, humanizados e promotores de *recovery* em saúde mental.

No contexto do PIAC, o desenvolvimento das competências associadas ao domínio da melhoria contínua da qualidade assumiu particular relevância ao nível da governação clínica em contexto comunitário, exigindo uma compreensão ampliada da qualidade enquanto fenómeno simultaneamente clínico, organizacional, relacional e sistémico. Mais do que a execução de intervenções terapêuticas isoladas, tornou-se progressivamente evidente que a qualidade em saúde mental comunitária depende da capacidade de construir respostas integradas, coerentes e adaptativas, capazes de articular diferentes sistemas de cuidados e reduzir a fragmentação assistencial frequentemente associada às populações infantojuvenis em situação de vulnerabilidade psicossocial.

Neste enquadramento, a mobilização da competência B1 revelou-se transversal a toda a prática desenvolvida. A intervenção clínica foi permanentemente sustentada em evidência científica atual relativa à saúde mental comunitária, intervenção familiar sistémica, competências parentais e prevenção precoce em saúde mental (B1.1 – “Detém conhecimentos

avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua.” (OE, 2026, p.6)), permitindo incorporar conhecimento científico na organização das estratégias terapêuticas e no acompanhamento dos sistemas familiares (B1.3 – “Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados” (OE, 2026, p.6)). A compreensão dos determinantes relacionais da vulnerabilidade emocional juvenil, bem como do impacto das competências socioemocionais parentais na adaptação psicossocial dos jovens, orientou de forma consistente a prática clínica desenvolvida.

A experiência no PIAC permitiu igualmente reconhecer que a qualidade em saúde mental comunitária depende profundamente da capacidade de articulação entre diferentes estruturas institucionais e níveis de cuidados. Neste sentido, a competência B2 (“Orienta projetos institucionais na área da qualidade” (OE, 2026, p.6)) assumiu expressão particularmente relevante através da colaboração interinstitucional estabelecida com escolas, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais (EMAT), cuidados de saúde primários, estruturas judiciais e recursos comunitários, promovendo maior continuidade assistencial, coerência interventiva e adequação das respostas às necessidades concretas dos jovens e respetivas famílias (B2.3 – “Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.” (OE, 2026, p.6)).

A observação da dinâmica organizacional do PIAC permitiu compreender que a definição de prioridades clínicas e organizacionais (B2.1 – “Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.” (OE, 2026, p.6)) e o planeamento estratégico das respostas terapêuticas (B2.2 – “Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.” (OE, 2026, p.6)) constituem elementos centrais da qualidade em saúde mental comunitária. A própria lógica de funcionamento do serviço, assente na não duplicação terapêutica, na distribuição diferenciada dos acompanhamentos e na

articulação permanente entre profissionais, refletia uma preocupação institucional clara com a redução da fragmentação dos cuidados, prevenção de intervenções contraditórias e promoção de continuidade relacional ao longo do processo terapêutico. Esta organização permitia minimizar riscos frequentemente invisíveis em saúde mental comunitária, nomeadamente descontinuidade assistencial, perda de informação clínica relevante, retraumatização relacional e escalada de comportamentos desadaptativos associada à incoerência interventiva entre sistemas.

Simultaneamente, tornou-se evidente que a melhoria contínua da qualidade em contexto comunitário exige capacidade de identificar precocemente vulnerabilidades e oportunidades de melhoria (B4.1), particularmente em situações de sofrimento emocional ainda não cristalizado em quadros psicopatológicos estruturados. A avaliação sistémica realizada nas consultas de acolhimento permitia frequentemente reconhecer necessidades subjacentes não explicitamente verbalizadas nos pedidos formais de referência, nomeadamente exaustão emocional parental, dificuldades de contenção afetiva, fragilidade dos vínculos familiares ou ausência de estratégias reguladoras no sistema relacional. Esta leitura clínica sustentava o estabelecimento de prioridades terapêuticas ajustadas (B4.2) e a seleção de estratégias de intervenção mais adequadas à singularidade de cada família (B4.3), em consonância com modelos contemporâneos de cuidados centrados na pessoa e na família.

A mobilização da competência B3 ocorreu através da utilização sistemática de evidência científica e referenciais teóricos na avaliação das intervenções desenvolvidas (B3.1 – “Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.” (OE, 2026, p.6)), bem como pela monitorização contínua da evolução das dinâmicas familiares, da adesão ao acompanhamento e da resposta dos sistemas às estratégias propostas. Embora o contexto comunitário não privilegiasse indicadores quantitativos rígidos, a avaliação da qualidade assumia expressão através da análise longitudinal da evolução relacional, da melhoria da comunicação intrafamiliar, da redução de comportamentos de risco e da capacidade

crescente de autorregulação emocional dos cuidadores e jovens acompanhados (B3.4 – “Analisa os resultados da avaliação efetuada.” (OE, 2026, p.6)). Esta abordagem permitiu compreender que, em saúde mental comunitária, muitos ganhos terapêuticos emergem sob formas subtis, relacionais e progressivas, exigindo modelos de avaliação clínica mais sensíveis à complexidade humana e sistêmica.

Foi precisamente neste contexto clínico e organizacional que emergiu a percepção de uma lacuna relevante entre a complexidade observada na prática assistencial e a limitada sistematização científica centrada nas percepções dos próprios cuidadores relativamente às suas competências socioemocionais. Embora a literatura evidencie de forma consistente a influência das competências parentais na adaptação psicossocial dos jovens, a experiência clínica revelou que a eficácia das intervenções dependia não apenas das competências objetivamente mobilizadas pelos cuidadores, mas igualmente da forma como estes percecionavam, interpretavam e significavam a sua própria capacidade de cuidar, regular emoções e responder às necessidades emocionais dos jovens.

Em múltiplas situações clínicas, tornou-se evidente que sentimentos persistentes de incompetência parental, culpa, insegurança educativa ou incapacidade relacional condicionavam significativamente a adesão às estratégias terapêuticas propostas, a consistência das práticas parentais e a própria capacidade de autorregulação emocional dos cuidadores. Esta observação permitiu reconhecer uma dimensão menos explorada da intervenção comunitária em saúde mental: a influência das percepções subjetivas de competência socioemocional parental enquanto variável potencialmente mediadora dos processos de mudança terapêutica.

A identificação desta necessidade constituiu um importante exercício de análise crítica da prática clínica e de identificação de oportunidades de melhoria (B4.1), favorecendo a emergência do projeto de investigação associado ao presente relatório. A opção pelo desenvolvimento de uma

Scoping Review orientada para as percepções, experiências e perspectivas dos cuidadores relativamente às suas competências socioemocionais representou, assim, uma tentativa de responder a uma necessidade epistemológica emergente da prática clínica, reforçando a articulação entre governação clínica, prática baseada na evidência e produção de conhecimento em enfermagem especializada.

No domínio da promoção de ambientes terapêuticos seguros (B6), a experiência clínica permitiu reconhecer que a segurança em saúde mental comunitária ultrapassa largamente a dimensão física, assumindo sobretudo natureza relacional, emocional e sistémica. A construção de espaços terapêuticos caracterizados por validação emocional, escuta não julgadora, previsibilidade relacional e respeito pela singularidade das famílias revelou-se essencial para o estabelecimento de alianças terapêuticas seguras e promotoras de mudança. Neste sentido, a intervenção junto dos cuidadores procurou fomentar ambientes familiares emocionalmente mais reguladores e protetores (B6.1 – “Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das percepções de segurança de uma pessoa/grupo.” (OE, 2026, p.6)), valorizando simultaneamente a participação ativa da família no processo terapêutico (B6.2 – “Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.” (OE, 2026, p.6)).

Paralelamente, a participação em reuniões multidisciplinares e momentos de discussão clínica favoreceu o desenvolvimento de uma cultura colaborativa orientada para a gestão partilhada do risco e para a construção coletiva de soluções terapêuticas ajustadas à complexidade dos casos acompanhados. Esta dinâmica permitiu compreender que a gestão do risco em saúde mental comunitária envolve frequentemente fatores menos visíveis e dificilmente protocoláveis, como desorganização relacional, invisibilidade clínica, vulnerabilidade social, retraimento emocional ou ausência de suporte familiar consistente. Neste sentido, a competência B7 (“Participa na gestão de risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais” (OE, 2026, p.6)) revelou-se particularmente relevante,

nomeadamente através da colaboração na organização do trabalho de forma a reduzir falhas de continuidade assistencial e incoerências interventivas (B7.5 – “Coopera na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.” (OE, 2026, p.6)), bem como da valorização da comunicação interdisciplinar enquanto estratégia preventiva de risco clínico.

Esta experiência permitiu compreender que a melhoria contínua da qualidade em saúde mental comunitária não se reduz à aplicação de normas, protocolos ou indicadores formais, mas constitui um processo dinâmico de reflexão crítica, adaptação permanente e aprendizagem organizacional contínua. A qualidade revelou-se, assim, inseparável da capacidade dos profissionais e das instituições para construir respostas flexíveis, integradas e humanizadas, capazes de sustentar segurança relacional, coerência terapêutica e continuidade de cuidados em contextos marcados por elevada complexidade psicossocial.

A literatura contemporânea reforça esta perspetiva ao defender que sistemas de saúde de elevada qualidade são aqueles que conseguem aprender continuamente com a prática, integrar diferentes saberes e adaptar-se à complexidade humana sem perder centralidade na pessoa e na comunidade (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018; WHO, 2021). Neste sentido, o desenvolvimento desta competência representou uma transição progressiva de uma visão predominantemente técnica da qualidade para uma compreensão avançada da qualidade enquanto construção clínica, organizacional, ética e relacional, característica do exercício profissional especializado e da prática avançada em ESMP.

No contexto da dependência alcoólica, a melhoria contínua da qualidade assumiu expressão estruturada através da identificação de variabilidade nas práticas de acolhimento ao Hospital de Dia da UAP. Esta análise crítica permitiu reconhecer uma oportunidade de melhoria (B4.1), evidenciando a capacidade de avaliar práticas à luz de critérios de qualidade, segurança e consistência assistencial.

A ausência de uniformização nos processos de acolhimento traduzia-se em potencial variabilidade na recolha de informação clínica, na definição de planos terapêuticos e na integração do utente no programa, configurando um risco para a qualidade e segurança dos cuidados. Esta identificação está alinhada com a literatura em segurança do doente, que reconhece a variabilidade não controlada como um dos principais fatores de risco para eventos adversos (Vincent, 2010).

Em resposta, foi desenvolvido um Guião de Consulta de Acolhimento, configurando uma intervenção alinhada com a subcompetência B4.4 (“Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática.” (OE, 2026, p.6)), ao traduzir a elaboração de um instrumento orientador de boas práticas clínicas. A sua construção implicou mobilização de conhecimento científico na área da qualidade (B1.1) e seleção de estratégias adequadas à melhoria da prática (B4.3), e incorporação de princípios de padronização segura, sem perda de flexibilidade clínica.

Esta intervenção integrou-se nos princípios da governação clínica, ao promover a uniformização de processos críticos, a melhoria da qualidade da informação clínica e a consistência na tomada de decisão. Paralelamente, evidencia participação em processos de planeamento estratégico da qualidade (B2.2), na medida em que estrutura uma etapa fundamental do percurso assistencial.

A organização sistemática da avaliação clínica, psicossocial e motivacional permitiu aproximar a prática da utilização de indicadores sensíveis à qualidade (B3.2 – “Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.” (OE, 2026, p.6)), contribuindo para a monitorização indireta da efetividade dos cuidados e para a melhoria da continuidade assistencial. O guião permitiu sistematizar dimensões relevantes da consulta de acolhimento, nomeadamente padrão de consumo, antecedentes pessoais e psiquiátricos, avaliação psicossocial, suporte familiar, estado emocional, motivação terapêutica, fatores de risco, necessidades prioritárias de intervenção, compreensão do contrato terapêutico e integração no funcionamento do programa.

Em síntese, o desenvolvimento das competências associadas ao domínio da melhoria contínua da qualidade permitiu compreender que a qualidade em ESMP ultrapassa largamente a dimensão técnico-procedimental, constituindo um processo clínico, organizacional, ético e relacional, sustentado na análise crítica das práticas, na utilização de evidência científica e na capacidade de transformar a experiência clínica em oportunidades de melhoria contínua. Ao longo dos diferentes contextos formativos, tornou-se progressivamente evidente que a promoção da qualidade exige não apenas capacidade de implementar intervenções estruturadas, mas também competência para avaliar resultados, monitorizar processos, identificar vulnerabilidades assistenciais e construir respostas terapêuticas mais seguras, coerentes e centradas na pessoa.

A mobilização das competências do domínio B permitiu desenvolver uma compreensão mais avançada da governação clínica enquanto processo dinâmico de aprendizagem contínua, reflexão crítica e adaptação permanente à complexidade humana e contextual do cuidado em saúde mental. A implementação de intervenções psicoterapêuticas estruturadas, a análise crítica das dinâmicas familiares em contexto comunitário e o desenvolvimento do Guião de Consulta de Acolhimento na UAP evidenciaram a capacidade de integrar conhecimento científico, avaliação sistemática e melhoria organizacional na prática clínica especializada.

Paralelamente, tornou-se evidente que a qualidade em saúde mental depende profundamente da criação de ambientes terapêuticos seguros, emocionalmente autênticos e relacionalmente consistentes, nos quais a pessoa possa vivenciar reconhecimento, participação e dignidade. Neste sentido, a melhoria contínua revelou-se inseparável da capacidade de construir relações terapêuticas seguras, promover continuidade assistencial e sustentar respostas humanizadas perante trajetórias marcadas por sofrimento psíquico, vulnerabilidade social e elevada complexidade relacional.

A experiência desenvolvida permitiu igualmente reconhecer que a prática avançada em ESMP implica uma postura profissional orientada para a problematização crítica da realidade clínica e para a produção de

conhecimento a partir da prática. A identificação de lacunas assistenciais e epistemológicas, particularmente no contexto comunitário, reforçou a compreensão do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança, produtor de conhecimento e elemento ativo na transformação qualitativa dos cuidados.

Deste modo, o desenvolvimento das competências do domínio B contribuiu significativamente para a consolidação de uma prática clínica mais reflexiva, sistematizada e cientificamente sustentada, reforçando a compreensão de que a excelência dos cuidados em saúde mental emerge da articulação entre evidência científica, sensibilidade relacional, pensamento crítico e compromisso ético com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Domínio C — Gestão de Equipas e Qualidade dos Cuidados

“Desenvolve a gestão da equipa de enfermagem, otimizando a sua resposta e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.” (OE, 2026, p.7)

A gestão de cuidados e da equipa constitui uma competência nuclear do exercício avançado em enfermagem, traduzindo-se na capacidade de organizar, supervisionar, coordenar e otimizar a resposta assistencial, garantindo a segurança, a qualidade e a adequação dos cuidados às necessidades da pessoa (OE, 2026). Integrada no domínio C das competências comuns do Enfermeiro Especialista, esta competência ultrapassa largamente a dimensão operacional da distribuição de tarefas, implicando capacidade de liderança clínica, tomada de decisão contextualizada, gestão de prioridades, articulação interdisciplinar e promoção de ambientes terapêuticos seguros, coerentes e centrados na pessoa.

Do ponto de vista conceptual, os modelos contemporâneos de gestão em saúde têm vindo a afastar-se de paradigmas estritamente hierárquicos e lineares, aproximando-se de abordagens baseadas na complexidade e na governação clínica. Estas perspetivas reconhecem os sistemas de cuidados como sistemas adaptativos complexos, nos quais os resultados emergem da interação dinâmica entre profissionais, utentes, organizações e contextos socioculturais (Plsek & Greenhalgh, 2001). Neste

enquadramento, gerir cuidados implica capacidade para interpretar variabilidade clínica, integrar múltiplas dimensões da experiência humana e adaptar continuamente as respostas assistenciais à singularidade das situações concretas.

Na área da ESMP, esta competência assume particular especificidade, uma vez que os processos assistenciais se desenvolvem frequentemente em cenários caracterizados por sofrimento psíquico intenso, vulnerabilidade relacional, instabilidade emocional, risco clínico e elevada imprevisibilidade terapêutica.

Consequentemente, a gestão de cuidados em saúde mental não se restringe à coordenação funcional das intervenções, mas implica capacidade para sustentar continuidade relacional, promover contenção terapêutica, gerir ambientes emocionais complexos e articular respostas multidimensionais ajustadas às necessidades da pessoa, família e comunidade.

A literatura contemporânea evidencia que a qualidade dos cuidados em saúde mental depende significativamente da capacidade das equipas para desenvolver modelos colaborativos, comunicação interdisciplinar eficaz e liderança clínica promotora de segurança psicológica, coerência assistencial e tomada de decisão partilhada (WHO, 2022; West et al., 2014). Neste sentido, o enfermeiro especialista assume um papel central enquanto elemento organizador do processo terapêutico, facilitador da articulação entre diferentes intervenções e promotor de continuidade e integração dos cuidados ao longo do percurso assistencial.

Por outro lado, a gestão clínica especializada exige capacidade de antecipação do risco, priorização terapêutica e tomada de decisão em situações frequentemente marcadas por ambiguidade e instabilidade. Em saúde mental, gerir implica simultaneamente proteger e promover autonomia, garantir segurança sem comprometer dignidade e equilibrar necessidades institucionais com centralidade na pessoa. Esta tensão permanente exige elevada maturidade clínica, competência ética e

capacidade reflexiva, constituindo uma dimensão distintiva da prática avançada em ESMP.

Ao longo do percurso formativo, esta competência foi mobilizada de forma progressiva e contextualizada nos diferentes cenários clínicos, evidenciando-se particularmente ao nível da organização do processo terapêutico, articulação interdisciplinar, gestão da continuidade assistencial, supervisão informal das dinâmicas terapêuticas e tomada de decisão clínica em contextos complexos. A experiência permitiu compreender que gerir cuidados em saúde mental significa, sobretudo, criar condições clínicas, relacionais e organizacionais que possibilitem intervenções terapêuticas consistentes, seguras e promotoras de recuperação.

No contexto do CHCF, a mobilização da competência comum relativa à gestão de equipas e de cuidados assumiu expressão particularmente relevante perante a complexidade clínica, relacional e organizacional inerente ao internamento psiquiátrico e aos processos de reabilitação psicossocial. A gestão de cuidados revelou-se, neste contexto, indissociável da capacidade de integrar informação clínica multidimensional, sustentar continuidade terapêutica e promover coerência assistencial em situações frequentemente marcadas por vulnerabilidade psíquica, flutuação funcional e necessidades relacionais complexas.

A operacionalização da competência C1 (“Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (OE, 2026, p.7)) tornou-se evidente na necessidade contínua de articular informação proveniente de múltiplas fontes clínicas, comportamentais e relacionais (C1.3 - “Afere a informação necessária para a tomada de decisão no processo de cuidar” (OE, 2026, p.7)), integrando observação do estado mental, funcionamento ocupacional, interação grupal, capacidade de autorregulação, adesão terapêutica e evolução funcional dos utentes. Esta capacidade de síntese clínica permitiu construir uma leitura mais integrada e contextualizada da pessoa, ultrapassando interpretações fragmentadas centradas exclusivamente na sintomatologia psiquiátrica.

A literatura em saúde mental evidencia que a tomada de decisão clínica em contextos psiquiátricos exige raciocínio clínico avançado e capacidade de integrar dados objetivos e subjetivos num processo contínuo de interpretação e reajustamento terapêutico (Benner et al., 2010). Neste contexto, a gestão de cuidados revelou-se profundamente associada à capacidade de compreender o significado clínico dos comportamentos, identificar precocemente sinais subtis de descompensação e ajustar intervenções em função da evolução relacional e emocional dos utentes.

A participação regular em reuniões multidisciplinares mobilizou igualmente a subcompetência C1.2 (“Colabora nas decisões da equipa de saúde” (OE, 2026, p.7)), permitindo integrar diferentes perspetivas profissionais na construção do plano terapêutico e compreender a gestão como processo eminentemente colaborativo e interdisciplinar. A articulação entre enfermagem, psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, serviço social e restantes profissionais revelou-se essencial para garantir continuidade, coerência e complementaridade das intervenções. Esta abordagem encontra sustentação nos modelos de colaboração interprofissional, que demonstram associação significativa entre trabalho colaborativo, qualidade assistencial, segurança e melhores resultados em saúde mental (Reeves et al., 2017).

Paralelamente, a participação ativa nas dinâmicas clínicas da unidade permitiu desenvolver progressivamente capacidade consultiva e de suporte à equipa (C1.1 - “Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa” (OE, 2026, p.7)), particularmente no âmbito das intervenções grupais, gestão emocional dos utentes e adaptação terapêutica das estratégias relacionais. Embora em contexto formativo, tornou-se possível contribuir para momentos de reflexão clínica conjunta, discussão terapêutica e análise das respostas emocionais observadas nos grupos, desenvolvendo gradualmente competências de liderança clínica informal e pensamento organizador do cuidado.

A implementação da intervenção psicoterapêutica “Círculo das Emoções” constituiu um dos momentos mais significativos de

operacionalização desta competência. Para além da dimensão psicoterapêutica, esta intervenção exigiu gestão clínica contínua ao nível do planeamento, organização e monitorização do processo grupal. A constituição dos grupos implicou análise prévia das características cognitivas, emocionais e relacionais dos participantes, recorrendo à integração de informação proveniente de instrumentos como o *Mini-Mental State Examination* (MMSE), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e WLEIS-P, bem como da observação clínica quotidiana. Esta organização refletiu capacidade de adequar recursos terapêuticos às necessidades específicas dos utentes, promovendo segurança emocional, funcionalidade grupal e maior efetividade terapêutica.

Durante as sessões, tornou-se igualmente necessário gerir dinâmicas emocionais complexas, episódios de isolamento, ansiedade de desempenho, conflito interpessoal e flutuações de participação, exigindo adaptação contínua das estratégias terapêuticas em tempo real. A gestão clínica do grupo implicou, assim, capacidade de antecipação, flexibilidade e contenção emocional, competências centrais na liderança terapêutica em saúde mental. Esta experiência permitiu compreender que gerir cuidados não corresponde apenas à coordenação técnica das intervenções, mas à capacidade de regular ambientes terapêuticos, sustentar segurança emocional e promover condições facilitadoras da participação e do *recovery*.

Simultaneamente, a mobilização da subcompetência C1.4 (“Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.” (OE, 2026, p.7)) evidenciou-se na capacidade de identificar situações que exigiam referenciação, reformulação terapêutica ou intervenção diferenciada de outros profissionais da equipa. O reconhecimento dos limites da intervenção autónoma constituiu elemento fundamental da gestão segura dos cuidados, particularmente em situações de agravamento clínico, instabilidade comportamental ou necessidades psicoterapêuticas específicas. Esta capacidade de referenciação e articulação reforça os princípios dos modelos integrados de cuidados, nos

quais a segurança e qualidade assistencial dependem da cooperação efetiva entre diferentes níveis e áreas de intervenção (WHO, 2021).

Importa ainda salientar que a gestão de cuidados em contexto psiquiátrico implicou frequentemente equilibrar necessidades institucionais com centralidade na pessoa, particularmente perante tensões entre segurança, autonomia e organização funcional da unidade. A observação de práticas potencialmente substitutivas da autonomia levou à reflexão crítica sobre a necessidade de reorganizar intervenções de enfermagem de forma mais promotora de participação, autodeterminação e funcionalidade, reforçando uma visão da gestão clínica alinhada com os modelos contemporâneos de recuperação e reabilitação psicossocial.

Deste modo, o desenvolvimento da competência comum C no contexto do CHCF permitiu consolidar uma compreensão mais avançada da gestão de cuidados enquanto processo clínico, relacional e organizacional complexo, centrado não apenas na eficiência operacional, mas sobretudo na capacidade de garantir continuidade terapêutica, coerência assistencial, segurança emocional e qualidade dos cuidados em saúde mental.

No contexto do PIAC, a gestão de cuidados assumiu uma natureza marcadamente articuladora e interdependente, exigindo integração contínua entre jovem, família, escola, serviços de saúde e recursos comunitários. A complexidade das situações acompanhadas evidenciou que a tomada de decisão clínica em saúde mental comunitária ultrapassa a intervenção centrada exclusivamente na pessoa, implicando compreensão sistémica das dinâmicas familiares, sociais e institucionais envolvidas.

A mobilização da subcompetência C1.2 evidenciou-se através da articulação permanente entre a enfermeira especialista, psicologia, psiquiatria, pedopsiquiatria, serviço social e instituições externas, nomeadamente CPCJ, escolas e tribunais. A discussão informal e formal dos casos permitia construir respostas terapêuticas mais coerentes e ajustadas à complexidade psicossocial apresentada pelos jovens e respetivas famílias. Neste contexto, tornou-se evidente que a qualidade da intervenção dependia

da capacidade de comunicação interprofissional e da construção de objetivos terapêuticos comuns.

Paralelamente, a subcompetência C1.3, revelou-se particularmente relevante durante os acolhimentos e acompanhamentos parentais. A avaliação não se limitava à identificação de comportamentos aditivos ou sintomas isolados, integrando informação emocional, relacional, familiar, escolar e social, permitindo compreender os fatores de vulnerabilidade e proteção presentes em cada situação. A recolha sistemática destes elementos sustentava decisões relativas ao encaminhamento para outras valências, necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e definição das estratégias de intervenção mais adequadas.

A especificidade do PIAC exigia igualmente mobilização da subcompetência C1.4. A articulação com diferentes estruturas da rede comunitária assumia particular importância perante situações que ultrapassavam o âmbito de intervenção direta do programa, exigindo encaminhamento e coordenação entre diferentes serviços. Esta dinâmica evidenciou a importância da continuidade de cuidados e da gestão integrada de casos em saúde mental comunitária, evitando fragmentação terapêutica e promovendo maior coerência assistencial.

A subcompetência C3.1 “Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados” (OE, 2026, p.7) tornou-se particularmente evidente na compreensão da organização assistencial do PIAC e dos critérios institucionais de articulação terapêutica. A impossibilidade de duplicação de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico com outras instituições evidenciou a aplicação prática de princípios de continuidade de cuidados, coerência terapêutica e gestão integrada de caso, em consonância com as orientações da Estratégia Nacional para a Saúde Mental e com os modelos de articulação em rede em saúde mental comunitária.

Em relação à subcompetência C3.2 “Implementa métodos de organização do trabalho adequados” (OE, 2026, p.7), revelou-se particularmente relevante perante a necessidade de adaptar continuamente

o processo assistencial à complexidade e variabilidade das situações acompanhadas. A gestão dos acolhimentos, definição de prioridades clínicas, articulação entre diferentes profissionais e organização das respostas de encaminhamento exigiam elevada flexibilidade organizacional e capacidade de adequação da intervenção às necessidades específicas de cada jovem e respetivo sistema familiar.

A mobilização da subcompetência C3.5 “Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade” (OE, 2026, p.7), evidenciou-se na capacidade de adequar os encaminhamentos e recursos disponíveis às necessidades efetivas dos jovens e famílias, evitando duplicação de intervenções e promovendo maior coerência assistencial. Esta gestão integrada revelou-se particularmente importante em contexto comunitário, onde a eficácia da resposta depende frequentemente da articulação funcional entre diferentes estruturas e níveis de cuidados.

No domínio da liderança colaborativa, destacou-se a mobilização da subcompetência C4.1 “Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa” (OE, 2026, p.7). O contacto com psicologia, psiquiatria, pedopsiquiatria, serviço social e terapia ocupacional permitiu compreender a complementaridade das diferentes áreas profissionais na resposta às necessidades complexas em saúde mental infantojuvenil, reconhecendo que a efetividade terapêutica depende da integração articulada dos diferentes contributos disciplinares.

Ainda na competência da adaptação do estilo de liderança, a subcompetência C4.2 “Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática” (OE, 2026, p.7), tornou-se evidente através da valorização de uma cultura relacional assente na colaboração, respeito mútuo e reflexão partilhada, observada nas interações entre os profissionais do PIAC. A existência de espaços de discussão informal dos casos clínicos favorecia a construção coletiva do pensamento clínico e contribuía para um ambiente terapêutico mais coeso e consistente.

A identificação da lacuna relativa às percepções dos cuidadores sobre as próprias competências socioemocionais, que posteriormente fundamentou o desenvolvimento do projeto de investigação associado ao presente relatório, permitiu mobilizar a subcompetência C4.5 “Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada” (OE, 2026, p.7). A emergência desta problemática a partir da prática clínica evidencia capacidade de transformar observação clínica em produção de conhecimento relevante para a melhoria futura das intervenções em saúde mental comunitária.

A adaptação contínua das estratégias de intervenção às necessidades específicas de cada jovem e família demonstrou que a gestão de cuidados em contexto comunitário exige flexibilidade, capacidade relacional e pensamento clínico contextualizado. Mais do que uma gestão centrada exclusivamente em recursos ou procedimentos, o PIAC evidenciou uma prática de coordenação terapêutica sustentada na articulação entre sistemas, na comunicação interdisciplinar e na construção colaborativa de respostas ajustadas à singularidade de cada contexto familiar e social.

No contexto da UAP, a competência de gestão de equipas e de cuidados assumiu particular complexidade devido à natureza multifatorial da dependência alcoólica, à oscilação motivacional característica destes processos e à necessidade de articulação contínua entre intervenções farmacológicas, psicoterapêuticas, psicoeducativas e psicossociais.

A gestão clínica observada neste contexto evidenciou que a efetividade terapêutica em alcoologia depende amplamente da coerência, estrutura e continuidade do processo assistencial, exigindo capacidade de integrar diferentes intervenções num plano terapêutico global centrado na pessoa.

A mobilização da competência C1 revelou-se particularmente evidente no acompanhamento do funcionamento do Hospital de Dia e na participação nos acolhimentos multidisciplinares dos utentes integrados em programa de desabituação alcoólica. A subcompetência C1.2 foi operacionalizada através da participação na discussão dos casos clínicos,

contribuindo para a construção de uma compreensão integrada das necessidades clínicas, emocionais e psicossociais dos utentes. A articulação entre enfermagem, medicina, psicologia e restantes profissionais permitia adequar continuamente as estratégias terapêuticas ao estado clínico, motivacional e funcional de cada pessoa.

Paralelamente, a subcompetência C1.3 assumiu particular relevância na monitorização clínica diária dos utentes em programa de desabituação. A avaliação sistemática de sinais vitais, sintomatologia de abstinência, comportamento, discurso, adesão terapêutica, estado emocional e resultados da alcoolemia permitia sustentar decisões relacionadas com segurança clínica, continuidade no programa terapêutico e necessidade de reajustamento das intervenções. Tornou-se evidente que, em alcoologia, pequenas alterações comportamentais, flutuações motivacionais ou manifestações subtis de ambivalência podem constituir indicadores clinicamente relevantes para a tomada de decisão terapêutica.

A mobilização da subcompetência C1.4 tornou-se igualmente evidente perante a identificação de necessidades que ultrapassavam o âmbito específico de intervenção da UAP, nomeadamente situações associadas a comorbilidade psiquiátrica, vulnerabilidade social, necessidades de acompanhamento em cuidados de saúde primários ou necessidade de articulação com outros dispositivos da rede de comportamentos aditivos e dependências. Esta dinâmica permitiu compreender a importância da referenciação adequada e da continuidade de cuidados enquanto componentes centrais da gestão integrada em saúde mental e dependências.

No domínio da competência C2, destacaram-se particularmente as intervenções desenvolvidas no contexto das sessões de relaxamento adaptadas do método progressivo de Jacobson. A implementação destas intervenções exigiu mobilização da subcompetência C2.3 “Utiliza técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar” (OE, 2026, p.7) através da demonstração sequencial dos

exercícios, orientação verbal estruturada e adaptação contínua das instruções às capacidades de concentração, ansiedade e tolerância emocional dos participantes.

Simultaneamente, a subcompetência C2.4 “Avalia a execução das tarefas delegadas” (OE, 2026, p.7) evidenciou-se através da observação contínua da capacidade dos utentes para acompanhar os exercícios, identificar sinais de desconforto físico ou emocional e adaptar o ritmo das sessões em função da resposta observada. Em diversos momentos tornou-se necessário reformular instruções, modular o ambiente terapêutico ou reajustar estratégias de relaxamento perante dificuldades de concentração, agitação psicomotora ou aumento transitório da ansiedade, operacionalizando igualmente a subcompetência C2.5 “Implementa as alterações necessárias na sequência da avaliação efetuada” (OE, 2026, p.7).

No domínio da competência C3 “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2026, p.7), destacou-se a compreensão progressiva da organização terapêutica do Hospital de Dia enquanto dispositivo estruturado de tratamento intensivo. A subcompetência C3.1, tornou-se evidente através da compreensão dos critérios terapêuticos de admissão e permanência no programa, nomeadamente a necessidade de abstinência, monitorização da alcoolemia e cumprimento do contrato terapêutico enquanto condições essenciais para segurança clínica e funcionamento do dispositivo assistencial.

A subcompetência C3.2 revelou-se na integração articulada das diferentes intervenções terapêuticas desenvolvidas ao longo do programa diário, assegurando coerência entre monitorização clínica, administração terapêutica, intervenções psicoeducativas, relaxamento e acompanhamento motivacional. Tornou-se evidente que a previsibilidade organizacional e a consistência do enquadramento terapêutico assumem elevada relevância em contextos de dependência, funcionando como elementos reguladores perante a ambivalência, impulsividade e instabilidade emocional frequentemente associadas ao processo aditivo.

Por outro lado, a subcompetência C3.5 manifestou-se na capacidade de adequar intervenções e recursos terapêuticos às necessidades específicas dos utentes, promovendo utilização racional dos dispositivos assistenciais disponíveis e favorecendo maior continuidade e efetividade do processo terapêutico. Esta gestão revelou-se particularmente relevante num contexto onde a adesão terapêutica, a motivação para a mudança e a prevenção da recaída dependem amplamente da coerência e integração das respostas assistenciais.

No domínio da competência C4 “Adapta o estilo de liderança, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e das pessoas” (OE, 2026, p.7) destacou-se a importância da integração progressiva na dinâmica multidisciplinar da UAP e da adaptação relacional aos diferentes contextos terapêuticos observados. A subcompetência C4.1 revelou-se através da compreensão da complementaridade entre enfermagem, medicina, psicologia e restantes profissionais no tratamento da dependência alcoólica, reconhecendo que a efetividade terapêutica emerge da articulação integrada entre diferentes saberes e intervenções.

Simultaneamente, a subcompetência C4.2 evidenciou-se na valorização de uma postura relacional colaborativa, consistente e terapêutica, particularmente importante em contextos marcados por fragilidade emocional, ambivalência e risco de abandono terapêutico. A capacidade de adaptar a comunicação, sustentar um ambiente relacional emocionalmente seguro e promover interações terapêuticas baseadas em respeito, validação e sem julgamento revelou-se central na facilitação da adesão e envolvimento dos utentes no processo terapêutico.

A elaboração da proposta de uniformização do acolhimento ao Hospital de Dia constituiu igualmente expressão da subcompetência C4.5. A identificação de variabilidade nos procedimentos de acolhimento e a construção de um guião estruturado evidenciaram capacidade de analisar

criticamente a prática e propor estratégias promotoras de maior coerência, segurança e qualidade assistencial.

Esta experiência permitiu compreender que a liderança clínica em enfermagem especializada não se expressa exclusivamente em funções hierárquicas formais, mas também na capacidade de influenciar positivamente os processos assistenciais, promover melhoria contínua e contribuir para a transformação qualificada das práticas clínicas.

A análise integrada dos diferentes contextos clínicos permitiu compreender que a gestão de equipes e de cuidados em ESMP ultrapassa amplamente uma dimensão técnico-organizacional ou meramente administrativa, constituindo uma competência clínica avançada, profundamente relacional, contextual e terapêutica. Ao longo do percurso formativo, tornou-se evidente que gerir cuidados em saúde mental implica capacidade para integrar informação complexa, sustentar continuidade assistencial, articular respostas multidisciplinares e adaptar continuamente as intervenções às necessidades emocionais, funcionais e sociais da pessoa, família e comunidade.

Nos diferentes contextos clínicos, a mobilização da competência comum C evidenciou-se através da tomada de decisão clínica contextualizada, da articulação interdisciplinar, da gestão da continuidade terapêutica e da adaptação dos recursos às especificidades de cada situação assistencial. No CHCF, destacou-se a necessidade de gerir ambientes terapêuticos marcados por elevada vulnerabilidade psíquica, institucionalização prolongada e complexidade relacional; no PIAC, tornou-se particularmente evidente a importância da coordenação entre sistemas familiares, educativos e comunitários; e na UAP, sobressaiu a relevância da estrutura terapêutica, da previsibilidade assistencial e da integração coerente de diferentes modalidades de intervenção em contexto de dependência alcoólica.

Paralelamente, a experiência permitiu compreender que a liderança clínica especializada não se expressa exclusivamente através de funções formais de coordenação hierárquica, mas sobretudo na capacidade de

influenciar positivamente os processos assistenciais, promover coerência terapêutica, facilitar comunicação interdisciplinar e criar condições relacionais e organizacionais favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados. Esta perspectiva encontra consonância com os modelos contemporâneos de liderança clínica em enfermagem, que valorizam a influência relacional, a colaboração e a capacidade de mobilizar equipas em torno de práticas centradas na pessoa e sustentadas na evidência científica (West et al., 2014).

A mobilização progressiva desta competência permitiu igualmente consolidar uma compreensão mais aprofundada da gestão enquanto processo ético e clínico complexo, particularmente em saúde mental, onde frequentemente se torna necessário equilibrar segurança e autonomia, proteção e autodeterminação, necessidades institucionais e centralidade na pessoa. Esta tensão permanente exigiu desenvolvimento de pensamento crítico, capacidade reflexiva e maturidade clínica crescente, favorecendo a transição de uma visão predominantemente operacional da gestão para uma compreensão mais integrada, terapêutica e humanizada do processo de cuidar.

Deste modo, o desenvolvimento da competência comum C ao longo do percurso formativo contribuiu decisivamente para a construção de um posicionamento profissional mais autónomo, reflexivo e organizador do cuidado, reforçando a compreensão de que gerir cuidados em ESMP significa, fundamentalmente, criar condições clínicas, relacionais e organizacionais que permitam intervenções terapêuticas seguras, coerentes, integradas e promotoras de *recovery*.

Domínio D — Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade no âmbito da praxis clínica especializada, considerando a evidência científica.” (OE, 2026, p.7)

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais constitui uma dimensão estruturante da prática do Enfermeiro Especialista, traduzindo-se na capacidade de mobilizar autoconhecimento, pensamento crítico e

evidência científica na construção de uma prática clínica consciente, reflexiva e em constante evolução (OE, 2026). Integrada no domínio D das competências comuns, esta ultrapassa largamente a aquisição de conhecimentos técnico-científicos, configurando-se como um processo contínuo de transformação da experiência clínica em conhecimento profissional significativo, contextualizado e potencialmente transformador da prática.

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este domínio implica que o enfermeiro “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade no âmbito da *praxis* clínica especializada, considerando a evidência científica” (OE, 2026, p.7), assumindo simultaneamente um papel de facilitador da aprendizagem e agente ativo no desenvolvimento do conhecimento disciplinar.

Esta conceptualização aproxima-se dos modelos contemporâneos de desenvolvimento profissional, que entendem a *expertise* clínica não como mera acumulação de experiência, mas como capacidade de interpretar criticamente a complexidade da prática, integrar múltiplas fontes de conhecimento e produzir respostas clínicas ajustadas à singularidade das situações humanas (Benner, 2001).

Do ponto de vista teórico, este processo encontra fundamento nos modelos de aprendizagem experiencial e prática reflexiva, que defendem que o conhecimento emerge da reflexão sistemática sobre a ação (Kolb, 1984; Schön, 1983). Neste enquadramento, o enfermeiro especialista não se limita a aplicar conhecimento, mas desenvolve a capacidade de pensar sobre a prática enquanto atua (*“reflection-in-action”*) e após a ação (*“reflection-on-action”*), permitindo a construção progressiva de *expertise* clínica.

No contexto da ESMP, esta competência assume particular profundidade conceptual e relacional. A especificidade do cuidado em saúde mental implica reconhecer que o principal instrumento terapêutico é frequentemente o próprio enfermeiro, sendo a qualidade da relação

terapêutica influenciada pela capacidade de autoconhecimento, regulação emocional, consciência relacional e maturidade pessoal do profissional.

Assim, a dimensão de “si” deixa de constituir apenas um recurso subjetivo individual, assumindo-se como componente clínica central na construção da relação terapêutica, na gestão emocional dos contextos assistenciais e na capacidade de sustentar presença terapêutica perante sofrimento psíquico, ambivalência, agressividade, vulnerabilidade ou desorganização emocional.

A literatura em saúde mental evidencia que profissionais com maior capacidade reflexiva e autoconsciência desenvolvem relações terapêuticas mais consistentes, apresentam maior tolerância à complexidade emocional e demonstram maior capacidade de adaptação clínica em contextos de elevada imprevisibilidade (Peplau, 1991; Barker, 2001).

Paralelamente, os modelos contemporâneos de prática avançada reconhecem que a aprendizagem profissional em saúde mental depende da integração contínua entre experiência clínica, reflexão crítica, supervisão, investigação e incorporação de evidência científica relevante (ICN, 2020).

Ao longo do percurso formativo, esta competência foi sendo desenvolvida de forma progressiva e transversal aos diferentes contextos clínicos, evidenciando-se na capacidade de reflexão crítica sobre a prática da análise das próprias respostas emocionais perante situações complexas, da gestão da relação terapêutica, da integração sistemática da evidência científica na tomada de decisão e da transformação de observações clínicas em oportunidades de desenvolvimento profissional e produção de conhecimento.

No domínio do autoconhecimento (D1 – “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.” (OE, 2026, p.8)), tornou-se particularmente evidente a importância de reconhecer a influência das próprias características pessoais na relação terapêutica.

No contexto do ensino clínico desenvolvido no CHCF, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assumiu uma dimensão profundamente transformadora, uma vez que a convivência terapêutica continuada com pessoas com doença mental grave e persistente exigiu não apenas aquisição de competências técnicas, mas sobretudo um processo progressivo de maturação clínica, emocional e relacional. A natureza do contexto, marcada pela cronicidade, vulnerabilidade relacional, desorganização psíquica e complexidade interpessoal, confrontou continuamente a prática com a necessidade de desenvolver consciência de si enquanto instrumento terapêutico, mobilizando processos de reflexão crítica, regulação emocional e reconstrução contínua do posicionamento profissional.

A mobilização da competência D1 “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2026, p.8) revelou-se particularmente evidente perante situações em que a relação terapêutica suscitava respostas emocionais intensas, nomeadamente sentimentos de impotência, frustração, ansiedade ou tendência para proteção face a utentes marcados por incapacidade de expressar emoções, empobrecimento relacional, desorganização do pensamento ou dependência institucional prolongada.

Nestes contextos, a subcompetência D1.1 (“Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar” (OE, 2026, p.8)) assumiu especial relevância, permitindo reconhecer emoções emergentes no aqui-e-agora da relação terapêutica e evitar respostas automáticas, defensivas ou excessivamente paternalistas. Esta capacidade de auto-observação crítica revelou-se fundamental para sustentar uma presença terapêutica mais consciente, regulada e intencional, em consonância com os modelos contemporâneos de regulação emocional, que identificam a consciência emocional como condição prévia à gestão eficaz das respostas emocionais em contexto clínico (Gross, 2015).

Simultaneamente, o reconhecimento da influência pessoal na relação profissional (D1.4 “Consciencializa a influência pessoal na relação

profissional.” (OE, 2026, p.8)) tornou-se particularmente evidente na compreensão de que determinadas características individuais (como maior tendência para a contenção emocional, necessidade de validação ou dificuldade em tolerar silêncio e lentidão relacional) interferiam diretamente na forma de comunicar, interpretar comportamentos e sustentar o encontro terapêutico.

A convivência com utentes marcados por longos percursos de institucionalização permitiu compreender que, em saúde mental, o silêncio, a aparente passividade ou a ausência de resposta imediata não representam necessariamente ausência de relação, exigindo do enfermeiro especialista elevada tolerância à ambiguidade e capacidade de permanecer terapêuticamente disponível mesmo perante reduzido retorno relacional.

A subcompetência D1.2 (“Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda” (OE, 2026, p.8)) evidenciou-se particularmente na necessidade de conter impulsos de resolução imediata ou de hiperintervenção perante situações de sofrimento psíquico persistente. Progressivamente, tornou-se evidente que ajudar em saúde mental nem sempre significa agir rapidamente, aconselhar ou resolver problemas, mas muitas vezes sustentar presença, validar sofrimento e respeitar o ritmo psíquico da pessoa. Esta compreensão representou uma transformação significativa do posicionamento clínico, permitindo transitar de uma lógica predominantemente interventiva para uma prática mais reflexiva, relacional e centrada na singularidade da experiência humana.

O reconhecimento dos próprios limites pessoais e profissionais (D1.3 – “Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.” (OE, 2026, p.8)) constituiu igualmente um elemento estruturante do desenvolvimento profissional, particularmente perante situações de sofrimento crónico, vulnerabilidade social e percursos marcados por múltiplas recaídas e perdas funcionais. A tomada de consciência de que nem todas as situações são passíveis de mudança imediata, e de que o processo terapêutico em saúde mental frequentemente evolui de forma

lenta, não linear e imprevisível, reforçou a importância da supervisão clínica, da reflexão partilhada e do suporte interdisciplinar enquanto dispositivos fundamentais de segurança emocional e crescimento profissional. A literatura sobre desenvolvimento da expertise clínica identifica precisamente o reconhecimento consciente dos próprios limites como marcador de maturidade profissional avançada, distinguindo práticas reflexivas de práticas rigidamente tecnicistas (Ericsson, 2004).

No domínio D2 “Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional” (OE, 2026, p.8) a experiência clínica exigiu capacidade contínua de adaptação emocional, relacional e comportamental perante contextos frequentemente imprevisíveis e emocionalmente exigentes.

A subcompetência D2.2 (“Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente” (OE, 2026, p.8)) revelou-se particularmente importante na gestão de situações de tensão grupal, instabilidade emocional ou retraimento relacional, exigindo capacidade de conter ansiedade, modular a comunicação e preservar estabilidade emocional perante comportamentos desafiantes ou reações emocionalmente intensas dos utentes.

Esta competência tornou-se particularmente evidente durante a implementação da intervenção psicoterapêutica “O Círculo das Emoções”, sobretudo em momentos de instabilidade emocional grupal. Um dos episódios mais significativos ocorreu quando um utente recusou participar numa atividade de dramatização por sentir incapacidade e medo do julgamento dos pares. A gestão desta situação exigiu contenção emocional, flexibilidade relacional e adaptação imediata da intervenção, mobilizando simultaneamente as subcompetências D2.3 (“Atua eficazmente sob pressão” (OE, 2026, p.8)) e D2.5 (“Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos” (OE, 2026, p.8)). Através de comunicação empática, validação emocional e reformulação gradual da proposta terapêutica, foi possível reduzir a ansiedade do utente e facilitar a sua integração progressiva no grupo, promovendo posteriormente maior envolvimento e autoconfiança.

De igual modo, situações de sensibilidade emocional observadas durante atividades como o “Jornal de Parede” evidenciaram a necessidade

de gerir microconflitos relacionais e prevenir experiências de humilhação, exclusão ou isolamento emocional. A observação atenta das dinâmicas grupais, associada à capacidade de intervenção precoce e reparadora, permitiu preservar a segurança emocional do grupo e reforçar um ambiente terapêutico contendor, seguro e emocionalmente regulador.

A implementação da intervenção “O Círculo das Emoções” constituiu também um espaço privilegiado de desenvolvimento da competência D3 “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (OE, 2026, p.8). A dinamização das sessões grupais permitiu mobilizar a subcompetência D3.1 (“Atua como formador oportuno em contexto de trabalho” (OE, 2026, p.8)), particularmente através da facilitação de processos de literacia emocional, reconhecimento afetivo e desenvolvimento de estratégias de regulação emocional junto dos utentes.

Simultaneamente, a identificação sistemática de dificuldades na nomeação, diferenciação e expressão emocional evidenciou a mobilização da subcompetência D3.2 (“Diagnostica necessidades formativas” (OE, 2026, p.8)), permitindo ajustar continuamente os conteúdos, estratégias terapêuticas e recursos utilizados às necessidades cognitivas e emocionais concretas dos participantes.

A adaptação de instrumentos visuais, dramatizações, musicoterapia e recursos simbólicos às limitações cognitivas e relacionais dos utentes refletiu igualmente a capacidade de favorecer processos de aprendizagem diferenciados (D3.4 – “Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.” (OE, 2026, p.8)), promovendo inclusão terapêutica e participação ativa mesmo em participantes com dificuldades significativas de verbalização ou abstração emocional. Neste contexto, tornou-se evidente que facilitar aprendizagem em saúde mental implica muito mais do que transmitir informação; implica criar condições emocionais e relacionais que permitam à pessoa experimentar segurança suficiente para pensar, sentir e transformar-se.

No domínio D4 “Suporta a prática clínica em evidência científica” (OE, 2026, p.8) a experiência desenvolvida evidenciou progressiva integração entre prática clínica, reflexão crítica e produção de conhecimento. A conceção, implementação e avaliação da intervenção dirigida “O Círculo das Emoções” implicaram mobilização contínua de evidência científica atualizada sobre inteligência emocional, intervenções grupais, psicoterapia expressiva e reabilitação psicossocial, refletindo a subcompetência D4.1 (“Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados” (OE, 2026, p.8)).

Paralelamente, a identificação das dificuldades dos utentes ao nível da literacia emocional, regulação afetiva e reconhecimento emocional permitiu mobilizar a subcompetência D4.2 (“Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação” (OE, 2026, p.8)), originando reflexão crítica sobre a necessidade de intervenções estruturadas nesta área em contexto de reabilitação psiquiátrica. A utilização da WLEIS-P, antes e após a intervenção, permitiu não apenas avaliar resultados terapêuticos, mas também desenvolver competências de análise crítica e interpretação clínica dos dados obtidos, reforçando uma prática sustentada em indicadores mensuráveis e evidência científica.

A reflexão sobre os ganhos observados nos participantes, nomeadamente na capacidade de identificação emocional, comunicação afetiva e autorregulação, mobilizou igualmente a subcompetência D4.5 (“Discute as implicações da investigação” (OE, 2026, p.8)), permitindo compreender a relevância clínica das intervenções psicoterapêuticas grupais enquanto instrumentos promotores de recuperação psicossocial e empoderamento emocional em pessoas com doença mental grave.

Por fim, o domínio D5 “Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada” (OE, 2026, p.8), tornou-se evidente na capacidade progressivamente desenvolvida de estruturar intervenções terapêuticas fundamentadas, sistematizar estratégias clínicas e integrar conhecimento multidisciplinar na construção de práticas especializadas consistentes. A elaboração dos planos de sessão, definição

de objetivos terapêuticos, adaptação metodológica às características cognitivas dos grupos e utilização de instrumentos de avaliação refletiram mobilização das subcompetências D5.1 (“Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada” (OE, 2026, p.8)), D5.2 (“Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes” (OE, 2026, p.8)) e D5.3 (“Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas” (OE, 2026, p.8)).

Neste percurso, tornou-se progressivamente evidente que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais não corresponde apenas à aquisição de competências académicas ou técnicas, mas sobretudo à construção de uma identidade clínica especializada, reflexiva e emocionalmente consciente. Em saúde mental, aprender implica inevitavelmente transformar-se enquanto profissional e enquanto pessoa, reconhecendo que a qualidade do cuidado depende não apenas do conhecimento científico mobilizado, mas também da capacidade de sustentar presença terapêutica, pensamento crítico e humanidade perante a complexidade do sofrimento psíquico.

No contexto do PIAC, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assumiu uma natureza profundamente sistémica, relacional e reflexiva, exigindo do EEESMP uma mobilização contínua de competências de autoconhecimento, adaptabilidade emocional, pensamento crítico e integração de conhecimento científico na prática clínica. A complexidade das dinâmicas familiares observadas, frequentemente marcadas por sofrimento emocional acumulado, fragilidade comunicacional, exaustão parental e dificuldades de regulação afetiva, confrontou continuamente a prática com a necessidade de desenvolver uma postura clínica simultaneamente técnica, ética e emocionalmente consciente.

A mobilização da competência D1 tornou-se particularmente evidente na intervenção junto de cuidadores emocionalmente sobrecarregados, cuja narrativa frequentemente despertava ressonâncias

emocionais intensas, nomeadamente sentimentos de compaixão, identificação, impotência ou tendência para assumir posicionamentos excessivamente protetores. Nestes contextos, a subcompetência D1.1 revelou-se essencial para reconhecer de que forma determinadas experiências pessoais, valores ou concepções implícitas sobre parentalidade poderiam interferir na leitura clínica das situações e na construção da relação terapêutica.

Progressivamente, tornou-se evidente que a intervenção em saúde mental comunitária exige elevada capacidade de suspender julgamentos simplistas e evitar leituras moralizantes sobre o funcionamento familiar, particularmente em situações marcadas por conflitualidade, inconsistência educativa ou dificuldades parentais persistentes. A subcompetência D1.2 assumiu, assim, especial relevância, permitindo desenvolver uma postura terapêutica mais reflexiva, empática e não culpabilizante, centrada na compreensão dos processos emocionais subjacentes ao comportamento parental e juvenil.

Simultaneamente, a subcompetência D1.4 tornou-se particularmente evidente perante situações em que a proximidade emocional com determinadas histórias familiares poderia influenciar a tendência para maior envolvimento afetivo, sobreinvestimento terapêutico ou dificuldade em tolerar ritmos lentos de mudança. A experiência permitiu compreender que, em contextos comunitários, o enfermeiro especialista constitui inevitavelmente parte integrante do sistema relacional em intervenção, sendo fundamental desenvolver consciência crítica sobre a forma como a sua presença, comunicação e posicionamento influenciam os processos terapêuticos.

Esta necessidade encontra suporte nos modelos contemporâneos de regulação emocional e co-regulação, que demonstram que os processos emocionais dos adultos influenciam diretamente a qualidade das interações familiares e o ajustamento emocional dos jovens (Morris et al., 2007; Crandall et al., 2015). Contudo, a experiência clínica permitiu compreender que esta influência não se restringe aos cuidadores, estendendo-se igualmente aos profissionais, cuja capacidade de autorregulação condiciona

significativamente a qualidade da relação terapêutica e da intervenção clínica.

No domínio D2, a prática desenvolvida no PIAC exigiu elevada flexibilidade clínica, emocional e relacional, particularmente perante sistemas familiares complexos, marcados por ambivalência, sofrimento emocional persistente e dinâmicas relacionais frequentemente instáveis. A subcompetência D2.2 revelou-se central na capacidade de sustentar intervenções terapêuticas em contextos de elevada intensidade emocional, evitando respostas defensivas, confrontativas ou excessivamente diretivas perante manifestações de resistência, culpabilização ou conflito familiar.

A adaptabilidade tornou-se particularmente evidente em situações onde diferentes elementos do sistema familiar apresentavam necessidades, expectativas e níveis de motivação distintos relativamente ao processo terapêutico. Nestes contextos, a capacidade de modular a comunicação, ajustar estratégias relacionais e reformular objetivos terapêuticos constituiu um elemento fundamental para manter a aliança terapêutica e coerência interventiva.

Paralelamente, a subcompetência D2.3, foi mobilizada em situações de maior instabilidade relacional, absentismo, sofrimento emocional parental ou risco psicossocial acrescido, exigindo capacidade de tomada de decisão clínica em contextos de incerteza e elevada complexidade emocional. Esta experiência permitiu compreender que a prática em saúde mental comunitária raramente segue trajetórias lineares ou previsíveis, exigindo do enfermeiro especialista capacidade permanente de adaptação, tolerância à ambiguidade e reorganização contínua da intervenção.

A integração simultânea de múltiplos sistemas (família, escola, serviços de saúde e recursos comunitários) reforçou igualmente a necessidade de desenvolver uma leitura ecológica da saúde mental, alinhada com o modelo bioecológico do desenvolvimento humano, que conceptualiza o comportamento como resultado da interação dinâmica entre sistemas interdependentes ao longo do tempo (Bronfenbrenner, 1979;

Bronfenbrenner & Morris, 2006). Neste enquadramento, tornou-se progressivamente evidente que compreender o sofrimento psíquico juvenil implicava necessariamente compreender os contextos relacionais, emocionais e sociais onde este emerge e se mantém.

O domínio D3 manifestou-se particularmente através das intervenções psicoeducativas dirigidas aos cuidadores, onde a facilitação de processos de reflexão emocional, reorganização comunicacional e desenvolvimento de competências parentais exigiu capacidade de adaptação da linguagem, adequação das estratégias educativas e promoção de ambientes relacionais seguros para aprendizagem.

A subcompetência D3.1 evidenciou-se na facilitação de momentos clínicos orientados para desenvolvimento de competências de comunicação assertiva, validação emocional, gestão de conflito e autorregulação parental, promovendo não apenas transmissão de conhecimento, mas sobretudo construção de consciência reflexiva sobre os próprios padrões relacionais e emocionais.

Simultaneamente, a observação recorrente de dificuldades dos cuidadores ao nível da identificação, compreensão e gestão das próprias emoções permitiu mobilizar a subcompetência D3.2, reconhecendo que muitas das dificuldades parentais observadas não decorriam exclusivamente de ausência de conhecimento técnico-educativo, mas sobretudo de fragilidade ao nível das competências socioemocionais e da perceção de autoeficácia parental.

Foi precisamente neste contexto que emergiu de forma particularmente significativa o desenvolvimento da competência D4. A observação sistemática de padrões relacionais marcados por desregulação emocional, insegurança parental e dificuldade de contenção afetiva revelou uma lacuna relevante entre a complexidade da prática clínica observada e o conhecimento sistematizado disponível sobre a perceção subjetiva dos cuidadores relativamente às suas próprias competências socioemocionais.

A mobilização da subcompetência D4.2, tornou-se particularmente evidente na identificação desta problemática enquanto questão científica relevante. Estudos contemporâneos demonstram que a regulação emocional parental constitui um dos principais preditores do desenvolvimento emocional e comportamental de crianças e adolescentes (Branje et al., 2020). Contudo, a experiência clínica no PIAC permitiu reconhecer uma dimensão menos explorada: a importância das percepções que os próprios cuidadores constroem acerca das suas competências emocionais enquanto determinantes dos seus comportamentos educativos, da sua autorregulação e da qualidade das interações familiares.

Foi precisamente esta convergência entre prática clínica, observação reflexiva e evidência científica que fundamentou o desenvolvimento do projeto de investigação associado ao presente relatório. A emergência deste objeto de estudo não resultou de uma abstração exclusivamente académica, mas da necessidade clínica de compreender fenómenos observados de forma recorrente na prática comunitária, traduzindo a capacidade de transformar experiência clínica em problema científico pertinente e epistemologicamente relevante.

Neste processo, a subcompetência D4.1 manifestou-se através da integração contínua de evidência científica contemporânea na análise das dinâmicas familiares, permitindo sustentar a prática clínica em modelos teóricos atualizados sobre autorregulação emocional, parentalidade e desenvolvimento socioemocional.

Por fim, o domínio D5 tornou-se evidente na capacidade progressivamente desenvolvida de estruturar intervenções clínicas mais sistematizadas, fundamentadas e coerentes com os referenciais científicos e éticos da enfermagem de saúde mental comunitária. A consolidação de uma leitura clínica mais integrada, ecológica e relacional permitiu desenvolver uma prática menos centrada na resolução imediata do sintoma e mais orientada para a compreensão dos processos emocionais e relacionais

subjacentes às dificuldades apresentadas pelos jovens e respetivos sistemas familiares.

Neste contexto, a aprendizagem ultrapassou claramente a dimensão técnica ou instrumental, configurando-se como processo profundo de transformação do olhar clínico, da identidade profissional e da capacidade de pensar criticamente a prática. Tornou-se progressivamente evidente que o exercício especializado em saúde mental comunitária exige não apenas conhecimento científico, mas capacidade de integrar reflexão, sensibilidade relacional, pensamento sistémico e produção de conhecimento, sustentando intervenções clínicas simultaneamente humanizadas, críticas e cientificamente fundamentadas.

No contexto da UAP, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais assumiu uma dimensão particularmente transformadora ao confrontar a prática clínica com fenómenos de ambivalência, recaída, sofrimento emocional crónico e vulnerabilidade relacional profundamente associados à dependência alcoólica.

A especificidade deste contexto exigiu não apenas aquisição de conhecimento técnico-científico sobre alcoologia, mas sobretudo desenvolvimento progressivo de maturidade clínica, adaptabilidade emocional, pensamento crítico e capacidade reflexiva perante trajetórias frequentemente marcadas por oscilação motivacional, resistência à mudança e fragilidade da autoeficácia.

A mobilização da competência D1, revelou-se particularmente relevante perante a necessidade de reconhecer e gerir reações emocionais emergentes na relação terapêutica com pessoas em situação de dependência. Em múltiplos momentos clínicos, tornou-se evidente que comportamentos como minimização do consumo, recaída repetida, resistência à intervenção ou aparente desinvestimento terapêutico poderiam suscitar sentimentos de frustração, impotência ou tendência para interpretações moralizantes caso não fossem adequadamente elaborados pelo profissional.

Neste enquadramento, a subcompetência D1.1 assumiu especial relevância, permitindo desenvolver maior consciência sobre a influência das próprias crenças, expectativas e representações implícitas acerca da dependência e da mudança comportamental. Progressivamente, tornou-se evidente que a compreensão da recaída enquanto componente expectável do processo terapêutico exigia desconstrução de perspetivas linearizadas sobre sucesso terapêutico, favorecendo uma prática mais compreensiva, realista e clinicamente sustentada.

A subcompetência D1.2 manifestou-se particularmente na necessidade de conter impulsos confrontativos ou excessivamente diretivos perante situações de negação, ambivalência ou reduzida consciência do problema. A experiência permitiu compreender que, em alcoologia, a eficácia terapêutica depende frequentemente da capacidade do profissional para tolerar ambivalência sem precipitar respostas coercivas, moralizantes ou centradas exclusivamente na abstinência imediata.

Esta compreensão encontra enquadramento nos princípios da Entrevista Motivacional, que conceptualiza a resistência não como característica intrínseca do utente, mas como fenómeno relacional influenciado pela postura do profissional (Miller & Rollnick, 2013).

Simultaneamente, a subcompetência D1.4 tornou-se particularmente evidente na compreensão de que determinadas atitudes do profissional (como urgência excessiva de mudança, necessidade de controlo terapêutico ou dificuldade em tolerar recaídas) podem interferir negativamente na construção da aliança terapêutica. A convivência clínica com pessoas em processo de desabitação alcoólica permitiu reconhecer que a relação terapêutica em dependências exige elevada capacidade de neutralidade terapêutica, autenticidade relacional e respeito pelo ritmo individual de mudança.

Relativamente ao domínio D2, a prática desenvolvida na UAP exigiu elevada capacidade de regulação emocional e adaptação clínica perante contextos marcados por instabilidade motivacional, sofrimento psicológico e

vulnerabilidade biopsicossocial significativa. A subcompetência D2.2 revelou-se particularmente importante na gestão de situações de ansiedade, irritabilidade, ambivalência ou frustração associadas ao processo de abstinência e desabitação.

A necessidade de sustentar intervenções consistentes em contextos frequentemente marcados por recaída, oscilação motivacional e resistência à mudança exigiu capacidade contínua de modulação emocional e manutenção de estabilidade relacional, evitando respostas reativas ou excessivamente confrontativas. Esta experiência encontra enquadramento no modelo transteórico da mudança, que conceptualiza a ambivalência como componente central e expectável do processo de transformação comportamental (Prochaska & DiClemente, 1983).

A subcompetência D2.3 tornou-se igualmente evidente durante o acompanhamento de utentes em programa de Hospital de Dia, particularmente em momentos associados a ansiedade intensa, *craving*, desconforto emocional ou instabilidade comportamental durante o processo de desabitação. Nestes contextos, revelou-se fundamental manter coerência terapêutica, estabilidade emocional e capacidade de adaptação da intervenção às necessidades emergentes do grupo.

A experiência permitiu compreender que, em alcoologia, a estabilidade emocional do profissional constitui frequentemente um elemento terapêutico estruturante, funcionando como modelo implícito de regulação emocional e previsibilidade relacional. A literatura contemporânea demonstra que a capacidade de autorregulação emocional dos profissionais influencia diretamente a qualidade da relação terapêutica, a adesão ao tratamento e os resultados clínicos em populações com dependências (Miller & Rollnick, 2013; Garland et al., 2014).

No domínio D3, destacou-se particularmente a dinamização das sessões de relaxamento adaptadas do método progressivo de Jacobson, desenvolvidas no contexto do Hospital de Dia. Estas intervenções constituíram uma expressão concreta da subcompetência D3.1, promovendo

nas utentes competências de autorregulação fisiológica, consciência corporal e gestão adaptativa da ansiedade.

A implementação destas sessões exigiu capacidade de adaptação da linguagem, adequação do ritmo terapêutico e observação contínua das respostas emocionais e fisiológicas dos participantes, particularmente perante utentes com reduzida capacidade de introspeção emocional ou elevada ativação ansiosa. Progressivamente, tornou-se evidente que muitos utentes apresentavam dificuldade significativa em reconhecer estados internos de tensão, ansiedade ou *craving* antes da emergência do comportamento de consumo, reforçando a importância das intervenções orientadas para desenvolvimento da consciência corporal e emocional.

A utilização de estratégias de relaxamento e regulação fisiológica encontra amplo suporte científico no contexto das dependências, sendo associada à redução da ansiedade, melhoria da autorregulação emocional e diminuição do *craving* (Garland et al., 2014; Zgierska et al., 2009). Contudo, a experiência clínica permitiu compreender que o valor destas intervenções ultrapassa a dimensão sintomática imediata, funcionando igualmente como experiências corretivas de autocontrolo, competência e autoeficácia em pessoas frequentemente marcadas por sentimentos persistentes de incapacidade e fracasso.

O domínio D4 manifestou-se de forma particularmente significativa através da integração contínua de conhecimento científico contemporâneo sobre dependência alcoólica, motivação para a mudança, recaída e intervenção psicoterapêutica em comportamentos aditivos. A subcompetência D4.1 revelou-se evidente na capacidade progressivamente desenvolvida de compreender a dependência alcoólica enquanto condição multifatorial, crónica e recidivante, influenciada simultaneamente por alterações neurobiológicas, fatores psicológicos, vulnerabilidade emocional e determinantes sociais (Volkow et al., 2016).

Esta compreensão permitiu desconstruir modelos moralizantes ou excessivamente voluntaristas da dependência, favorecendo uma leitura

clínica mais integrada, humanizada e sustentada em evidência científica contemporânea. Paralelamente, possibilitou compreender que a recaída não constitui necessariamente falha terapêutica, mas frequentemente parte integrante do processo de mudança, exigindo abordagens contínuas, não punitivas e centradas na recuperação progressiva.

A subcompetência D4.5 tornou-se particularmente evidente na reflexão crítica sobre os limites e potencialidades das intervenções terapêuticas observadas, nomeadamente na compreensão de que a adesão ao tratamento depende não apenas de informação ou aconselhamento, mas da capacidade de promover motivação intrínseca, autorregulação emocional e reconstrução de significado existencial perante o abandono do consumo.

Por fim, o domínio D5 revelou-se de forma particularmente significativa através do desenvolvimento do guião de acolhimento ao Hospital de Dia. A identificação de variabilidade nos procedimentos de acolhimento e integração dos utentes permitiu reconhecer a necessidade de maior sistematização e uniformização da prática clínica, mobilizando a subcompetência D5.3.

A elaboração deste instrumento implicou capacidade de análise crítica da prática, identificação de necessidades organizacionais e integração de conhecimento científico relativo ao acolhimento terapêutico, entrevista clínica, monitorização da abstinência e estruturação de programas de desabitação. Mais do que um instrumento técnico, o guião constituiu uma expressão concreta da transição progressiva de uma postura predominantemente observacional para uma prática mais crítica, participativa e orientada para melhoria contínua da qualidade.

Neste contexto, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais ultrapassou claramente a aquisição de competências instrumentais, configurando-se como processo contínuo de transformação da compreensão clínica da dependência, da relação terapêutica e do próprio papel do enfermeiro especialista em alcoologia. Tornou-se progressivamente evidente que a prática especializada neste domínio exige capacidade de integrar conhecimento científico, estabilidade emocional, pensamento crítico e

presença terapêutica consistente, sustentando processos de mudança frequentemente lentos, ambivalentes e profundamente humanos.

Síntese Integrativa das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Em síntese, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao longo dos diferentes contextos clínicos permitiu compreender que a prática avançada em ESMP não se constrói exclusivamente através da aquisição de conhecimentos técnico-científicos, mas sobretudo através de um processo contínuo de transformação pessoal, relacional e epistemológica. A progressiva integração entre experiência clínica, reflexão crítica, evidência científica e consciência de si enquanto instrumento terapêutico favoreceu a construção de uma identidade profissional mais madura, diferenciada e sustentada.

Nos diferentes contextos formativos, tornou-se evidente que o exercício especializado em saúde mental exige capacidade permanente de autorreflexão, tolerância à complexidade emocional, adaptação relacional e pensamento crítico perante situações frequentemente marcadas por sofrimento humano, ambivalência, vulnerabilidade e imprevisibilidade clínica.

O contacto com pessoas com doença mental grave, famílias em sofrimento relacional e indivíduos em processo de dependência permitiu reconhecer que a qualidade do cuidado depende não apenas do conhecimento mobilizado, mas da capacidade do enfermeiro especialista para sustentar presença terapêutica, regular as próprias emoções e construir relações clinicamente significativas.

Paralelamente, este percurso favoreceu o desenvolvimento progressivo de uma postura investigativa e cientificamente fundamentada, permitindo compreender que a prática clínica especializada deve constituir simultaneamente espaço de intervenção, reflexão e produção de conhecimento. A capacidade de transformar observações clínicas em questões relevantes de investigação, integrar evidência científica contemporânea na tomada de decisão e problematizar criticamente a prática

revelou-se central na consolidação de uma *praxis* avançada, reflexiva e orientada para a melhoria contínua dos cuidados.

A mobilização transversal dos domínios D1 a D5 evidenciou que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais implica muito mais do que aprender a cuidar; implica aprender a pensar criticamente o cuidado, a reconhecer a influência de si na relação terapêutica, a adaptar-se à complexidade dos contextos assistenciais e a construir conhecimento a partir da experiência vivida. Neste sentido, a aprendizagem profissional deixou de assumir um carácter meramente acumulativo ou instrumental, configurando-se como um processo contínuo de reconstrução do olhar clínico, da identidade profissional e da própria compreensão do cuidar em saúde mental.

Deste modo, o percurso formativo desenvolvido permitiu consolidar uma prática clínica mais reflexiva, consciente, humanizada e cientificamente sustentada, reforçando a compreensão de que o EEESMP é simultaneamente clínico, facilitador de aprendizagem, agente de mudança e produtor de conhecimento disciplinar.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

As competências específicas do EEESMP constituem o núcleo diferenciador da prática clínica avançada nesta área disciplinar, traduzindo-se na capacidade de compreender, interpretar e intervir terapêuticamente perante a complexidade do sofrimento psíquico, das transições humanas e das respostas desadaptativas aos processos de saúde-doença mental. Estas competências encontram-se formalmente enquadradas no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define o perfil clínico especializado do EEESMP e explicita a natureza singular da sua intervenção terapêutica.

Ao contrário das competências comuns, de natureza transversal e organizadora da prática avançada, as competências específicas situam-se no domínio da intervenção clínica diferenciada em saúde mental, exigindo elevada capacidade de julgamento clínico, integração de múltiplos referenciais teóricos e utilização intencional da relação terapêutica como instrumento central do cuidado. Neste enquadramento, o EEESMP distingue-se não apenas pelas intervenções que realiza, mas pela forma como compreende a experiência subjetiva do sofrimento, mobiliza processos terapêuticos e ajusta a intervenção à singularidade da pessoa, família, grupo ou comunidade.

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018, as competências específicas do EEESMP organizam-se em quatro áreas estruturantes: (1) “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.” (OE, 2018, p.2); (2) “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.” (OE, 2018, p.2); (3) “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a

saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.” (OE, 2018, p.2); e (4) “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.” (OE, 2018, p.4).

Esta organização evidencia uma concepção profundamente integrada e relacional da prática especializada, onde o cuidado em saúde mental ultrapassa a dimensão técnico-procedimental, exigindo capacidade de compreender a pessoa na sua singularidade biográfica, emocional, relacional e contextual. Conforme explanado no próprio regulamento, a especificidade da prática do EEESMP reside particularmente na mobilização de competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, sustentadas na utilização de si próprio como instrumento terapêutico.

Esta perspectiva encontra sólido suporte na tradição teórica da enfermagem psiquiátrica, particularmente na teoria interpessoal de Hildegard Peplau (1991), que conceptualiza a relação terapêutica como espaço privilegiado de crescimento, *insight*, reorganização emocional e transformação pessoal. Nesta linha conceptual, a qualidade da intervenção especializada não depende exclusivamente da adequação técnica das estratégias mobilizadas, mas da capacidade do enfermeiro para estabelecer relações terapêuticas significativas, interpretar os significados atribuídos pela pessoa à sua experiência de sofrimento e intervir de forma congruente com esses significados.

A evidência científica contemporânea reforça que intervenções centradas na pessoa, na relação e no contexto apresentam maior eficácia em saúde mental, particularmente quando sustentadas em modelos orientados para o *recovery*, que valorizam esperança, autodeterminação, empoderamento e reconstrução de identidade (Slade, 2009; WHO, 2022).

Neste enquadramento, a prática especializada em saúde mental convoca de forma singular a dimensão relacional do cuidar, onde presença

terapêutica, escuta ativa, autenticidade, contenção emocional e capacidade de sustentar complexidade assumem centralidade clínica.

Consequentemente, o desenvolvimento destas competências implica um processo contínuo de autoconhecimento, reflexão crítica e integração entre experiência vivida, conhecimento científico e maturação relacional. O EEESMP é simultaneamente técnico, clínico, terapeuta relacional e agente de transformação, sendo a sua prática profundamente influenciada pela capacidade de mobilizar consciência de si, estabilidade emocional e pensamento crítico perante contextos frequentemente marcados por vulnerabilidade, sofrimento e imprevisibilidade clínica.

Ao longo do percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos clínicos (internamento psiquiátrico, intervenção comunitária e cuidados especializados em comportamentos aditivos), estas competências foram sendo construídas de forma progressiva, situada e reflexiva, permitindo o contacto com múltiplas expressões do sofrimento psíquico e diferentes níveis de intervenção, desde a promoção da saúde mental até à reabilitação psicossocial.

Mais do que aquisição de técnicas ou consolidação de conhecimentos isolados, este percurso configurou uma transformação profunda do posicionamento clínico e relacional, marcada pela transição de uma prática predominantemente centrada na execução para uma prática terapêutica, reflexiva, contextualizada e cientificamente fundamentada. Esta evolução encontra consonância com os modelos contemporâneos de desenvolvimento da *expertise* clínica, que reconhecem que a competência avançada emerge da integração dinâmica entre experiência contextualizada, reflexão crítica e capacidade interpretativa (Benner, 2001).

Assim, as competências específicas do EEESMP não devem ser compreendidas como domínios fragmentados de atuação, mas como expressões integradas de uma prática clínica avançada, onde conhecimento, relação terapêutica, intencionalidade clínica e consciência ética se articulam de forma dinâmica e indissociável.

Neste enquadramento, os subcapítulos subsequentes apresentam a análise crítico-reflexiva das competências específicas desenvolvidas ao longo do percurso formativo, evidenciando a forma como foram mobilizadas nos diferentes contextos clínicos e como contribuíram para a consolidação de uma prática especializada em ESMP centrada na pessoa, relacionalmente competente, eticamente sustentada e orientada para ganhos efetivos em saúde mental.

1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

A competência específica “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” constitui o primeiro pilar estruturante do perfil do EEESMP, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Esta competência corresponde à Competência Específica F1, operacionalizada através da Unidade de Competência F1.1 (“Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas” (OE, 2018, p.2) evidenciando que a pessoa do enfermeiro constitui, simultaneamente, sujeito e instrumento do processo terapêutico.

Neste enquadramento conceptual, o desenvolvimento de consciência de si não corresponde a um atributo acessório da prática especializada, mas a uma condição clínica fundamental para o exercício terapêutico em saúde mental. O próprio regulamento explicita que a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, construída através de vivências relacionais, experiências clínicas e processos reflexivos, interfere diretamente na capacidade de estabelecer relações terapêuticas eficazes e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.

A centralidade desta competência encontra sólido suporte na tradição epistemológica da enfermagem psiquiátrica e nas abordagens contemporâneas da psicoterapia relacional. Hildegard Peplau (1991)

conceptualizou precocemente a relação interpessoal como núcleo terapêutico do cuidar em saúde mental, defendendo que o enfermeiro utiliza a própria personalidade de forma consciente e intencional para promover crescimento, *insight* e transformação no outro. Esta perspectiva foi posteriormente aprofundada pelos modelos psicodinâmicos e intersubjetivos, que demonstram que a qualidade da presença terapêutica, a capacidade de mentalização e a regulação emocional do profissional influenciam diretamente a aliança terapêutica e os resultados clínicos (Gelso & Hayes, 2007; Norcross & Lambert, 2019).

Do ponto de vista neuropsicológico e relacional, a consciência de si implica a capacidade de reconhecer, monitorizar e integrar emoções, pensamentos, sensações corporais, valores pessoais e padrões automáticos de resposta no decurso da interação terapêutica. Esta capacidade metacognitiva permite ao enfermeiro diferenciar o que pertence à experiência do cliente do que emerge da sua própria história emocional, reduzindo o risco de respostas reativas, encenações relacionais ou intervenções defensivas. Neste sentido, a autorregulação emocional e a capacidade reflexiva constituem dimensões centrais da competência clínica avançada em saúde mental, particularmente em contextos marcados por sofrimento intenso, ambivalência, agressividade, retraimento afetivo ou vulnerabilidade relacional.

O próprio Regulamento das Competências Específicas explicita esta dimensão ao definir como critérios da competência F1.1 a capacidade de identificar, no aqui-e-agora, emoções, sentimentos, valores e fatores pessoais suscetíveis de interferir na relação terapêutica (F1.1.1¹), gerir fenómenos de transferência e contratransferência (F1.1.2²), manter limites terapêuticos adequados (F1.1.3³) e monitorizar continuamente as próprias

¹ “Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.” (OE, 2018, p.2)

² “Gere os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de si próprio na relação terapêutica.” (OE, 2018, p.2)

³ “Mantém o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.” (OE, 2018, p.2)

respostas emocionais, corporais e comportamentais durante o processo terapêutico (F1.1.4⁴).

A literatura contemporânea reforça que profissionais com maior capacidade reflexiva e consciência emocional apresentam maior eficácia relacional, melhor capacidade de contenção emocional e menor risco de desgaste profissional ou *burnout*, particularmente em contextos de elevada exigência interpessoal como a saúde mental e psiquiatria (Fonagy & Allison, 2014; Rudaz et al., 2017).

Neste enquadramento, a consciência de si deve ser compreendida como uma competência dinâmica, relacional e permanentemente reconstruída através da experiência clínica, supervisão, reflexão crítica e desenvolvimento pessoal. Não se trata apenas de “conhecer-se”, mas de desenvolver capacidade contínua de auto-observação e autorregulação em contextos relacionais complexos, utilizando esse conhecimento de forma intencional ao serviço do cuidado.

Ao longo do percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos clínicos (internamento psiquiátrico, intervenção comunitária e cuidados especializados em dependências), esta competência foi progressivamente consolidada através da exposição a situações emocionalmente exigentes, onde a relação terapêutica implicou um exercício contínuo de auto-observação, gestão emocional e reflexão crítica sobre o impacto da própria presença no processo terapêutico.

Mais do que um processo de aquisição técnica, o desenvolvimento desta competência configurou uma transformação profunda do posicionamento clínico e relacional, permitindo compreender que, em saúde mental e psiquiatria, o principal instrumento terapêutico não é apenas a técnica utilizada, mas a forma como o enfermeiro se posiciona, se relaciona e mobiliza a própria presença no encontro clínico.

No contexto do internamento psiquiátrico desenvolvido no CHCF a interação com pessoas com doença mental grave e persistente,

⁴ “Monitoriza as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.” (OE, 2018, p.2)

frequentemente associada a limitações comunicacionais significativas, limitação funcional e empobrecimento relacional, colocou em evidência a centralidade do autoconhecimento enquanto instrumento clínico da prática especializada em saúde mental. Neste contexto, tornou-se progressivamente evidente que a qualidade da intervenção terapêutica dependia não apenas do conhecimento técnico-científico mobilizado, mas da capacidade de reconhecer, compreender e regular as próprias respostas emocionais, cognitivas e corporais emergentes na relação terapêutica, em consonância com o definido na competência específica F1 do Regulamento n.º 515/2018

A mobilização da unidade de competência F1.1 revelou-se particularmente evidente perante situações em que os utentes manifestavam esforço comunicativo significativo sem conseguirem expressar de forma inteligível as suas necessidades, ideias ou vivências internas. Nestes momentos, emergiam sentimentos de frustração, impotência e, por vezes, ansiedade perante a impossibilidade de compreender plenamente o outro.

A identificação consciente destas reações emocionais no aqui-e-agora (F1.1.1) permitiu evitar respostas automáticas centradas exclusivamente na eficácia comunicativa, recentrando a intervenção na qualidade da presença terapêutica, na contenção emocional e na validação da experiência subjetiva do utente. Esta experiência permitiu compreender que, em saúde mental, particularmente em contextos de maior desorganização psíquica, o valor terapêutico da presença, da disponibilidade emocional e da capacidade de “estar com” frequentemente antecede qualquer objetivo instrumental da comunicação.

Tal perspetiva encontra suporte na teoria interpessoal de Peplau, que conceptualiza a relação terapêutica como núcleo transformador do cuidado em enfermagem psiquiátrica (Peplau, 1991).

Paralelamente, a convivência quotidiana com utentes institucionalizados há longos períodos confrontou expectativas pessoais prévias relativas à autonomia, funcionalidade e participação social. Situações em que os utentes demonstravam desconhecimento acerca da

própria situação financeira, incapacidade para identificar rendimentos ou dificuldade em compreender conceitos básicos associados à gestão do quotidiano suscitaram sentimentos de impotência, tristeza e inquietação perante a magnitude da perda de agência associada à institucionalização prolongada. A identificação destas respostas internas (F1.1.1) permitiu reconhecer o risco de desenvolver atitudes excessivamente protetoras ou substitutivas, potencialmente reforçadoras de dependência institucional. Neste sentido, tornou-se necessário mobilizar conscientemente estratégias relacionais orientadas para a promoção da autonomia possível, da participação ativa e da valorização das capacidades preservadas, alinhando a intervenção com os princípios da reabilitação psicossocial e dos modelos de *recovery*, que enfatizam autodeterminação, esperança e participação significativa, mesmo perante doença mental grave e persistente (Slade, 2009).

A própria interação relacional constituiu igualmente um espaço privilegiado de desenvolvimento da subcompetência F1.1.2, particularmente na gestão de fenómenos transferenciais, resistências e impacto do próprio profissional na relação terapêutica. Alguns utentes evidenciavam elevada necessidade de validação emocional, procura constante de proximidade ou marcada sensibilidade às expressões afetivas dos profissionais, reagindo de forma intensa a alterações subtis de disponibilidade relacional. A capacidade de reconhecer estas dinâmicas permitiu compreender que determinadas manifestações relacionais não correspondiam meramente a “dependência” ou “manipulação”, mas constituíam frequentemente expressão de necessidades emocionais profundas, insegurança vincular ou procura de contenção afetiva.

Simultaneamente, tornou-se necessário reconhecer o impacto emocional destas interações no próprio profissional, evitando respostas reativas, distanciamento defensivo ou envolvimento excessivo. Esta capacidade de monitorizar os processos relacionais emergentes encontra suporte na literatura psicodinâmica contemporânea, que identifica a

consciência da transferência e contra-transferência como elemento central da prática terapêutica segura e eficaz (Gelso & Hayes, 2007).

A manutenção do contexto e limites da relação terapêutica (F1.1.3) assumiu igualmente particular relevância neste contexto clínico, sobretudo pela proximidade relacional construída ao longo do internamento e pela vulnerabilidade emocional de alguns utentes. Tornou-se evidente que a construção de uma relação terapêutica significativa não implica fusão emocional ou ausência de limites, mas exige capacidade de sustentar simultaneamente proximidade e diferenciação profissional. Em múltiplas situações, foi necessário gerir pedidos de atenção constante, tentativas de prolongamento excessivo da interação ou expectativas relacionais incompatíveis com os limites terapêuticos, assegurando uma postura consistente, ética e emocionalmente reguladora. Esta competência revelou-se essencial para preservar a integridade do processo terapêutico e prevenir fenómenos de dependência relacional ou desgaste emocional do profissional, conforme amplamente descrito na literatura sobre limites terapêuticos em saúde mental (Gabbard, 2017).

A subcompetência F1.1.4 evidenciou-se de forma particularmente significativa na monitorização das próprias reações corporais, emocionais e comportamentais durante o processo terapêutico. A proximidade física, o contacto interpessoal intenso e a imprevisibilidade de determinados comportamentos despertaram inicialmente respostas somáticas subtis, como aumento de tensão muscular, hipervigilância ou desconforto corporal, particularmente em interações mais invasivas ou emocionalmente intensas. A capacidade de reconhecer estas manifestações corporais enquanto informação clínica relevante permitiu integrá-las de forma reflexiva no processo terapêutico, evitando respostas defensivas.

A literatura contemporânea sobre consciência somática e regulação interpessoal demonstra que a monitorização das respostas corporais do terapeuta constitui um recurso clínico relevante na compreensão da

dinâmica relacional e na promoção de intervenções mais reguladoras e terapeuticamente eficazes (Ogden et al., 2006; Fonagy & Allison, 2014).

Adicionalmente, a implementação e dinamização da intervenção grupal “Círculo das Emoções” constituiu um espaço particularmente relevante de aprofundamento desta competência. A condução de grupos terapêuticos implicou monitorização contínua do impacto emocional das intervenções, gestão das próprias inseguranças enquanto facilitadora e capacidade de adaptação perante reações emocionais inesperadas dos participantes.

Situações de resistência, retraimento ou desorganização emocional exigiram capacidade de manter estabilidade emocional, contenção e autenticidade relacional, reconhecendo simultaneamente o impacto subjetivo dessas experiências no próprio profissional. Esta vivência permitiu compreender, de forma particularmente concreta, que o enfermeiro especialista em saúde mental não utiliza apenas técnicas terapêuticas, mas utiliza-se a si próprio enquanto instrumento terapêutico, sendo a consciência reflexiva sobre o próprio funcionamento condição essencial para intervenções seguras, éticas e clinicamente eficazes.

Deste modo, o desenvolvimento da competência específica F1 no contexto do CHCF ultrapassou largamente uma dimensão introspectiva individual, configurando-se como processo clínico-relacional profundamente articulado com a qualidade da intervenção terapêutica. A experiência permitiu compreender que o autoconhecimento não constitui um atributo acessório da prática especializada, mas uma competência nuclear que sustenta a capacidade de estabelecer relações terapêuticas autênticas, reguladoras e transformadoras, particularmente em contextos marcados por sofrimento psíquico grave, vulnerabilidade relacional e institucionalização prolongada.

No contexto da comunidade, desenvolvido no PIAC, o desenvolvimento da competência específica F1 revelou-se particularmente exigente pela natureza relacional, preventiva e familiar da intervenção em saúde mental comunitária. A interação com jovens e famílias em situação de

vulnerabilidade emocional, frequentemente marcada por conflitualidade relacional, dificuldades de comunicação, fragilidade socioemocional e ausência de consciência crítica relativamente aos fatores contextuais implicados nos comportamentos de risco, exigiu um exercício contínuo de autoconhecimento, autorregulação emocional e reflexão crítica sobre o impacto do próprio profissional na relação terapêutica.

A mobilização da subcompetência F1.1.1 revelou-se particularmente significativa durante os acolhimentos e acompanhamentos parentais, onde a exposição a contextos familiares marcados por desorganização relacional, conflitualidade persistente ou défices de mentalização parental despertava respostas emocionais internas potencialmente julgadoras. Em diversas situações, emergiam sentimentos de perplexidade, frustração ou inquietação perante a aparente ausência de consciência crítica de alguns cuidadores relativamente ao impacto das suas próprias atitudes nos comportamentos e sofrimento emocional dos filhos. A identificação destas reações no aqui-e-agora permitiu reconhecer o risco de interpretações moralizantes ou excessivamente simplificadoras das dinâmicas familiares, recentrando a intervenção numa postura compreensiva, reflexiva e não julgadora. Este processo de monitorização interna encontra sustentação nos modelos de prática reflexiva de Schön (1983), que defendem a consciência crítica dos próprios pressupostos, emoções e vieses como condição essencial para uma prática clínica ética e terapeuticamente eficaz.

Paralelamente, a desconstrução progressiva de expectativas prévias relativamente às famílias acompanhadas constituiu um momento particularmente relevante de desenvolvimento pessoal e profissional. A antecipação inicial de encontrar predominantemente famílias “disfuncionais”, altamente desestruturadas ou distantes da própria realidade sociocultural foi progressivamente substituída pela perceção da complexidade, heterogeneidade e humanidade transversal destes contextos familiares. O reconhecimento de aspetos relacionais, emocionais ou educativos comuns à experiência pessoal favoreceu um processo de identificação empática e

redução de estereótipos implícitos, promovendo uma postura clínica mais autêntica, humanizada e culturalmente sensível.

Esta transformação interna permitiu compreender que os comportamentos aditivos e as dificuldades emocionais emergem frequentemente em contextos multifatoriais, onde sofrimento, vulnerabilidade e estratégias disfuncionais de adaptação coexistem com tentativas legítimas de cuidado e proteção parental. Tal perspectiva é congruente com os princípios da prática culturalmente sensível e centrada na pessoa, que enfatizam a necessidade de compreender os indivíduos e famílias nos seus contextos socioculturais específicos, evitando leituras reducionistas ou patologizantes (Betancourt et al., 2005).

A subcompetência F1.1.2 evidenciou-se de forma particularmente relevante na gestão das dinâmicas relacionais estabelecidas com famílias caracterizadas por baixa regulação emocional, comunicação ambivalente e ausência de consenso parental. Em diversos momentos, foi possível identificar fenômenos relacionais complexos, nomeadamente expectativas implícitas de validação, procura de alianças emocionais ou tentativas de legitimação de posicionamentos parentais contraditórios.

A observação destas dinâmicas exigiu capacidade de reconhecer o impacto emocional produzido no próprio profissional, evitando respostas reativas, alinhamentos inconscientes ou posicionamentos excessivamente diretivos. Tornou-se progressivamente evidente que algumas manifestações relacionais, inicialmente percebidas como resistência ou hostilidade, constituíam frequentemente expressões defensivas associadas a sentimentos de culpa, medo, desorganização emocional ou fragilidade vincular.

Esta capacidade de compreender os fenômenos transferenciais e contra-transferenciais enquanto elementos constitutivos da relação terapêutica encontra suporte na literatura psicodinâmica contemporânea, que reconhece a consciência destes processos como essencial para intervenções clínicas seguras e emocionalmente reguladoras (Gelso & Hayes, 2007).

Simultaneamente, a manutenção dos limites da relação terapêutica (F1.1.3) assumiu particular relevância num contexto comunitário caracterizado pela proximidade relacional e pela forte carga emocional das narrativas familiares. Em situações marcadas por sofrimento parental intenso, exposição prolongada a conflitos familiares ou elevada vulnerabilidade psicossocial, emergia frequentemente a tendência para assumir uma postura excessivamente reparadora ou protetora. O reconhecimento consciente desta predisposição permitiu recentrar a intervenção numa lógica de facilitação reflexiva e empoderamento, evitando respostas substitutivas ou diretivas que comprometessem a autonomia familiar. Neste contexto, tornou-se evidente que sustentar limites terapêuticos consistentes não corresponde a distanciamento emocional, mas à capacidade de preservar um espaço relacional seguro, ético e terapeuticamente estruturante. A literatura evidencia que a manutenção clara dos limites profissionais constitui um fator protetor contra envolvimento excessivo, desgaste emocional e perda de eficácia terapêutica, particularmente em contextos de elevada intensidade relacional (Gabbard, 2017).

A mobilização da subcompetência F1.1.4 tornou-se igualmente evidente através da monitorização contínua das próprias reações corporais, emocionais e comportamentais durante os processos de acolhimento e acompanhamento parental.

Situações de elevada tensão familiar, comunicação hostil entre cuidadores ou exposição a narrativas de sofrimento emocional intenso despertavam respostas somáticas subtis, como hipervigilância, tensão muscular ou aumento da ativação emocional. A capacidade de reconhecer estas manifestações corporais enquanto indicadores relevantes da dinâmica relacional permitiu integrá-las reflexivamente na compreensão clínica da interação, evitando respostas impulsivas, defensivas ou evitantes.

Progressivamente, tornou-se evidente que o corpo do profissional também participa na relação terapêutica, funcionando como espaço de

recepção e tradução emocional da experiência relacional vivida. Esta perspectiva encontra sustentação na literatura contemporânea sobre regulação interpessoal e consciência somática, que identifica a monitorização corporal do terapeuta como recurso clínico relevante na promoção de intervenções mais reguladoras e sintonizadas emocionalmente (Ogden et al., 2006; Fonagy & Allison, 2014).

A própria natureza observacional do estágio constituiu igualmente um importante espaço de desenvolvimento desta competência. A observação das consultas através de espelho unidirecional implicou um exercício contínuo de monitorização do impacto da própria presença, mesmo não participante diretamente na interação terapêutica. A consciência de que a simples presença do observador poderia influenciar a dinâmica relacional reforçou a compreensão da importância da postura, da contenção emocional e da autorregulação enquanto componentes integrantes do processo terapêutico.

Os momentos de reflexão clínica supervisionada após as sessões permitiram integrar criticamente estas experiências, favorecendo uma prática mais consciente, diferenciada e reflexiva.

Deste modo, o desenvolvimento da competência específica F1 no contexto do PIAC permitiu consolidar a compreensão de que o autoconhecimento constitui um processo clínico-relacional indispensável à prática avançada em enfermagem de saúde mental comunitária. Mais do que uma competência individual, revelou-se uma condição estruturante da capacidade de estabelecer relações terapêuticas empáticas, éticas e emocionalmente reguladoras com jovens e famílias em situação de vulnerabilidade. A experiência vivida evidenciou que cuidar em saúde mental comunitária exige não apenas conhecimento técnico e científico, mas também disponibilidade interna para reconhecer, compreender e integrar as próprias emoções, limites e reações no processo terapêutico, sustentando intervenções verdadeiramente humanizadas, reflexivas e transformadoras.

No contexto do ensino clínico desenvolvido na UAP, o desenvolvimento da competência específica F1 adquiriu particular densidade

clínica e relacional pela natureza paradoxal da dependência alcoólica, frequentemente caracterizada por ambivalência motivacional, mecanismos defensivos de negação, racionalização e minimização do consumo, bem como por intensa vulnerabilidade emocional e sofrimento identitário.

A interação com pessoas em diferentes fases do processo de mudança evidenciou a necessidade de um exercício contínuo de consciência de si, autorregulação emocional e monitorização das próprias respostas internas, particularmente perante comportamentos ou narrativas potencialmente mobilizadoras de frustração, impotência ou tendência confrontativa.

Neste contexto, tornou-se evidente que a eficácia terapêutica dependia não apenas do conhecimento técnico sobre a dependência, mas da capacidade do enfermeiro especialista em utilizar as próprias reações emocionais como instrumento de compreensão clínica e regulação da relação terapêutica.

A mobilização da subcompetência F1.1.1 revelou-se particularmente significativa perante situações em que os utentes descreviam padrões de consumo claramente discrepantes dos dados clínicos observáveis ou minimizavam consequências severas associadas ao consumo de álcool.

Em diversos momentos, emergiram sentimentos internos de perplexidade, frustração ou tendência para clarificação imediata da incoerência entre discurso e realidade clínica, sobretudo perante situações de recaída sucessiva, resistência à mudança ou reduzida consciência do impacto biopsicossocial da dependência. A identificação destas reações, permitiu compreender que tais respostas emocionais não resultavam apenas do conteúdo verbal apresentado pelo utente, mas também do confronto entre expectativas implícitas do profissional relativamente à mudança e a natureza crónica, recidivante e ambivalente da dependência.

Esta consciência favoreceu uma reformulação interna da intervenção, recentrando-a numa postura de compreensão clínica da ambivalência, em detrimento de respostas corretivas, moralizantes ou

excessivamente confrontativas. Tal perspectiva encontra suporte nos modelos contemporâneos de entrevista motivacional, que conceptualizam a resistência não como oposição deliberada, mas como expressão relacional emergente da própria interação terapêutica (Miller & Rollnick, 2013).

Progressivamente, tornou-se evidente que muitos dos mecanismos inicialmente percebidos como “negação” constituíam, na realidade, estratégias defensivas complexas destinadas à preservação da autoestima, redução da culpa ou manutenção de uma identidade minimamente funcional perante o impacto profundamente desorganizativo da dependência. Esta compreensão permitiu mobilizar a subcompetência F1.1.2, reconhecendo fenómenos transferenciais e contra-transferenciais presentes na relação terapêutica. Em alguns momentos clínicos, foi possível identificar no próprio profissional uma tendência implícita para assumir uma posição excessivamente salvadora ou reparadora, particularmente perante utentes mais fragilizados emocionalmente ou em sofrimento evidente. O reconhecimento destes movimentos internos revelou-se essencial para evitar intervenções excessivamente diretivas ou centradas nas expectativas do profissional, preservando uma postura terapêutica baseada na colaboração, na autonomia e na responsabilização progressiva do utente pelo seu processo de mudança.

A literatura psicodinâmica contemporânea enfatiza precisamente que a capacidade de reconhecer fenómenos relacionais inconscientes constitui condição fundamental para uma prática terapêutica segura, ética e emocionalmente reguladora (Gelso & Hayes, 2007; Gabbard, 2017).

A experiência clínica na UAP evidenciou igualmente que o trabalho terapêutico em dependências exige elevada tolerância à incerteza e à frustração. Situações de recaída, abandono temporário do tratamento ou persistência de padrões de consumo apesar das intervenções realizadas despertavam, por vezes, sentimentos de impotência e indagação interna relativamente à eficácia do próprio cuidado.

A mobilização consciente destas emoções permitiu compreender que o sofrimento do profissional perante a recaída frequentemente reflete

também o confronto com os limites da intervenção terapêutica e com a impossibilidade de controlar o percurso do outro. Este processo constituiu um importante momento de desenvolvimento pessoal e profissional, favorecendo a aceitação de que a mudança em comportamentos aditivos ocorre de forma não linear, marcada por avanços, recuos e reorganizações sucessivas.

Esta perspetiva encontra fundamento no Modelo Transteórico da Mudança de Prochaska e DiClemente (1983), que conceptualiza a recaída não como fracasso terapêutico, mas como componente integrante do processo de transformação comportamental.

Paralelamente, a manutenção de limites claros na relação terapêutica (F1.1.3) assumiu particular relevância num contexto onde a vulnerabilidade emocional, a procura de validação e a dependência relacional podem favorecer dinâmicas de proximidade excessiva ou expectativas implícitas de resolução externa do sofrimento. A necessidade de sustentar uma postura simultaneamente empática e estruturante exigiu capacidade para equilibrar disponibilidade emocional com clareza de limites profissionais, evitando respostas fusionais, excessivamente protetoras ou permissivas.

Tornou-se evidente que a contenção terapêutica não se traduz em rigidez relacional, mas na capacidade de oferecer previsibilidade, consistência e segurança emocional ao utente, particularmente importante em pessoas cujo funcionamento relacional é frequentemente marcado por impulsividade, instabilidade e fragilidade na autorregulação. A literatura na área das dependências evidencia que a combinação entre empatia, consistência e estrutura constitui um dos principais preditores da adesão terapêutica e da qualidade da aliança clínica (Miller & Rollnick, 2013; Norcross & Lambert, 2019).

A subcompetência F1.1.4 revelou-se igualmente marcante através da monitorização contínua das próprias respostas corporais e emocionais durante as interações terapêuticas. Situações de maior tensão relacional,

discurso incoerente, elevada carga emocional ou episódios de instabilidade motivacional despertavam frequentemente respostas somáticas subtis, como tensão muscular, hipervigilância ou aumento da ativação emocional. O reconhecimento destas manifestações corporais enquanto elementos significativos da comunicação terapêutica permitiu utilizá-las como fonte adicional de compreensão da dinâmica relacional estabelecida.

Progressivamente, tornou-se evidente que o corpo do profissional funciona também como espaço de receção emocional da experiência do outro, fornecendo indicadores importantes acerca da intensidade afetiva, ansiedade ou desorganização presentes na relação. Esta perspetiva encontra suporte na literatura sobre regulação interpessoal e consciência somática em contexto terapêutico, que reconhece a importância da monitorização corporal do terapeuta enquanto recurso clínico relevante na promoção de intervenções mais reguladoras e sintonizadas emocionalmente (Ogden et al., 2006; Siegel, 2012).

A dinamização de sessões de relaxamento constituiu igualmente um importante espaço de desenvolvimento desta competência. A condução destas intervenções exigiu não apenas domínio técnico das estratégias de relaxamento e regulação fisiológica, mas também capacidade de autorregulação do próprio profissional enquanto facilitador do processo terapêutico. Tornou-se particularmente evidente que a capacidade do grupo aderir às propostas de relaxamento dependia, em grande medida, da estabilidade emocional, ritmo comunicacional e presença terapêutica do enfermeiro. Esta experiência reforçou a consciência de que o “uso de si” enquanto instrumento terapêutico não ocorre apenas no plano verbal ou relacional explícito, mas também através da comunicação não verbal, da capacidade de contenção emocional e da qualidade da presença clínica.

Deste modo, o desenvolvimento da competência específica F1 no contexto da UAP permitiu consolidar a compreensão de que o autoconhecimento constitui um elemento nuclear da prática avançada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na área das dependências. Mais do que uma competência individual, revelou-se uma condição essencial para

sustentar relações terapêuticas empáticas, reguladoras e eticamente seguras em contextos marcados por elevada ambivalência, sofrimento emocional e instabilidade motivacional. A experiência vivida evidenciou que cuidar da pessoa com dependência implica, simultaneamente, cuidar da própria capacidade interna de compreender, tolerar e integrar emocionalmente a complexidade humana presente na relação terapêutica.

Em síntese, o desenvolvimento da competência específica F1 ao longo dos diferentes contextos clínicos permitiu compreender que o autoconhecimento constitui uma condição estruturante da prática avançada em ESMP, ultrapassando largamente uma dimensão meramente introspectiva ou individual. A experiência desenvolvida no internamento psiquiátrico, na intervenção comunitária e nos cuidados especializados em dependências evidenciou que a qualidade da intervenção terapêutica depende profundamente da capacidade do enfermeiro reconhecer, compreender e integrar as próprias emoções, pensamentos, reações corporais e padrões relacionais no processo de cuidar.

A mobilização contínua das subcompetências F1.1.1 a F1.1.4 permitiu consolidar capacidades de auto-observação, regulação emocional, gestão de fenómenos transferenciais e manutenção de limites terapêuticos, particularmente relevantes em contextos marcados por sofrimento psíquico intenso, ambivalência, vulnerabilidade relacional e elevada complexidade emocional. Tornou-se progressivamente evidente que a consciência de si não representa apenas um recurso pessoal do profissional, mas um instrumento clínico essencial à construção de relações terapêuticas empáticas, reguladoras, eticamente seguras e terapeuticamente eficazes.

Paralelamente, este percurso permitiu reconhecer que a prática especializada em saúde mental exige disponibilidade interna para tolerar ambiguidade, conter emocionalmente o sofrimento do outro e sustentar relações terapêuticas significativas sem recorrer a respostas excessivamente diretivas, defensivas ou substitutivas. Neste sentido, a capacidade reflexiva revelou-se determinante para transformar experiências

emocionalmente exigentes em oportunidades de crescimento clínico e desenvolvimento profissional, em consonância com os modelos contemporâneos de prática reflexiva.

Mais do que um domínio técnico, a competência F1 configurou-se como fundamento transversal de toda a prática especializada em saúde mental e psiquiatria, sustentando a utilização intencional da relação terapêutica enquanto núcleo central do cuidado. A experiência vivida permitiu compreender que o principal instrumento terapêutico do EEESMP não reside exclusivamente nas técnicas mobilizadas, mas na forma como utiliza a própria presença, consciência relacional e capacidade de autorregulação ao serviço do processo terapêutico, promovendo intervenções mais humanizadas, reflexivas e transformadoras.

2 — Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

A competência específica “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018, p.2), constitui o segundo eixo estruturante do perfil do EEESMP, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Esta competência corresponde à Competência Específica F2, integrando capacidades avançadas de avaliação abrangente, identificação de fatores de risco e proteção, desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde mental e implementação de estratégias preventivas dirigidas à pessoa, família, grupos e comunidade.

No enquadramento conceptual do regulamento, a otimização da saúde mental ultrapassa uma perspetiva centrada exclusivamente na ausência de doença ou na identificação de sintomatologia psiquiátrica. A prática especializada em saúde mental exige a recolha, integração e interpretação crítica de informação clínica, relacional, contextual, cultural e do desenvolvimento, permitindo compreender a pessoa inserida nos múltiplos sistemas que influenciam o seu funcionamento psicológico e social. O próprio descritivo da competência F2 explicita que o processo de

avaliação implica mobilização de competências avançadas de comunicação, observação clínica, sensibilidade cultural, entrevista terapêutica e análise dos sistemas relevantes para a compreensão do estado de saúde mental do cliente (OE, 2018, p.2).

Esta perspectiva encontra sólido suporte nos modelos contemporâneos de saúde mental, que conceptualizam o sofrimento psíquico como fenómeno multidimensional, resultante da interação dinâmica entre fatores biológicos, psicológicos, relacionais, sociais e estruturais. A Organização Mundial da Saúde (2022) defende que a saúde mental é profundamente influenciada pelas condições de vida, pelas relações interpessoais, pelas experiências adversas, pelos contextos socioculturais e pelas oportunidades de participação social ao longo do ciclo vital. Neste enquadramento, a avaliação clínica especializada deixa de se restringir à identificação de sintomas, exigindo uma leitura ecológica e do desenvolvimento da pessoa, das suas vulnerabilidades e dos seus recursos.

Os modelos ecológicos do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979) e os contributos da psicopatologia do desenvolvimento (Cicchetti & Rogosch, 2002; Masten & Cicchetti, 2010) reforçam igualmente que os fenómenos de saúde mental emergem da interação contínua entre indivíduo e contexto, num processo dinâmico e não linear. Assim, a competência F2 exige ao EEESMP capacidade de compreender a influência dos sistemas familiares, escolares, profissionais, comunitários, culturais e institucionais no bem-estar psicológico, bem como reconhecer fatores protetores, vulnerabilidades e mecanismos adaptativos presentes em diferentes momentos do ciclo de vida.

Esta dimensão encontra-se explicitamente operacionalizada nas unidades de competência F2.1⁵ e F2.2⁶, que incluem a avaliação da interface entre indivíduo, família, comunidade e sistemas sociais, bem como a

⁵ “Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.” (OE, 2018, p.2)

⁶ “Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.” (OE, 2018, p.2)

avaliação global das respostas humanas, capacidades internas, recursos externos, funcionalidade e impacto da problemática de saúde mental na qualidade de vida.

Paralelamente, a competência F2 integra uma dimensão preventiva e promocional particularmente relevante na enfermagem de saúde mental contemporânea. O regulamento atribui ao EEESMP um papel ativo na coordenação, implementação e desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental, prevenção da perturbação mental e empoderamento comunitário, enfatizando estratégias participativas, intervenções precoces e fortalecimento de competências individuais e coletivas. Esta orientação está alinhada com os modelos internacionais de saúde pública em saúde mental, que defendem intervenções precoces, integradas e centradas nos determinantes sociais da saúde como elementos essenciais para reduzir o sofrimento psicológico, incapacidade e exclusão social (Patel et al., 2018; WHO, 2022).

Neste enquadramento, a prática do EEESMP na otimização da saúde mental exige mais do que capacidade técnica de avaliação. Implica pensamento crítico avançado, sensibilidade relacional, competência cultural e capacidade de integrar múltiplas fontes de informação na construção de hipóteses clínicas compreensivas e contextualizadas. A avaliação em saúde mental assume, assim, natureza interpretativa e relacional, exigindo ao enfermeiro especialista capacidade de compreender significados, identificar padrões de funcionamento e reconhecer o impacto dos diferentes contextos de vida na experiência subjetiva da pessoa.

Ao longo do percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos clínicos (internamento psiquiátrico, intervenção comunitária e cuidados especializados em dependências), esta competência foi progressivamente consolidada através da realização de avaliações clínicas abrangentes, observação sistemática de fatores de vulnerabilidade e proteção, integração de múltiplos sistemas de informação e desenvolvimento de intervenções orientadas para a promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental. A experiência permitiu compreender que otimizar a

saúde mental não corresponde apenas a prevenir doença, mas a promover capacidades adaptativas, autonomia, participação social, regulação emocional e construção de significado ao longo do ciclo vital.

Mais do que um domínio técnico de recolha de dados, o desenvolvimento da competência F2 configurou-se como um processo de aprofundamento da capacidade de compreender a complexidade humana de forma integrada, contextualizada e terapeuticamente orientada, reforçando a visão da saúde mental como fenómeno relacional, ecológico e profundamente influenciado pelas condições de vida e pelos sistemas em que a pessoa se insere.

No contexto do internamento psiquiátrico desenvolvido no CHCF, a mobilização da competência F2 revelou-se particularmente complexa e multidimensional, exigindo uma avaliação em saúde mental que ultrapassasse a leitura estritamente sintomatológica da doença psiquiátrica. A convivência prolongada com pessoas com doença mental grave e persistente evidenciou que compreender o estado de saúde mental implicava integrar dimensões clínicas, funcionais, relacionais, institucionais e socioculturais, numa perspetiva coerente com os modelos contemporâneos de *recovery* e reabilitação psicossocial.

A avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e saúde mental (F2.2.1⁷) tornou-se especialmente relevante perante utentes marcados por longos percursos de institucionalização, trajetórias de exclusão social e perda progressiva de papéis ocupacionais e relacionais.

Para além da observação sistemática do estado mental (nomeadamente pensamento, perceção, afetividade, comportamento e *insight*) tornou-se necessário compreender dimensões frequentemente invisíveis numa avaliação centrada apenas na psicopatologia, incluindo a erosão da identidade pessoal, a perda de autonomia, a fragilidade dos

⁷ “Executa uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente.” (OE, 2018, p.2)

vínculos afetivos e o impacto cumulativo da institucionalização prolongada na percepção de si e do futuro.

Esta abordagem encontra suporte nos modelos orientados para o *recovery*, que conceptualizam a recuperação não exclusivamente como remissão sintomática, mas como reconstrução de identidade, esperança, significado e participação social (Slade, 2009).

Neste contexto, tornou-se evidente que muitos utentes apresentavam níveis importantes de compromisso funcional, não apenas decorrentes da sintomatologia psicótica, mas também associados aos efeitos cumulativos da institucionalização, à redução de oportunidades de participação social e à progressiva dependência institucional. A análise das capacidades internas e dos recursos externos disponíveis (F2.2.2⁸) permitiu compreender limitações significativas ao nível cognitivo, executivo, motivacional e relacional, frequentemente traduzidas em dificuldades na tomada de decisão, planeamento, resolução de problemas e gestão autónoma do quotidiano.

A literatura demonstra que os défices neurocognitivos e funcionais constituem um dos principais determinantes da incapacidade em perturbações psicóticas graves, condicionando diretamente autonomia, funcionalidade e integração comunitária (Green et al., 2015).

Paralelamente, a avaliação revelou a profunda fragilidade de muitos sistemas de suporte externos. Em diversos casos, verificou-se ausência ou rutura prolongada de vínculos familiares, redes sociais extremamente reduzidas e dependência quase exclusiva da estrutura institucional enquanto espaço de contenção, pertença e organização da vida quotidiana. Esta realidade reforçou a importância de compreender a saúde mental numa perspetiva ecológica e relacional, reconhecendo que a recuperação é profundamente influenciada pela qualidade dos contextos sociais e das oportunidades de participação existentes. Os modelos ecológicos do desenvolvimento humano defendem precisamente que o funcionamento

⁸ Executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. (OE, 2018, p.2)

psicológico emerge da interação contínua entre indivíduo e ambiente, sendo os sistemas relacionais determinantes na adaptação e saúde mental (Bronfenbrenner, 1979).

A avaliação do impacto da doença mental na qualidade de vida, autonomia e funcionalidade (F2.2.3⁹) evidenciou igualmente que muitos utentes mantinham níveis significativos de sofrimento subjetivo, apesar de relativa estabilização sintomática. Em vários casos, a limitação mais incapacitante não residia exclusivamente na presença de sintomas psicóticos ativos, mas na dificuldade em reconstruir projetos de vida, estabelecer relações significativas ou recuperar sentido de utilidade e pertença social. Esta constatação reforçou a necessidade de uma prática centrada na funcionalidade e qualidade de vida, em consonância com as recomendações internacionais para cuidados orientados para a pessoa e não exclusivamente para a doença (WHO, 2022).

A leitura da interface entre indivíduo, família, grupos, comunidade e sistemas sociais (F2.1.1¹⁰) revelou-se particularmente relevante na compreensão das trajetórias clínicas observadas. Tornou-se evidente que muitos percursos de institucionalização prolongada resultaram não apenas da gravidade psicopatológica, mas também da combinação entre pobreza, fragilidade das redes de suporte, reduzida literacia em saúde mental, ausência de respostas comunitárias adequadas e fenómenos persistentes de estigmatização social.

Simultaneamente, a observação do quotidiano terapêutico permitiu identificar fatores promotores e protetores da saúde mental (F2.1.2¹¹), nomeadamente a existência de relações terapêuticas consistentes, participação em atividades estruturadas, manutenção de rotinas organizadas e envolvimento em experiências grupais promotoras de pertença e

⁹ “Avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia.” (OE, 2018, p.2)

¹⁰ “Avalia a repercussão para a saúde mental da interface entre o indivíduo, família, grupos, comunidade e os sistemas sociais, de saúde, escolares, profissionais, culturais, desportivos, recreativos, espirituais e políticos.” (OE, 2018, p.2)

¹¹ “Avalia fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental assim como fatores predisponentes de perturbação mental na comunidade e grupos.” (OE, 2018, p.2)

reconhecimento. A evidência demonstra que ambientes terapêuticos estruturados, previsíveis e relacionalmente seguros favorecem estabilidade emocional, funcionalidade e recuperação psicossocial em pessoas com doença mental grave (WHO, 2022).

A participação em intervenções grupais desenvolvidas na unidade (incluindo atividades de estimulação cognitiva, jornal de parede, teatro terapêutico e o projeto psicoterapêutico “O Círculo das Emoções”) permitiu aprofundar a capacidade de avaliação clínica contextualizada e contínua. A observação sistemática das interações grupais possibilitou identificar competências comunicacionais, capacidade de regulação emocional, tolerância à frustração, funcionamento interpessoal, expressão afetiva e mecanismos adaptativos frequentemente não acessíveis em avaliações exclusivamente individuais. Particularmente no contexto do “Círculo das Emoções”, tornou-se possível avaliar dificuldades significativas ao nível da literacia emocional, reconhecimento afetivo e diferenciação emocional, aspectos centrais em muitos processos psicopatológicos crônicos.

Simultaneamente, a experiência clínica permitiu compreender que a avaliação em saúde mental não constitui um processo estático nem exclusivamente diagnóstico, mas antes um processo dinâmico, interpretativo e profundamente relacional. Em diversos momentos, informações relevantes emergiram não durante entrevistas formais, mas em contextos informais de convivência terapêutica, passeios, atividades expressivas ou interações espontâneas. Esta experiência reforçou a compreensão de que avaliar em saúde mental implica capacidade de presença terapêutica, observação contínua e leitura integrada da experiência subjetiva da pessoa.

Paralelamente à dimensão avaliativa, o contexto da Unidade de Recuperação permitiu igualmente mobilizar competências relacionadas com a promoção e proteção da saúde mental, particularmente através da implementação de intervenções grupais orientadas para o empoderamento, participação social e desenvolvimento de competências emocionais (F2.3¹²).

¹² “Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.” (OE, 2018, p.2)

A concepção e dinamização da intervenção psicoterapêutica grupal “O Círculo das Emoções” constituiu uma expressão particularmente significativa da subcompetência F2.3.1¹³, ao implementar uma intervenção centrada na promoção da literacia emocional, consciência afetiva e autorregulação emocional em pessoas com doença mental grave. A intervenção foi desenvolvida a partir das necessidades identificadas no contexto clínico, privilegiando estratégias participativas, expressivas e relacionais, coerentes com os modelos contemporâneos de promoção da saúde mental orientados para o *empowerment* e *recovery*.

A utilização de técnicas de musicoterapia, dramatização, filmoterapia e *roleplay* permitiu promover espaços terapêuticos facilitadores da expressão emocional, da reflexão interpessoal e da construção de significado, contribuindo para o fortalecimento da autoestima, da participação grupal e da percepção de competência pessoal. A evidência demonstra que intervenções grupais expressivas favorecem competências socioemocionais, integração social e qualidade de vida em pessoas com doença mental grave (WHO, 2022; Laranjeira et al., 2019).

Simultaneamente, a dinamização do “Jornal de Parede”, das atividades de teatro terapêutico e dos momentos de discussão grupal constituiu uma expressão relevante da subcompetência F2.3.2¹⁴, particularmente na promoção da participação ativa, da cidadania e da valorização da voz da pessoa com doença mental. Estas atividades permitiram criar espaços de reflexão crítica, tomada de posição e participação coletiva, contrariando processos frequentemente associados à institucionalização prolongada, como passividade, dependência e desinvestimento social.

A observação do impacto destas intervenções evidenciou ganhos ao nível da expressão emocional, interação social, sentimento de pertença e

¹³ “Implementa na comunidade programas centrados na população que promovam o empoderamento, a saúde mental e previnam ou reduzam o risco de perturbações mentais, privilegiando estratégias de desenvolvimento comunitário participativo.” (OE, 2018, p.2)

¹⁴ “Implementa programas de promoção da participação ativa, através da educação para a cidadania e empoderamento das pessoas com doença mental grave.” (OE, 2018, p.2)

envolvimento terapêutico, reforçando a compreensão de que a promoção da saúde mental em contexto institucional implica criar oportunidades concretas de participação, reconhecimento e reconstrução de identidade.

De igual modo, a integração de atividades de estimulação cognitiva, intervenções ocupacionais e estratégias promotoras de autonomia funcional permitiu mobilizar a subcompetência F2.3.3¹⁵, particularmente na implementação de projetos promotores do bem-estar, funcionalidade e inclusão psicossocial de pessoas com doença mental grave institucionalizada. Neste contexto, tornou-se evidente que promover saúde mental não corresponde apenas à redução da sintomatologia, mas à criação de condições que favoreçam participação, autodeterminação e sentido de utilidade pessoal.

A experiência desenvolvida no CHCF permitiu, assim, compreender que a promoção da saúde mental em contextos de reabilitação psicossocial exige intervenções integradas, relacionais e centradas na pessoa, capazes de mobilizar recursos individuais e grupais, fortalecer competências emocionais e contrariar processos de exclusão e despersonalização frequentemente associados à doença mental grave e à institucionalização prolongada.

Neste enquadramento, o desenvolvimento da competência F2 no contexto do CHCF ultrapassou a aquisição de competências técnicas de avaliação clínica, configurando-se como um aprofundamento da capacidade de compreender a complexidade humana de forma integrada, contextualizada e relacionalmente sustentada. A experiência permitiu consolidar uma visão da saúde mental centrada não apenas na doença, mas na funcionalidade, identidade, relações e possibilidades de recuperação, reforçando o papel do EEESMP enquanto profissional capaz de integrar avaliação clínica avançada, pensamento crítico e compreensão ecológica da pessoa em sofrimento psíquico.

¹⁵ “Implementa projetos de cuidados a clientes em todas as fases do ciclo vital e a cuidadores, no âmbito da saúde mental, incluindo: Projetos que promovam a participação ativa dos clientes na vida social; Projetos que promovam o bem-estar e saúde mental dos clientes que necessitem de cuidados, na comunidade ou em instituições; Medidas de suporte aos cuidadores.” (OE, 2018, p.2)

Relativamente ao contexto de ensino clínico na comunidade, a competência de assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental assumiu uma natureza marcadamente ecológica, preventiva e sistémica, exigindo uma compreensão integrada das interações entre desenvolvimento emocional, dinâmicas familiares, contextos sociais e vulnerabilidade psicossocial.

A prática desenvolvida neste contexto permitiu compreender que a avaliação em saúde mental comunitária ultrapassa amplamente a identificação de sintomatologia ou comportamentos de risco isolados, implicando antes a leitura relacional dos processos que sustentam o sofrimento emocional e os padrões de funcionamento familiar.

A mobilização da subcompetência F2.1 revelou-se particularmente evidente na capacidade de compreender o jovem inserido em múltiplos sistemas interdependentes (família, escola, pares e comunidade), reconhecendo que os comportamentos aditivos e as manifestações emocionais observadas emergiam frequentemente de processos relacionais complexos e não exclusivamente de características individuais. A integração de informação proveniente dos jovens, cuidadores e equipa multidisciplinar permitiu construir uma leitura ecológica das situações clínicas, em consonância com o modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979), que conceptualiza o comportamento como produto de interações dinâmicas e recíprocas entre indivíduo e contexto.

Neste enquadramento, a avaliação da interface entre o jovem e os diferentes sistemas sociais, familiares e escolares (F2.1.1) assumiu particular relevância clínica, permitindo compreender como dificuldades relacionais, inconsistência educativa, conflito parental, fragilidade da vinculação ou ausência de regulação emocional parental influenciavam diretamente a adaptação emocional e comportamental dos adolescentes.

Tornou-se evidente que manifestações como oposição, isolamento, impulsividade ou consumo experimental frequentemente constituíam expressões adaptativas de sofrimento relacional e não apenas

comportamentos disfuncionais isolados. Esta leitura encontra sustentação na literatura contemporânea da psicopatologia do desenvolvimento, que reconhece a influência das experiências relacionais precoces e dos contextos familiares na regulação emocional e organização comportamental do jovem (Cicchetti & Rogosch, 2002; Masten & Cicchetti, 2010).

Simultaneamente, a identificação de fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental (F2.1.2) permitiu reconhecer recursos frequentemente invisíveis numa leitura exclusivamente centrada no problema, nomeadamente a existência de vínculos afetivos significativos, motivação parental para a mudança, capacidade reflexiva dos cuidadores ou envolvimento escolar positivo. A observação destas potencialidades revelou-se essencial para a construção de intervenções centradas nas forças e não apenas nas fragilidades, em consonância com os modelos salutogénicos e de promoção da resiliência em saúde mental (WHO, 2022).

A execução de uma avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e saúde mental (F2.2.1) exigiu integrar dimensões emocionais, comportamentais, relacionais e de desenvolvimento, reconhecendo a adolescência enquanto período particularmente vulnerável a processos de desorganização emocional e identitária. Neste contexto, tornou-se particularmente relevante compreender os significados atribuídos pelos jovens aos seus comportamentos, bem como os mecanismos de comunicação implícitos nas manifestações sintomáticas observadas.

Particular relevância assumiu a análise das competências socioemocionais parentais, nomeadamente ao nível da autorregulação emocional, empatia, mentalização e consistência educativa. A observação recorrente de dificuldades parentais na gestão das próprias emoções permitiu compreender que muitos cuidadores apresentavam limitações significativas na capacidade de co-regulação emocional dos filhos, influenciando diretamente a organização emocional e comportamental do sistema familiar.

A literatura demonstra que a capacidade dos pais regularem as próprias emoções constitui um dos principais mecanismos de socialização

emocional e um preditor robusto do ajustamento psicológico dos filhos (Morris et al., 2007; Crandall et al., 2015).

Foi precisamente neste contexto clínico que emergiu uma dimensão crítica da avaliação: não apenas a existência objetiva de competências parentais, mas a forma como os próprios cuidadores percecionavam a sua competência emocional e educativa. A observação de sentimentos recorrentes de insegurança, culpa, exaustão e incapacidade parental evidenciou a relevância clínica das crenças de autoeficácia parental, em consonância com a teoria social cognitiva de Bandura (1997), segundo a qual a perceção de competência influencia diretamente a capacidade de ação e adaptação.

A avaliação das capacidades internas dos jovens e dos recursos externos disponíveis para adaptação e recuperação (F2.2.2) permitiu igualmente identificar fatores facilitadores e limitadores do processo terapêutico, nomeadamente competências emocionais, capacidade de *insight*, suporte familiar, integração escolar e acesso a redes de apoio.

Paralelamente, a avaliação do impacto das dificuldades no funcionamento global, qualidade de vida e autonomia (F2.2.3) evidenciou que muitos dos comportamentos observados comprometiam significativamente a adaptação escolar, as relações interpessoais e a organização emocional dos jovens, exigindo intervenções contextualizadas e centradas na singularidade de cada sistema familiar.

Para além da dimensão avaliativa, o contexto do PIAC permitiu igualmente mobilizar competências relacionadas com a promoção da saúde mental e prevenção da perturbação mental (F2.3), particularmente através das intervenções psicoeducativas dirigidas aos cuidadores e da promoção de competências parentais.

A participação nas sessões de acompanhamento parental constituiu uma expressão relevante da subcompetência F2.3.3, ao promover medidas de suporte aos cuidadores orientadas para a melhoria da comunicação

familiar, gestão emocional, coerência educativa e fortalecimento das competências relacionais parentais.

Estas intervenções encontravam-se alinhadas com a evidência científica que demonstra que programas de capacitação parental contribuem significativamente para a redução de comportamentos de risco, melhoria da regulação emocional familiar e promoção da saúde mental infantojuvenil (Sanders & Turner, 2018). Paralelamente, evidenciavam uma abordagem promotora de empoderamento familiar, centrada não na culpabilização, mas no fortalecimento de recursos emocionais e relacionais.

De igual modo, a articulação do PIAC com outras estruturas comunitárias evidenciou uma intervenção orientada para a construção de redes de suporte e continuidade de cuidados, permitindo mobilizar respostas integradas ajustadas à complexidade das situações acompanhadas.

Esta dimensão sistémica da intervenção reforçou a compreensão de que a promoção da saúde mental comunitária exige respostas colaborativas, interdisciplinares e ecologicamente contextualizadas.

Assim, o desenvolvimento da competência F2 no contexto do PIAC permitiu consolidar uma compreensão avançada da saúde mental enquanto fenómeno multidimensional, relacional e contextualmente determinado, evidenciando que a prática especializada em saúde mental comunitária exige capacidade de integrar avaliação clínica, leitura sistémica, intervenção preventiva e promoção de recursos individuais, familiares e comunitários de forma articulada, crítica e cientificamente sustentada.

No contexto da UAP, a competência de assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental assumiu particular complexidade, decorrente da natureza multifatorial, crónica e recidivante da dependência alcoólica. A avaliação em saúde mental neste contexto exigiu ultrapassar leituras simplificadas centradas exclusivamente no consumo, implicando uma compreensão integrada das dimensões neurobiológicas, emocionais, cognitivas, familiares, sociais e culturais associadas ao comportamento aditivo.

A mobilização da competência F2 revelou-se particularmente evidente na necessidade de integrar informação proveniente de múltiplas fontes clínicas, nomeadamente dados subjetivos (através do relato do utente), observação comportamental, avaliação do estado mental, marcadores fisiológicos, testes de alcoolemia e informação contextual relativa ao funcionamento familiar e social. Esta integração permitiu construir uma avaliação multidimensional da situação clínica, alinhada com o modelo biopsicossocial da dependência, que conceptualiza os comportamentos aditivos como resultado da interação dinâmica entre vulnerabilidades biológicas, processos psicológicos e contextos sociais (Engel, 1977; Volkow et al., 2016).

A avaliação da interface entre o indivíduo e os sistemas sociais e culturais envolventes (F2.1.1) assumiu particular relevância clínica, sobretudo pela forte normalização sociocultural do consumo de álcool em contexto português. Tornou-se evidente que muitos utentes apresentavam dificuldade significativa em reconhecer a gravidade dos seus padrões de consumo, especialmente quando estes se encontravam culturalmente legitimados em contextos familiares, sociais ou profissionais. A banalização social do álcool emergia frequentemente como mecanismo facilitador da negação, minimização do problema e atraso na procura de ajuda, dificultando processos de *insight* e motivação para a mudança. Esta realidade encontra suporte nas orientações internacionais em saúde mental e dependências, que identificam o estigma, a normalização cultural do álcool e os baixos níveis de literacia em saúde como fatores relevantes na perpetuação do consumo problemático (WHO, 2022).

Simultaneamente, a identificação de fatores protetores e predisponentes para a saúde mental (F2.1.2) permitiu reconhecer variáveis particularmente relevantes no prognóstico terapêutico, nomeadamente suporte familiar, estabilidade habitacional, vínculo laboral, motivação para tratamento, capacidade reflexiva e presença de rede de apoio. Paralelamente, foram identificados fatores de vulnerabilidade frequentemente associados à manutenção do comportamento aditivo, como

isolamento social, desestruturação familiar, desemprego, sofrimento emocional não elaborado e antecedentes de recaída.

A literatura demonstra que a recuperação em dependências depende significativamente da interação entre fatores individuais e contextuais, sendo o suporte social um dos principais preditores de adesão terapêutica e manutenção da abstinência (McLellan et al., 2000).

A execução de uma avaliação global das respostas humanas às situações de saúde mental (F2.2.1) implicou analisar não apenas os padrões de consumo, mas também as consequências emocionais, relacionais, cognitivas e funcionais associadas à dependência alcoólica. Tornou-se evidente que, em muitos casos, o consumo assumia funções reguladoras do sofrimento psíquico, funcionando como estratégia inadequada de gestão emocional perante experiências de perda, ansiedade, conflito relacional ou vulnerabilidade psicológica. Esta compreensão permitiu ultrapassar leituras moralizantes ou centradas exclusivamente na substância, reconhecendo a dependência enquanto tentativa disfuncional de autorregulação emocional.

A avaliação das capacidades internas do utente e dos recursos externos disponíveis para manutenção e recuperação da saúde mental (F2.2.2) revelou-se central na definição das estratégias terapêuticas. A análise da capacidade de *insight*, tolerância à frustração, motivação para mudança, capacidade de autorregulação e suporte familiar permitiu compreender o potencial adaptativo de cada utente e ajustar a intervenção à sua fase motivacional. Neste contexto, a avaliação da ambivalência assumiu especial relevância clínica, uma vez que muitos utentes oscilavam entre reconhecimento parcial do problema e resistência à mudança. Esta observação encontra enquadramento no Modelo Transteórico da Mudança de Prochaska e DiClemente (1983), que conceptualiza a mudança comportamental como processo não linear, marcado por flutuações motivacionais e recaídas.

Paralelamente, a avaliação do impacto da dependência alcoólica na qualidade de vida, funcionalidade e autonomia (F2.2.3) permitiu identificar comprometimentos significativos ao nível das relações familiares,

desempenho profissional, saúde física, estabilidade emocional e participação social. Em diversos casos, tornou-se evidente que o sofrimento associado à dependência transcende largamente o comportamento de consumo, envolvendo perda progressiva de papéis sociais, deterioração relacional e fragilização de identidade pessoal. Esta leitura reforçou a necessidade de intervenções centradas não apenas na abstinência, mas na recuperação global da funcionalidade e qualidade de vida, em consonância com os modelos contemporâneos de recuperação em saúde mental e dependências.

A competência F2.3 manifestou-se através da participação em intervenções orientadas para a promoção da saúde mental, prevenção da recaída e fortalecimento das capacidades de autorregulação emocional.

Neste âmbito, a integração no Hospital de Dia permitiu observar a importância da estrutura terapêutica enquanto elemento organizador do processo de recuperação, particularmente através da articulação entre soroterapia, consultas de enfermagem, acompanhamento médico, intervenções psicoeducativas e sessões de relaxamento terapêutico.

A dinamização de sessões de relaxamento constituiu uma expressão relevante das subcompetências F2.3.1 e F2.3.3, promovendo estratégias de gestão emocional, consciência corporal e redução da ansiedade associada ao *craving* e à abstinência. Estas intervenções assumiram especial relevância em utentes com dificuldade significativa na identificação e regulação emocional, frequentemente habituados a utilizar o álcool como principal mecanismo de modulação afetiva.

A evidência científica demonstra que intervenções baseadas em relaxamento, *mindfulness* e consciência corporal contribuem para redução da ansiedade, melhoria da autorregulação emocional e diminuição do risco de recaída em pessoas com perturbação por uso de álcool (Garland et al., 2014; Zgierska et al., 2009).

Simultaneamente, as intervenções psicoeducativas desenvolvidas no Hospital de Dia permitiram promover literacia em saúde relativamente aos

mecanismos neurobiológicos da dependência, efeitos do álcool, fatores precipitantes de recaída e estratégias de *coping* adaptativo. Esta dimensão psicoeducativa revelou-se particularmente importante na desconstrução de crenças culturalmente enraizadas acerca do consumo de álcool e na promoção de uma compreensão mais integrada da dependência enquanto condição clínica complexa e multifatorial.

A observação do funcionamento terapêutico do Hospital de Dia permitiu ainda compreender a relevância das intervenções estruturadas e continuadas em contexto de alcoologia, evidenciando que a recuperação exige consistência, previsibilidade relacional e acompanhamento longitudinal.

A literatura demonstra que intervenções integradas, combinando suporte farmacológico, acompanhamento psicossocial e intervenções psicoterapêuticas, apresentam melhores resultados ao nível da adesão, redução do consumo e manutenção da abstinência (Volkow et al., 2016).

Assim, o desenvolvimento da competência F2 no contexto da UAP permitiu consolidar uma compreensão avançada da dependência alcoólica enquanto fenómeno biopsicossocial complexo, evidenciando que a prática especializada em saúde mental e psiquiátrica exige capacidade de integrar avaliação clínica multidimensional, leitura contextual, intervenção motivacional e promoção de recursos emocionais e relacionais de forma ética, relacional e cientificamente sustentada.

Em síntese, o desenvolvimento da competência F2 ao longo dos diferentes contextos formativos permitiu consolidar uma compreensão avançada da saúde mental enquanto fenómeno dinâmico, multidimensional e profundamente influenciado pelas relações, pelos contextos de vida e pelos determinantes sociais da saúde.

A experiência clínica evidenciou que a avaliação especializada em saúde mental ultrapassa largamente a identificação de sintomatologia psiquiátrica, exigindo capacidade de integrar dimensões biológicas,

emocionais, relacionais, familiares, sociais e culturais numa leitura clínica abrangente e contextualizada.

Nos diferentes contextos de prática, tornou-se evidente que compreender a pessoa implicava compreender simultaneamente os sistemas em que esta se insere, as experiências que estruturam a sua trajetória e os recursos disponíveis para adaptação, recuperação e participação social. Esta perspetiva permitiu desenvolver uma abordagem progressivamente mais ecológica e relacional da avaliação em saúde mental, em consonância com os modelos contemporâneos orientados para a recuperação, a funcionalidade e a promoção da qualidade de vida.

Paralelamente, o percurso formativo reforçou a compreensão de que a otimização da saúde mental não se limita ao tratamento da doença instalada, mas implica igualmente a identificação precoce de vulnerabilidades, o fortalecimento de fatores protetores e a promoção de competências emocionais, relacionais e adaptativas ao longo do ciclo vital. Neste enquadramento, a intervenção do EEESMP revelou-se particularmente relevante na promoção de ambientes terapêuticos seguros, no fortalecimento de recursos individuais e familiares e na implementação de estratégias preventivas e psicoeducativas ajustadas à singularidade de cada contexto.

A mobilização das competências associadas ao domínio F2 permitiu, assim, consolidar uma prática clínica mais integrada, contextualizada e cientificamente sustentada, reforçando a capacidade de articular avaliação avançada, pensamento crítico e intervenção terapêutica orientada para ganhos efetivos em saúde mental. Mais do que avaliar sintomas ou implementar intervenções isoladas, este percurso possibilitou compreender que cuidar em saúde mental implica reconhecer a complexidade da experiência humana e intervir de forma intencional sobre os múltiplos fatores que influenciam o bem-estar psicológico, a autonomia e a participação social da pessoa, família e comunidade.

3 — Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

A competência específica “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade, a recuperar a saúde mental” (OE, 2018, p.2) constitui o terceiro eixo estruturante do perfil do EEESMP, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Esta competência corresponde à Competência Específica F3, integrando capacidades avançadas de formulação diagnóstica em saúde mental, planeamento terapêutico, implementação de intervenções especializadas e coordenação de cuidados orientados para a recuperação da saúde mental, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa.

No enquadramento conceptual do regulamento, recuperar a saúde mental ultrapassa uma perspetiva centrada exclusivamente na remissão sintomática ou no controlo comportamental. A prática especializada em saúde mental exige a mobilização integrada do processo de enfermagem enquanto processo clínico, relacional e terapêutico, permitindo transformar informação clínica complexa em intervenções estruturadas, contextualizadas e orientadas para ganhos efetivos em saúde mental. O próprio descritivo da competência F3 enfatiza a necessidade de mobilizar pensamento crítico, raciocínio clínico avançado, tomada de decisão terapêutica e gestão integrada de cuidados, garantindo coerência, continuidade e adequação da intervenção às necessidades da pessoa e do contexto.

Esta perspetiva encontra suporte nos modelos contemporâneos de *recovery* em saúde mental, que conceptualizam a recuperação não apenas como redução da sintomatologia psiquiátrica, mas como processo singular de reconstrução de identidade, desenvolvimento de autonomia, recuperação de significado existencial e fortalecimento da participação social (Slade, 2009; WHO, 2022). Neste enquadramento, ajudar a recuperar a saúde mental implica reconhecer a pessoa como sujeito ativo do processo terapêutico, promovendo intervenções centradas nos seus recursos, capacidades adaptativas, prioridades e objetivos de vida.

Paralelamente, os modelos atuais de enfermagem em saúde mental reconhecem que o processo terapêutico ocorre em contextos marcados por elevada complexidade relacional, ambiguidade clínica e influência contínua dos sistemas familiares, sociais e institucionais. Assim, a competência F3 exige ao EEESMP capacidade de integrar múltiplas fontes de informação clínica, emocional, contextual e relacional, formulando diagnósticos compreensivos e desenvolvendo intervenções ajustadas à singularidade da experiência humana.

Esta dimensão assume particular relevância em saúde mental, onde os fenómenos clínicos são frequentemente dinâmicos, multifatoriais e profundamente influenciados pelas trajetórias de vida, pelas relações interpessoais e pelas condições sociais.

O raciocínio clínico assume, neste contexto, um papel estruturante, sendo entendido como a capacidade de interpretar informação complexa, formular hipóteses clínicas, antecipar necessidades, selecionar intervenções e ajustar continuamente a ação terapêutica em função da evolução da pessoa e da resposta aos cuidados (Levett-Jones et al., 2010). Em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, este processo exige elevada tolerância à incerteza, capacidade de decisão em cenários ambíguos e competência para integrar simultaneamente dimensões clínicas, emocionais, relacionais e éticas.

Os contributos da psicopatologia do desenvolvimento, dos modelos ecológicos e das abordagens sistémicas reforçam igualmente que os processos de recuperação são influenciados pela interação contínua entre indivíduo, família, comunidade e contexto sociocultural (Bronfenbrenner, 1979; Cicchetti & Rogosch, 2002).

Consequentemente, a recuperação da saúde mental não pode ser compreendida como processo exclusivamente individual, exigindo frequentemente intervenções integradas dirigidas aos sistemas relacionais e aos contextos de vida da pessoa. Neste sentido, a competência F3 integra igualmente dimensões relacionadas com gestão de caso, continuidade de

cuidados, articulação interinstitucional e coordenação terapêutica, particularmente relevantes em populações com doença mental grave, comportamentos aditivos ou vulnerabilidade psicossocial significativa.

Importa igualmente reconhecer que esta competência possui uma natureza profundamente relacional e ética. A construção do plano terapêutico em saúde mental exige negociação contínua de objetivos, gestão da ambivalência, respeito pelo ritmo individual de mudança e capacidade de sustentar esperança terapêutica em contextos frequentemente marcados por recaída, sofrimento persistente ou limitação funcional. Assim, o processo terapêutico em saúde mental não corresponde à aplicação linear de técnicas ou protocolos, mas à construção dinâmica de intervenções terapeuticamente significativas, desenvolvidas em parceria com a pessoa, família e comunidade.

Ao longo do percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos clínicos (internamento psiquiátrico, intervenção comunitária e alcoologia), esta competência foi progressivamente consolidada através da formulação de diagnósticos em saúde mental, definição de objetivos terapêuticos, implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, bem como da coordenação e articulação de cuidados orientados para a recuperação e funcionalidade.

A experiência permitiu compreender que ajudar a recuperar a saúde mental implica muito mais do que intervir sobre sintomas: exige capacidade de reconhecer potencialidades, promover autonomia, fortalecer recursos emocionais e relacionais e sustentar processos de transformação humana em contextos de elevada complexidade clínica e existencial.

Mais do que um domínio técnico do processo de enfermagem, o desenvolvimento da competência F3 configurou-se como um aprofundamento da capacidade de transformar compreensão clínica em ação terapêutica intencional, contextualizada e relacionalmente sustentada, reforçando progressivamente uma prática especializada centrada na pessoa, baseada na evidência e orientada para ganhos efetivos em saúde mental.

No contexto do internamento psiquiátrico e da reabilitação psicossocial desenvolvidos no CHCF, a competência de ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental evidenciou-se através da mobilização integrada do raciocínio clínico, da formulação diagnóstica em saúde mental (F3) e da implementação de intervenções terapêuticas estruturadas, orientadas para a funcionalidade, participação social e recuperação da autonomia.

Esta competência exigiu não apenas a identificação de sintomatologia psiquiátrica, mas sobretudo a capacidade de interpretar padrões emocionais, comportamentais e relacionais à luz da história clínica, do contexto institucional e das limitações funcionais associadas à doença mental grave e persistente.

A observação sistemática do quotidiano institucional permitiu identificar necessidades específicas relacionadas com dificuldades de regulação emocional, adaptação às rotinas, tolerância à frustração e gestão das interações interpessoais, particularmente em utentes com esquizofrenia residual e perturbações associadas. A mobilização da subcompetência F3.1.1¹⁶ evidenciou-se na capacidade de identificar problemas em saúde mental relacionados com ansiedade perante alterações ambientais, rigidez comportamental, isolamento afetivo, dificuldades de expressão emocional e reduzida capacidade de gestão de conflitos interpessoais. Em diversos momentos, pequenas ruturas na previsibilidade das rotinas institucionais desencadeavam respostas de desorganização emocional, irritabilidade ou isolamento, evidenciando fragilidades significativas nos mecanismos de adaptação e autorregulação.

Paralelamente, a análise das respostas emocionais e comportamentais perante situações de *stress* quotidiano permitiu mobilizar a subcompetência F3.1.2¹⁷, particularmente na avaliação do impacto de fatores de *stress* e crises situacionais no funcionamento mental dos utentes. A intolerância à mudança, o desconforto perante conflitos entre pares e a

¹⁶ “Identifica os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade, no âmbito da saúde mental.” (OE, 2018, p.3)

¹⁷ “Avalia o impacto na saúde mental de múltiplos fatores de stress e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar.” (OE, 2018, p.3)

ansiedade associada à percepção de injustiça revelaram-se manifestações frequentes, compreensíveis à luz das alterações nos processos de cognição social e regulação emocional descritas na doença mental grave (Gross & Jazaieri, 2014; Green et al., 2015).

Esta leitura clínica permitiu compreender que muitos comportamentos aparentemente desajustados constituíam, na realidade, tentativas frágeis de manutenção de equilíbrio interno perante contextos percecionados como ameaçadores ou imprevisíveis.

A especificidade do contexto exigiu igualmente capacidade de diferenciação clínica relativamente às manifestações observadas, evidenciando a mobilização das subcompetências F3.1.3¹⁸ e F3.1.4¹⁹.

Tornou-se necessário distinguir manifestações associadas à sintomatologia psiquiátrica de alterações relacionadas com efeitos farmacológicos, deterioração cognitiva, limitação funcional ou consequências da institucionalização prolongada. Em diversos momentos, alterações comportamentais inicialmente interpretáveis como agravamento psicopatológico revelaram-se associadas a desconforto físico, ruturas ambientais ou efeitos secundários da terapêutica antipsicótica, exigindo uma leitura clínica integrada e não reducionista.

De igual modo, a mobilização da subcompetência F3.1.5²⁰ evidenciou-se na capacidade de diferenciar exacerbações da perturbação psiquiátrica de manifestações decorrentes de novos problemas de saúde ou alterações contextuais. Esta competência revelou-se particularmente importante em utentes com doença mental grave institucionalizada, frequentemente caracterizados por elevada vulnerabilidade física, envelhecimento precoce e dificuldade de expressão das próprias

¹⁸ “Identifica apresentações típicas e atípicas de perturbações mentais e problemas de saúde relacionados.” (OE, 2018, p.3)

¹⁹ “Diferencia os estados fisiológicos, as perturbações orgânicas ou restantes problemas do cliente, das alterações específicas associadas a problemas de saúde mental, doenças psiquiátricas ou alterações relacionadas com tratamentos.” (OE, 2018, p.3)

²⁰ “Diferencia exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença.” (OE, 2018, p.3)

necessidades, exigindo vigilância clínica contínua e interpretação contextualizada das alterações comportamentais.

A observação longitudinal dos utentes permitiu igualmente avaliar complicações associadas à doença mental grave e persistente, mobilizando a subcompetência F3.1.6²¹. Tornou-se evidente que a institucionalização prolongada favorecia fenómenos de dependência funcional, empobrecimento ocupacional, redução da iniciativa e perda progressiva de participação social, reforçando a necessidade de intervenções orientadas para a manutenção da autonomia possível e preservação das capacidades remanescentes.

Esta realidade encontra suporte nos modelos *recovery-oriented*, que defendem que a funcionalidade, identidade e participação social constituem dimensões centrais da recuperação em saúde mental (Slade, 2009; WHO, 2022).

Simultaneamente, a observação contínua das dinâmicas relacionais e comportamentais permitiu identificar precocemente alterações do estado mental e potenciais situações de desorganização emocional ou comportamental, mobilizando a subcompetência F3.1.7²². Situações de maior irritabilidade, retraimento súbito, aumento da ansiedade ou alterações na interação interpessoal exigiram monitorização clínica sistemática, avaliação do risco e ajustamento contínuo da intervenção terapêutica, reforçando a importância da vigilância clínica especializada em contexto psiquiátrico.

A consciência da elevada vulnerabilidade psicossocial associada à institucionalização prolongada mobilizou igualmente a subcompetência F3.1.8²³, particularmente na avaliação do risco de desinvestimento pessoal,

²¹ “Identifica complicações que frequentemente decorrem dos problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física.” (OE, 2018, p.3)

²² “Avalia e deteta situações de emergência psiquiátrica, e o seu nível de risco com vista à intervenção de emergência.” (OE, 2018, p.3)

²³ “Avalia o potencial de abuso, negligência e risco para o próprio e os outros, nomeadamente relativo a suicídio, homicídio, e outros comportamentos autodestrutivos, de forma a ajudar os clientes e famílias a assegurar um ambiente o menos restritivo possível que garanta a segurança para o cliente e terceiros.” (OE, 2018, p.3)

dependência funcional e perda progressiva de autonomia. A exposição prolongada a ambientes altamente estruturados evidenciou o potencial risco de despersonalização e passividade institucional, reforçando a necessidade de intervenções promotoras de participação ativa, autodeterminação e preservação da dignidade da pessoa.

A sistematização da informação clínica e a formulação diagnóstica apoiaram-se igualmente na utilização de linguagem clínica estruturada e indicadores sensíveis em saúde mental, evidenciando a mobilização da subcompetência F3.1.9²⁴. A organização dos dados clínicos, identificação de necessidades e definição de objetivos terapêuticos permitiram estruturar o raciocínio clínico, promover continuidade dos cuidados e monitorizar ganhos em saúde mental de forma mais consistente e fundamentada.

A partir desta análise clínica integrada, tornou-se possível formular diagnósticos em saúde mental centrados nas respostas humanas e definir resultados terapêuticos individualizados, evidenciando a mobilização da competência F3.2²⁵. Os resultados esperados foram orientados para indicadores sensíveis em saúde mental, nomeadamente aumento da capacidade de identificação emocional, melhoria da interação interpessoal, desenvolvimento de estratégias de regulação emocional, maior tolerância à frustração e incremento da participação grupal. Esta abordagem encontra suporte nos modelos contemporâneos orientados para a recuperação, que valorizam funcionalidade, empoderamento e qualidade de vida para além da remissão sintomática (Slade, 2009).

Foi precisamente neste enquadramento clínico que emergiu a conceção da intervenção psicoterapêutica grupal “Círculo das Emoções”, constituindo uma expressão integrada das competências F3.3²⁶ e F3.4²⁷. A observação recorrente de dificuldades ao nível da literacia emocional,

²⁴ “Aplica sistemas de taxionomia standardizados para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros.” (OE, 2018, p.3)

²⁵ “Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.” (OE, 2018, p.3)

²⁶ “Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.” (OE, 2018, p.3)

²⁷ “Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.” (OE, 2018, p.3)

identificação afetiva e gestão de conflitos interpessoais permitiu transformar necessidades clínicas observadas em planeamento terapêutico estruturado, evidenciando capacidade de traduzir avaliação clínica em intervenção especializada.

A conceção e implementação desta intervenção mobilizaram particularmente a subcompetência F3.3.1²⁸, através da articulação contínua com a equipa multiprofissional e da integração da intervenção no plano terapêutico global dos utentes. O desenvolvimento do projeto implicou organização dos grupos terapêuticos, adaptação das estratégias às características cognitivas e emocionais dos participantes e articulação permanente com os restantes profissionais envolvidos no processo terapêutico, garantindo coerência e continuidade assistencial.

Paralelamente, a intervenção mobilizou de forma particularmente expressiva a subcompetência F3.4.1²⁹, através da promoção de processos de empoderamento emocional e relacional. As atividades desenvolvidas procuraram favorecer a capacidade dos utentes reconhecerem, nomearem e comunicarem estados afetivos, promovendo maior consciência emocional, autoestima e participação interpessoal.

A implementação das sessões grupais exigiu igualmente monitorização contínua da segurança emocional dos participantes e adaptação permanente das estratégias terapêuticas, evidenciando a mobilização da subcompetência F3.4.2³⁰. Situações de isolamento, vulnerabilidade emocional ou dificuldade de exposição afetiva exigiram um ajuste das dinâmicas grupais, contenção emocional e adequação da intervenção ao ritmo individual dos utentes.

²⁸ “Compromete -se com o trabalho desenvolvido nas equipas multiprofissionais que integra ou com quem estabelece parceria nos diferentes contextos da prática, responsabilizando-se nelas pelos cuidados em saúde mental e psiquiatria, respeitando as áreas de intervenção autónomas e interdependentes em enfermagem, conforme enquadramento legal.” (OE, 2018, p.3)

²⁹ “Concebe estratégias de empoderamento que permitam ao cliente desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção, de forma a eliminar ou reduzir o risco de perturbação mental.” (OE, 2018, p.3)

³⁰ “Monitoriza a segurança do cliente e faz avaliação contínua para detetar precocemente mudanças no estado de saúde mental, intervindo em situações de urgência psiquiátrica.” (OE, 2018, p.3)

A elaboração e implementação do plano terapêutico grupal evidenciaram ainda a mobilização da subcompetência F3.4.5³¹, particularmente na promoção de competências emocionais, redução do risco de incapacidade relacional e fortalecimento da integração social. A utilização de técnicas expressivas, como musicoterapia, dramatização, filmoterapia e *roleplay*, encontra suporte na evidência científica relativa à eficácia das intervenções grupais na promoção de competências emocionais em pessoas com doença mental grave (Yalom & Leszcz, 2020).

A monitorização dos resultados clínicos, através da aplicação pré e pós intervenção da WLEIS-P, permitiu avaliar ganhos ao nível da identificação emocional, expressão afetiva, autorregulação e interação interpessoal, reforçando a importância de intervenções estruturadas, avaliáveis e baseadas na evidência.

Neste contexto, tornou-se particularmente evidente que ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental não corresponde apenas à gestão de sintomas psiquiátricos, mas implica criar experiências terapêuticas promotoras de identidade, participação, expressão emocional e reconstrução de competências relacionais. A prática especializada desenvolvida no CHCF permitiu compreender que a recuperação em saúde mental constitui um processo profundamente relacional, contextual e progressivo, exigindo intervenções intencionais, sistematizadas e terapeuticamente sustentadas, centradas não apenas na doença, mas sobretudo no potencial humano de adaptação, crescimento e reconstrução subjetiva.

No contexto do PIAC, a competência de ajudar a pessoa, família e comunidade a recuperar a saúde mental assumiu uma natureza particularmente sistémica, relacional e preventiva, exigindo a integração contínua de dados clínicos, emocionais, familiares e contextuais na formulação diagnóstica e no planeamento terapêutico. A especificidade

³¹ “Elabora e implementa o plano de cuidados a desenvolver com o cliente de forma a: Aumentar e manter as suas competências e capacidades, diminuindo o risco de incapacidade; Manter e promover a integração familiar, social e profissional das pessoas com perturbação mental, diminuindo a exclusão social; Promover e reforçar as capacidades das famílias.” OE, 2018, p.3)

deste contexto comunitário evidenciou que os problemas de saúde mental infantojuvenil raramente podem ser compreendidos de forma isolada ou exclusivamente individual, exigindo antes uma leitura ecológica das dinâmicas familiares, dos contextos educativos e das experiências relacionais que estruturam o desenvolvimento emocional dos jovens.

A mobilização da competência F3 evidenciou-se inicialmente na capacidade de identificar problemas em saúde mental relacionados com desregulação emocional, ansiedade, conflito familiar, dificuldades de comunicação intrafamiliar, fragilidade na vinculação e inconsistência educativa, mobilizando as subcompetências F3.1.1 e F3.1.2. A análise clínica permitiu reconhecer que manifestações como oposição, isolamento, impulsividade ou dificuldade de adaptação frequentemente refletiam processos relacionais disfuncionais e padrões de co-regulação emocional fragilizados, mais do que perturbações exclusivamente centradas no jovem.

Esta leitura encontra suporte nos modelos de psicopatologia do desenvolvimento, que conceptualizam o comportamento como resultado da interação contínua entre fatores individuais, familiares e contextuais (Cicchetti & Rogosch, 2002; Masten & Cicchetti, 2010).

A observação das dinâmicas familiares permitiu compreender que, em múltiplas situações, os cuidadores apresentavam dificuldades significativas ao nível da autorregulação emocional, comunicação assertiva, gestão da frustração e manutenção de limites consistentes, influenciando diretamente o funcionamento emocional e comportamental dos jovens. A literatura demonstra que a capacidade de regulação emocional parental constitui um dos principais mecanismos de socialização emocional, influenciando diretamente o desenvolvimento da autorregulação infantil e adolescente (Morris et al., 2007; Crandall et al., 2015). Neste enquadramento, a formulação diagnóstica centrou-se frequentemente não apenas no jovem, mas no funcionamento global do sistema familiar, permitindo compreender os sintomas enquanto expressões relacionais inseridas em contextos emocionais mais amplos.

A mobilização da subcompetência F3.1.2 revelou-se particularmente relevante na identificação do impacto dos fatores de *stress* familiares e sociais no equilíbrio emocional dos jovens, nomeadamente situações de conflito conjugal, sobrecarga emocional parental, fragilidade socioeconómica, absentismo escolar ou dificuldades de adaptação social. Tornou-se evidente que muitos comportamentos considerados “problemáticos” emergiam em contextos familiares marcados por elevada tensão emocional, comunicação desorganizada e reduzida capacidade de contenção afetiva, exigindo intervenções centradas na reorganização relacional e não exclusivamente na modificação comportamental.

A complexidade das situações acompanhadas exigiu igualmente capacidade de diferenciar manifestações de desenvolvimento transitórias de sinais de maior vulnerabilidade psicopatológica, mobilizando as subcompetências F3.1.3 e F3.1.4. A avaliação clínica exigiu interpretar cuidadosamente manifestações emocionais e comportamentais à luz da etapa do desenvolvimento, evitando leituras patologizantes de respostas adaptativas próprias da adolescência, mas simultaneamente reconhecendo indicadores precoces de sofrimento psicológico significativo. Esta capacidade de diferenciação revelou-se particularmente importante em contextos marcados por elevada diversidade familiar, social e emocional.

A formulação diagnóstica em saúde mental (F3.2.1³²) emergiu, assim, de um processo contínuo de integração de informação proveniente do jovem, dos cuidadores, da equipa multidisciplinar e das instituições envolvidas, permitindo construir hipóteses clínicas contextualizadas e terapeuticamente significativas. Neste contexto, o diagnóstico em saúde mental ultrapassou a categorização sintomática, assumindo-se como compreensão dinâmica das interações emocionais e relacionais que sustentavam o sofrimento e a vulnerabilidade observados.

³² “Compromete -se com a definição de indicadores sensíveis aos cuidados em saúde mental.” (OE, 2018, p.3)

Paralelamente, a definição de resultados terapêuticos (F3.2.2³³) orientou-se maioritariamente para objetivos relacionados com melhoria da comunicação familiar, fortalecimento das competências parentais, promoção da regulação emocional, aumento da capacidade reflexiva dos cuidadores e redução de padrões relacionais desorganizadores. Ainda que a intervenção direta incidisse frequentemente sobre os cuidadores, tornou-se progressivamente evidente que a transformação do funcionamento familiar constituía uma condição essencial para a melhoria da adaptação emocional e comportamental dos jovens. Esta perspetiva encontra sólido suporte na evidência científica relativa à eficácia das intervenções parentais e familiares na promoção da saúde mental infantojuvenil (Kazdin, 2005; Sanders & Turner, 2018).

A mobilização da competência F3.3 evidenciou-se particularmente na articulação contínua entre diferentes intervenientes e níveis de intervenção. A colaboração com psicologia, pedopsiquiatria, terapia ocupacional, escolas, CPCJ e restantes estruturas comunitárias permitiu construir respostas terapêuticas mais integradas e coerentes, promovendo continuidade assistencial e redução da fragmentação dos cuidados. A participação em momentos de reflexão clínica e *debriefing* após consultas revelou-se particularmente relevante para a consolidação do raciocínio clínico, discussão diagnóstica e reformulação das estratégias terapêuticas, reforçando a importância da supervisão e da reflexão interdisciplinar na prática avançada em saúde mental.

No domínio das intervenções terapêuticas especializadas (F3.4), destacou-se particularmente a implementação de estratégias psicoeducativas e psicossociais dirigidas aos cuidadores, orientadas para o fortalecimento das competências emocionais e relacionais parentais. A intervenção desenvolvida procurou promover maior consciência emocional, capacidade de mentalização, comunicação assertiva, gestão de conflitos e definição consistente de limites, favorecendo processos de empoderamento

³³ “Identifica, descreve e monitoriza os resultados clínicos individualizados para o cliente e relacionados com o comportamento para determinar a efetividade do plano de cuidados e ganhos em saúde mental.” (OE, 2018, p.3)

familiar e reorganização relacional. Estas intervenções assumiram particular relevância em famílias marcadas por sentimentos de culpa, exaustão emocional e baixa percepção de competência parental, exigindo abordagens terapeuticamente contentoras e não culpabilizantes.

Neste contexto, tornou-se progressivamente evidente que a eficácia da intervenção não dependia apenas das competências objetivamente presentes nos cuidadores, mas da forma como estes percecionavam a sua própria capacidade de agir eficazmente enquanto figuras parentais. Foi precisamente a observação recorrente desta dimensão subjetiva que conduziu à emergência de uma problemática científica relacionada com a percepção das competências socioemocionais parentais, evidenciando a capacidade de transformar a experiência clínica em produção de conhecimento relevante para a prática especializada.

Assim, o desenvolvimento da competência F3 no contexto do PIAC permitiu consolidar uma compreensão avançada da recuperação da saúde mental enquanto processo relacional, sistémico e contextual, evidenciando que ajudar jovens e famílias a recuperar equilíbrio emocional implica muito mais do que intervir sobre sintomas ou comportamentos isolados. Exige capacidade de compreender os significados subjacentes às dinâmicas familiares, fortalecer recursos emocionais e relacionais e promover processos de transformação sustentados na participação, empoderamento e reorganização dos sistemas familiares.

No contexto da UAP, a competência de ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental assumiu particular complexidade clínica, dada a natureza crónica, recidivante e multifatorial da dependência alcoólica. A prática desenvolvida neste contexto exigiu a integração contínua de avaliação clínica, gestão do risco, intervenção motivacional e monitorização terapêutica, mobilizando simultaneamente dimensões psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas orientadas para a recuperação funcional e emocional da pessoa com dependência alcoólica.

A mobilização da competência F3 evidenciou-se inicialmente na capacidade de identificar problemas em saúde mental relacionados com

ansiedade, ambivalência face à mudança, negação do consumo, vergonha, défices de autorregulação emocional e fragilidade motivacional, particularmente relevantes em pessoas com perturbação por uso de álcool.

A identificação destas necessidades clínicas mobilizou as subcompetências F3.1.1 e F3.1.3, permitindo reconhecer manifestações emocionais e comportamentais centrais no processo aditivo, amplamente descritas na literatura contemporânea das dependências como expressão de alterações neurobiológicas, cognitivas e emocionais associadas à disfunção dos circuitos de recompensa, autocontrolo e processamento emocional (Volkow et al., 2016).

A avaliação clínica permitiu compreender que muitos utentes apresentavam discrepâncias significativas entre perceção subjetiva do consumo e realidade clínica observável, particularmente em situações em que o relato verbal minimizava padrões de consumo objetivamente incompatíveis com funcionamento adaptativo ou abstinência. Esta leitura clínica exigiu capacidade de diferenciação entre *insight* parcial, mecanismos defensivos e distorções cognitivas frequentemente associadas à dependência alcoólica, evitando abordagens confrontativas ou moralizantes que poderiam aumentar resistência terapêutica.

A mobilização da subcompetência F3.1.2 tornou-se particularmente evidente na avaliação do impacto dos fatores de *stress* e das crises situacionais na manutenção do consumo alcoólico e no risco de recaída. Em múltiplos casos, tornou-se evidente que experiências de perda, conflito familiar, isolamento social, ansiedade e sofrimento emocional não elaborado funcionavam como precipitantes significativos do comportamento aditivo, reforçando a compreensão da dependência enquanto estratégia inadequada de regulação emocional. Esta leitura encontra suporte nos modelos contemporâneos das dependências, que reconhecem o papel central da vulnerabilidade emocional e da dificuldade de regulação afetiva na manutenção dos comportamentos aditivos (Sinha, 2008).

A complexidade clínica das situações acompanhadas exigiu igualmente capacidade de diferenciação diagnóstica, mobilizando as subcompetências F3.1.3 e F3.1.4. Tornou-se necessário distinguir manifestações associadas à perturbação aditiva de alterações decorrentes de ansiedade, depressão, alterações cognitivas relacionadas com consumo crónico ou efeitos fisiológicos associados à abstinência alcoólica.

Simultaneamente, a monitorização clínica contínua exigiu atenção particular a sinais sugestivos de agravamento do estado físico ou risco de complicações associadas à síndrome de abstinência alcoólica.

Neste contexto, a mobilização da subcompetência F3.1.7 revelou-se particularmente relevante através da vigilância contínua do estado clínico e da avaliação do risco associado ao processo de desabitação alcoólica. A monitorização da tensão arterial, sintomatologia autonómica, alterações comportamentais, nível de ansiedade e taxa de alcoolemia constituiu parte integrante da avaliação especializada, permitindo identificar precocemente situações de potencial descompensação clínica, agravamento sintomático ou risco de complicações associadas à abstinência, nomeadamente *delirium tremens* ou convulsões. Esta vigilância contínua reforçou a importância da tomada de decisão clínica baseada em indicadores objetivos e avaliação sistemática do risco em contexto de alcoologia.

A observação das trajetórias de recaída e persistência do consumo permitiu igualmente mobilizar a subcompetência F3.1.8, particularmente na avaliação do risco para o próprio associado à manutenção dos comportamentos aditivos. Tornou-se evidente que muitos utentes apresentavam significativo comprometimento funcional, vulnerabilidade social, deterioração relacional e risco progressivo para a saúde física e mental, exigindo intervenções terapêuticas estruturadas e acompanhamento continuado.

A partir desta avaliação clínica integrada, tornou-se possível formular diagnósticos em saúde mental e dependências centrados nas respostas humanas e definir objetivos terapêuticos individualizados, evidenciando a mobilização das subcompetências F3.2.1 e F3.2.2. Os objetivos terapêuticos

centraram-se na promoção da abstinência, aumento da motivação para a mudança, fortalecimento da autorregulação emocional, desenvolvimento de estratégias adaptativas de *coping* e redução do risco de recaída.

Esta definição de resultados terapêuticos encontra sustentação no Modelo Transteórico da Mudança e nos princípios da Entrevista Motivacional, que defendem intervenções ajustadas ao nível de prontidão individual para a mudança (Miller & Rollnick, 2013; Prochaska & DiClemente, 1983).

A implementação das intervenções terapêuticas no Hospital de Dia constituiu uma expressão particularmente significativa das competências F3.3 e F3.4, evidenciando a capacidade de estruturar planos de cuidados especializados ajustados às necessidades clínicas e emocionais dos utentes. A articulação entre soroterapia, consultas de enfermagem, acompanhamento médico, intervenções psicoeducativas e sessões de relaxamento terapêutico exigiu coordenação contínua do processo terapêutico, garantindo coerência e continuidade assistencial.

A participação nos acolhimentos multidisciplinares e na organização do percurso terapêutico dos utentes evidenciou a mobilização da subcompetência F3.3.1, particularmente na articulação interprofissional e integração das diferentes intervenções no plano terapêutico global. Esta coordenação revelou-se essencial para garantir uma abordagem integrada da dependência alcoólica enquanto fenómeno biopsicossocial complexo, evitando fragmentação assistencial e promovendo maior consistência na intervenção.

No domínio das intervenções terapêuticas especializadas (F3.4), destacou-se particularmente a implementação de sessões de relaxamento adaptadas do método progressivo de Jacobson, constituindo uma expressão relevante das subcompetências F3.4.1 e F3.4.5. Estas intervenções procuraram promover estratégias de autorregulação fisiológica e emocional, reduzindo ansiedade, tensão psicofisiológica e vulnerabilidade ao *craving*. A evidência científica demonstra que técnicas de relaxamento e consciência

corporal contribuem para redução da ativação autonómica e melhoria da capacidade de regulação emocional em pessoas com perturbação por uso de substâncias (Conrad & Roth, 2007; Garland et al., 2014).

A implementação destas sessões exigiu igualmente monitorização contínua da resposta emocional e fisiológica dos utentes, evidenciando a mobilização da subcompetência F3.4.2. A adaptação das estratégias terapêuticas às características individuais, níveis de ansiedade e capacidade de envolvimento dos participantes revelou-se essencial para garantir segurança emocional e eficácia da intervenção.

Paralelamente, os momentos de psicoeducação desenvolvidos no Hospital de Dia permitiram promover literacia em saúde relativamente aos mecanismos da dependência, fatores precipitantes de recaída, estratégias de *coping* e impacto biopsicossocial do álcool, favorecendo maior *insight* e consciência crítica relativamente ao processo aditivo. Estas intervenções revelaram-se particularmente importantes na desconstrução de crenças culturalmente normalizadas acerca do consumo alcoólico e na promoção de uma compreensão mais integrada da dependência enquanto condição clínica complexa e multifatorial.

A gestão da ambivalência terapêutica constituiu uma dimensão transversal e particularmente exigente da prática clínica neste contexto. A oscilação entre desejo de mudança e resistência à abstinência exigiu uma abordagem não confrontativa, centrada na autonomia, validação emocional e construção progressiva de significado terapêutico, em consonância com os princípios da Entrevista Motivacional, cuja eficácia se encontra amplamente demonstrada na promoção da adesão e mudança comportamental em dependências (Miller & Rollnick, 2013).

No domínio da gestão de caso(F3.5³⁴), destacou-se a importância da articulação entre diferentes estruturas e níveis de cuidados, particularmente cuidados de saúde primários, sistema judicial, respostas comunitárias e estruturas de apoio social, evidenciando a mobilização das subcompetências

³⁴ “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.” (OE, 2018, p.3)

F3.5.4³⁵ e F3.5.6³⁶. Tornou-se evidente que a recuperação em alcoologia depende significativamente da continuidade assistencial, da integração de respostas e da existência de suporte social e comunitário consistente. A literatura internacional demonstra que modelos integrados de *case management* favorecem adesão terapêutica, continuidade de cuidados e redução de recaídas em populações com comportamentos aditivos (Drake et al., 2001; Thornicroft et al., 2016).

Neste contexto, tornou-se particularmente evidente que ajudar a pessoa a recuperar a saúde mental em alcoologia implica muito mais do que promover abstinência alcoólica. Exige capacidade de compreender os significados emocionais associados ao consumo, fortalecer recursos internos de autorregulação, promover motivação para a mudança e construir respostas terapêuticas integradas, continuadas e centradas na singularidade da experiência humana. O desenvolvimento da competência F3 na UAP permitiu, assim, consolidar uma prática especializada marcada pela integração entre rigor clínico, relação terapêutica e intervenção multidimensional orientada para a recuperação e reintegração psicossocial.

De forma transversal, o desenvolvimento da competência específica F3 ao longo dos diferentes contextos formativos permitiu consolidar uma compreensão avançada da recuperação da saúde mental enquanto processo dinâmico, relacional e multidimensional, profundamente influenciado pelas experiências de vida, pelos contextos relacionais e pelos recursos internos e externos disponíveis à pessoa. A prática desenvolvida evidenciou que ajudar a recuperar a saúde mental ultrapassa largamente a gestão de sintomas psiquiátricos, exigindo capacidade de transformar avaliação clínica complexa em intervenções terapêuticas estruturadas, contextualizadas e orientadas para ganhos efetivos em saúde mental.

³⁵ “Coordena a transição de doentes e famílias entre cenários de cuidados de saúde mental, cenários de cuidados de saúde gerais e unidades comunitárias para fornecer continuidade de cuidados e suporte ao cliente, família e outros prestadores de cuidados de saúde.” (OE, 2018, p.3)

³⁶ “Orienta o cliente no acesso aos recursos comunitários mais apropriados, tendo em conta o seu problema de saúde mental.” (OE, 2018, p.3)

Nos diferentes cenários clínicos internamento psiquiátrico, intervenção comunitária e alcoologia tornou-se evidente que o processo terapêutico em saúde mental exige integração contínua entre raciocínio clínico, relação terapêutica e tomada de decisão contextualizada. A formulação diagnóstica em saúde mental revelou-se um processo interpretativo complexo, sustentado na integração de múltiplas dimensões emocionais, comportamentais, relacionais, familiares e sociais, permitindo compreender os sintomas não apenas como manifestações psicopatológicas isoladas, mas como expressões humanas inseridas em trajetórias de vulnerabilidade, sofrimento e adaptação.

Paralelamente, a definição de objetivos terapêuticos e implementação de intervenções especializadas permitiram consolidar uma prática progressivamente mais intencional, reflexiva e orientada para a funcionalidade, autonomia e participação social. A experiência clínica demonstrou que intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, psicoeducativas e socioterapêuticas assumem particular relevância quando desenvolvidas de forma integrada, contínua e ajustada à singularidade da pessoa e do contexto, favorecendo processos de empoderamento, autorregulação emocional e reconstrução identitária.

Ao longo do percurso formativo, tornou-se igualmente evidente que a recuperação em saúde mental raramente ocorre de forma linear, sendo frequentemente marcada por ambivalência, recaída, fragilidade emocional e necessidade de reorganização contínua. Esta realidade exigiu capacidade de sustentar esperança terapêutica, tolerar incerteza clínica e respeitar o ritmo individual de mudança, reconhecendo a pessoa como participante ativa do processo terapêutico e não como destinatária passiva do cuidado. Neste sentido, os modelos contemporâneos orientados para a recuperação revelaram-se particularmente relevantes ao reforçarem a centralidade da autodeterminação, do significado subjetivo e da qualidade de vida na intervenção em saúde mental (Slade, 2009; WHO, 2022).

A experiência permitiu ainda compreender que a recuperação da saúde mental depende significativamente da qualidade das relações

terapêuticas, da continuidade assistencial e da articulação entre diferentes sistemas de cuidados. A coordenação entre equipa multidisciplinar, família, comunidade e recursos institucionais revelou-se determinante para a construção de respostas terapêuticas coerentes, sustentadas e centradas na pessoa, particularmente em situações de elevada complexidade clínica e psicossocial.

Deste modo, o desenvolvimento da competência F3 constituiu um dos processos mais estruturantes do percurso formativo, permitindo consolidar capacidades avançadas de raciocínio clínico, formulação diagnóstica, planeamento terapêutico, gestão de caso e implementação de intervenções especializadas em saúde mental e psiquiátrica. Mais do que a aquisição de competências técnicas, este percurso traduziu-se na construção progressiva de uma prática clínica especializada, relacional e cientificamente sustentada, orientada não apenas para a redução do sofrimento psíquico, mas para a promoção da dignidade, autonomia, participação e potencial de recuperação da pessoa ao longo do ciclo de vida.

4 - Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

A competência específica F4 “Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018, p.4) constitui o quarto eixo estruturante do perfil do EEESMP, conforme definido no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Esta competência corresponde à Competência Específica F4 e traduz a dimensão terapêutica diferenciadora da prática especializada em saúde mental e psiquiatria, integrando intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais orientadas para a

promoção da saúde mental, recuperação funcional e reintegração psicossocial da pessoa.

No enquadramento conceptual do regulamento, a intervenção terapêutica do EEESMP ultrapassa abordagens centradas exclusivamente no controlo sintomático ou na contenção comportamental, assumindo-se como processo clínico relacional, contextualizado e intencionalmente orientado para a transformação da experiência subjetiva da pessoa. O descritivo da competência F4 enfatiza precisamente a necessidade de ajudar o cliente a alcançar um estado de saúde mental próximo do desejado e/ou integrar adaptativamente a experiência de saúde-doença vivida, através da mobilização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais ajustadas à singularidade do contexto individual, familiar e comunitário.

Esta perspetiva encontra suporte nos modelos contemporâneos de *recovery*, que conceptualizam a recuperação em saúde mental como um processo profundamente individual e relacional, centrado na reconstrução da identidade, no desenvolvimento de autonomia, na capacidade de atribuir significado à experiência vivida e na participação ativa na vida familiar, social e comunitária (Slade, 2009; WHO, 2022). Neste enquadramento, a intervenção terapêutica do EEESMP não se limita à aplicação técnica de estratégias ou protocolos, exigindo capacidade de compreender os significados atribuídos pela pessoa ao sofrimento, mobilizar recursos emocionais e relacionais e promover experiências terapêuticas facilitadoras de adaptação, empoderamento e crescimento pessoal.

Paralelamente, os contributos da psicoterapia relacional, da teoria interpessoal e das abordagens psicossociais contemporâneas reforçam que a eficácia das intervenções em saúde mental depende significativamente da qualidade da relação terapêutica estabelecida. A evidência científica demonstra que fatores relacionais como empatia, autenticidade, validação emocional, aliança terapêutica e presença terapêutica constituem elementos centrais dos resultados clínicos, independentemente da modalidade terapêutica utilizada (Norcross & Lambert, 2019). Neste sentido, a

competência F4 exige ao EEESMP elevada capacidade de utilização terapêutica de si próprio, integrando comunicação terapêutica, contenção emocional, escuta ativa e capacidade reflexiva na construção de intervenções clinicamente significativas.

A complexidade desta competência decorre igualmente da necessidade de integrar múltiplos níveis de intervenção individual, familiar, grupal e comunitário ajustando continuamente as estratégias terapêuticas às necessidades, recursos, capacidades adaptativas e contexto sociocultural da pessoa. Assim, a intervenção especializada em saúde mental mobiliza processos terapêuticos diferenciados, incluindo psicoeducação, treino de competências emocionais e sociais, reabilitação psicossocial, relaxamento terapêutico, intervenções motivacionais, técnicas expressivas, suporte familiar e programas de empoderamento, orientados para a promoção da funcionalidade e qualidade de vida.

Os modelos ecológicos e sistémicos reforçam igualmente que os processos de saúde-doença mental são profundamente influenciados pelas dinâmicas familiares, sociais e comunitárias (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner & Morris, 2006). Consequentemente, a competência F4 implica capacidade de intervir não apenas sobre a pessoa individualmente considerada, mas também sobre os contextos relacionais e ambientais que influenciam o sofrimento psíquico, favorecendo processos de reorganização familiar, inclusão social e participação comunitária.

Importa igualmente reconhecer que esta competência possui uma natureza profundamente ética e humanista. A implementação de cuidados psicoterapêuticos e psicossociais em saúde mental exige respeito pela singularidade da pessoa, negociação contínua dos objetivos terapêuticos, reconhecimento do ritmo individual de mudança e capacidade de sustentar processos terapêuticos em contextos frequentemente marcados por ambivalência, vulnerabilidade, recaída e sofrimento persistente. Assim, o EEESMP atua não apenas como executor de intervenções, mas como facilitador de processos de transformação humana, ajudando a pessoa a

desenvolver *insight*, capacidade reflexiva, estratégias adaptativas e maior participação no próprio processo terapêutico.

Ao longo do percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos clínicos internamento psiquiátrico, intervenção comunitária e alcoologia esta competência foi sendo progressivamente consolidada através da implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais dirigidas a pessoas, famílias e grupos em diferentes situações de sofrimento psíquico e vulnerabilidade emocional. A experiência permitiu compreender que o cuidado especializado em saúde mental não se reduz à execução técnica de intervenções, mas corresponde à construção de experiências terapêuticas intencionais, relacionais e transformadoras, orientadas para a promoção da autonomia, dignidade, participação e recuperação da saúde mental.

Mais do que um domínio instrumental da prática clínica, o desenvolvimento da competência F4 configurou-se como aprofundamento da capacidade de utilizar a relação terapêutica, o conhecimento científico e a intervenção especializada como meios facilitadores de mudança, reorganização emocional e crescimento humano, consolidando progressivamente uma prática avançada, reflexiva e centrada na pessoa.

No contexto do internamento psiquiátrico e da reabilitação psicossocial desenvolvidos na Unidade de Recuperação do Centro Hospitalar Conde Ferreira, a competência F4 assumiu particular relevância através da implementação de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas orientadas para a promoção da consciência emocional, funcionalidade relacional e participação ativa dos utentes no processo terapêutico.

Neste contexto, tornou-se progressivamente evidente que o cuidado especializado em saúde mental não se limita à gestão sintomática, exigindo a criação de experiências terapêuticas significativas capazes de promover expressão emocional, reconstrução identitária e fortalecimento das competências adaptativas em pessoas com doença mental grave e persistente.

A intervenção psicoterapêutica grupal “O Círculo das Emoções” constituiu a principal expressão do desenvolvimento desta competência, operacionalizando intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais estruturadas, dirigidas à promoção da literacia emocional, da regulação afetiva e da interação interpessoal em contexto grupal. A conceção da intervenção partiu da identificação de dificuldades significativas ao nível da expressão, reconhecimento e diferenciação emocional nos utentes da unidade, particularmente condicionadas por sintomas negativos, défices cognitivos e limitações comunicacionais frequentemente associados à esquizofrenia crónica.

A estruturação das sessões integrou diferentes modalidades terapêuticas expressivas, como musicoterapia, dramatização, filmoterapia e *roleplay* permitindo mobilizar estratégias terapêuticas ajustadas às características cognitivas e emocionais do grupo (F4.2.1³⁷). A utilização destas abordagens encontra suporte na evidência contemporânea, que demonstra que intervenções expressivas e experimentadas favorecem a expressão emocional, reduzem ansiedade e promovem competências relacionais em pessoas com doença mental grave, particularmente quando existem limitações na verbalização emocional convencional (Haeyen et al., 2017; Yalom & Leszcz, 2020).

A musicoterapia, utilizada como estratégia inaugural da intervenção, revelou-se particularmente facilitadora da evocação emocional e da construção de significado subjetivo. A possibilidade de associar músicas a experiências pessoais permitiu aceder a conteúdos emocionais profundos frequentemente inacessíveis pela comunicação direta, favorecendo processos de autoexpressão, validação emocional e partilha interpessoal. A observação de manifestações espontâneas de envolvimento afetivo como dança, evocação de memórias e verbalização emocional evidenciou o potencial terapêutico da música enquanto facilitadora de segurança emocional e autenticidade relacional.

³⁷ “Implementa intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares ou de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.” (OE, 2018, p.4)

Paralelamente, as dinâmicas de mímica e dramatização permitiram trabalhar a comunicação não verbal, o reconhecimento emocional e a empatia interpessoal (F4.2.2³⁸). A representação corporal das emoções revelou diferenças significativas na capacidade de simbolização emocional entre os participantes, tornando visíveis padrões de isolamento, exagero expressivo ou dificuldade de diferenciação afetiva. Particular relevância assumiu a observação recorrente de confusão entre emoções como raiva e inveja, permitindo utilizar essas manifestações como oportunidade terapêutica para aprofundamento da diferenciação emocional e desenvolvimento de *insight* afetivo. A utilização do aqui-e-agora grupal enquanto espaço terapêutico encontra sustentação nas abordagens sentidas e psicodinâmicas contemporâneas, que reconhecem a experiência emocional vivida no momento como núcleo estruturante da mudança terapêutica (Yalom & Leszcz, 2020).

A filmoterapia constituiu igualmente um recurso terapêutico relevante, permitindo mobilizar identificação projetiva, reflexão emocional e exploração simbólica de conflitos relacionais através da narrativa cinematográfica. A exibição do filme *Up – Altamente* facilitou a emergência de temas associados à perda, solidão, esperança e reconstrução de significado, promovendo processos de identificação emocional e empatia entre os participantes. A literatura demonstra que a utilização terapêutica de narrativas cinematográficas favorece autorreflexão, *insight* emocional e aquisição de competências relacionais, funcionando como mediador simbólico do processamento emocional (Armen Mekhakyán & Szulc, 2025).

Ao longo das sessões, a dinâmica grupal revelou-se um fator terapêutico central (F4.1.2³⁹), promovendo universalidade, coesão, validação emocional e aprendizagem interpessoal, mecanismos reconhecidos como fundamentais na eficácia da psicoterapia de grupo (Yalom & Leszcz, 2020).

³⁸ “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que aumentam o “insight” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.” (OE, 2018, p.4)

³⁹ “Promove a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental, com particular preocupação na doença mental grave ou de evolução prolongada.” (OE, 2018, p.4)

A observação progressiva de maior participação, espontaneidade relacional e capacidade de verbalização emocional evidenciou o impacto da relação terapêutica e da validação emocional enquanto facilitadores de mudança clínica. O reforço positivo, a escuta ativa e a contenção emocional assumiram-se como estratégias estruturantes da intervenção, contribuindo para o aumento da segurança emocional e adesão terapêutica.

A gestão de momentos de tensão, insegurança ou resistência grupal exigiu igualmente mobilização contínua de competências psicoterapêuticas avançadas (F4.2.3⁴⁰). Situações em que alguns utentes demonstravam receio de exposição ou medo de julgamento particularmente durante atividades de dramatização implicaram adaptação terapêutica, validação emocional e reformulação das propostas interventivas. A capacidade de modular a intervenção em função da vulnerabilidade emocional dos participantes permitiu transformar momentos potencialmente desorganizadores em experiências promotoras de autoconfiança, integração grupal e crescimento emocional.

A utilização de instrumentos estruturados, como o “Quadro das Emoções” e a “Roda das Emoções”, constituiu uma estratégia psicoeducacional particularmente relevante na promoção da consciência emocional e monitorização afetiva continuada (F4.2.2). Estes recursos permitiram facilitar processos de identificação emocional em utentes com limitações cognitivas e dificuldades de abstração, promovendo simultaneamente autorreflexão, continuidade terapêutica e participação ativa no processo de cuidado.

A monitorização qualitativa e quantitativa dos resultados permitiu observar evolução positiva ao nível da perceção emocional, compreensão das emoções dos outros, utilização adaptativa das emoções e regulação emocional, evidenciada pelos resultados obtidos na aplicação pré e pós-intervenção da WLEIS-P. Estes dados reforçaram a relevância clínica de

⁴⁰ “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que facilitem respostas adaptativas que permitam ao cliente recuperar a sua saúde mental.” (OE, 2018, p.4)

intervenções psicoterapêuticas grupais estruturadas em contexto de reabilitação psicossocial.

Paralelamente à intervenção formal, as atividades socioterapêuticas e ocupacionais desenvolvidas na unidade como teatro terapêutico, jornal de parede, atividades de estimulação cognitiva e reuniões comunitárias contribuíram igualmente para o desenvolvimento da competência F4, promovendo funcionalidade, participação social, autonomia e integração comunitária (F4.3.2⁴¹). Estas intervenções permitiram trabalhar competências relacionais, expressão emocional, pensamento crítico e sentido de pertença, alinhando-se com os modelos contemporâneos de reabilitação psicossocial e recuperação, que reconhecem a participação social e a reconstrução de papéis significativos como elementos centrais da recuperação em saúde mental.

Neste contexto, tornou-se evidente que a prestação de cuidados psicoterapêuticos e psicossociais em saúde mental exige muito mais do que aplicação técnica de intervenções. Implica capacidade de construir espaços relacionais seguros, sustentar experiências emocionais complexas, promover significado e mobilizar processos terapêuticos ajustados à singularidade da pessoa e do grupo. O desenvolvimento desta competência permitiu compreender progressivamente que a intervenção especializada em saúde mental se concretiza na capacidade de transformar a relação terapêutica em instrumento facilitador de expressão, reorganização emocional e recuperação humana.

No contexto comunitário do PIAC, o desenvolvimento da competência F4 assumiu uma natureza predominantemente psicossocial, psicoeducativa e relacional, centrada no sistema familiar enquanto núcleo terapêutico e elemento estruturante da promoção da saúde mental dos jovens. A intervenção do EEESMP revelou-se particularmente relevante na mediação das dinâmicas familiares, na capacitação parental e na promoção de ambientes emocionalmente mais reguladores e protetores.

⁴¹ “Implementa intervenções psicossociais estruturadas individualmente, em grupos ou comunidades visando a inserção familiar, social e profissional da pessoa com perturbação ou doença mental.” (OE, 2018, p.4)

Neste contexto, tornou-se progressivamente evidente que os comportamentos aditivos e as manifestações emocionais dos adolescentes não podem ser compreendidos de forma isolada, emergindo frequentemente associados a fragilidades relacionais, dificuldades comunicacionais, inconsistências educativas e défices de regulação emocional no sistema familiar. A abordagem clínica adotada no PIAC, sustentada num modelo biopsicossocial e sistémico, permitiu compreender o jovem integrado nas suas dinâmicas familiares e contextuais, valorizando a corresponsabilização parental e a intervenção precoce enquanto fatores protetores da saúde mental.

As sessões de acompanhamento parental, conduzidas pela enfermeira especialista, assumiram um carácter eminentemente psicoeducativo e reflexivo, promovendo nos cuidadores maior consciência acerca do impacto das práticas parentais na regulação emocional e no comportamento dos filhos (F4.1.3⁴²). A intervenção integrou conteúdos relacionados com comunicação assertiva, validação emocional, definição de limites, escuta ativa, gestão de conflitos e estratégias de regulação emocional, procurando favorecer padrões relacionais mais consistentes e securizantes.

A evidência científica demonstra que programas parentais estruturados, centrados no desenvolvimento de competências emocionais e comunicacionais, estão associados à diminuição de conflitos familiares, redução de comportamentos de risco e melhoria do ajustamento emocional de crianças e adolescentes (Sanders & Turner, 2018; Morgan et al., 2023).

Neste sentido, a intervenção observada revelou-se consistente com os modelos contemporâneos de parentalidade positiva e intervenção familiar sistémica, que reconhecem a família como principal contexto de desenvolvimento emocional e social do adolescente.

⁴² "Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais." (OE, 2018, p.4)

Ao longo das sessões tornou-se evidente a importância de promover nos pais um equilíbrio entre autoridade, proximidade emocional e consistência relacional. Muitos cuidadores demonstravam dificuldade em estabelecer limites sem recorrer a padrões comunicacionais excessivamente punitivos ou, inversamente, permissivos e emocionalmente inconsistentes.

A intervenção da enfermeira especialista procurava precisamente favorecer uma parentalidade mais reflexiva e reguladora, ajudando os cuidadores a compreenderem a diferença entre controlo, contenção emocional e validação afetiva. Esta abordagem encontra suporte na teoria da parentalidade autoritativa de Baumrind (1991), associada a melhores *outcomes* ao nível da saúde mental, adaptação social e autorregulação emocional dos jovens.

A observação clínica permitiu identificar mudanças subtis, mas clinicamente significativas, nas dinâmicas familiares ao longo do acompanhamento (F4.1.6⁴³). Verificou-se progressivamente maior capacidade de escuta dos cuidadores, aumento da reflexão sobre o significado emocional dos comportamentos dos filhos e ajuste das estratégias comunicacionais utilizadas no quotidiano familiar.

Em várias circunstâncias, os pais começaram a reconhecer que determinados comportamentos opostos ou consumos não representavam apenas “desobediência”, mas formas desadaptativas de expressão emocional e pedido de ajuda. Estas transformações corroboram a evidência que demonstra que pequenas mudanças relacionais e comunicacionais podem produzir efeitos cumulativos relevantes no funcionamento emocional familiar ao longo do tempo (Branje et al., 2020).

Paralelamente, emergiu frequentemente nos cuidadores um sentimento de insegurança relativamente à aplicação prática das estratégias discutidas durante as sessões. Apesar da receptividade e motivação para a mudança, muitos pais verbalizaram dúvidas sobre a capacidade de manter

⁴³ “Presta apoio sistematizado às famílias de pessoas com doenças mentais graves e crónicas através de intervenções psicoeducativas uni e multifamiliares, incluindo a organização e condução de grupos psicoeducacionais para pessoas com doença mental e famílias.” (OE, 2018, p.4)

novas formas de comunicação e gestão emocional em contextos familiares de maior tensão. Esta realidade evidenciou a importância da continuidade terapêutica, do reforço positivo e do acompanhamento longitudinal enquanto elementos fundamentais da eficácia das intervenções psicoeducativas (F4.1.6). A literatura demonstra que a consolidação de competências parentais exige repetição, suporte continuado e integração progressiva das aprendizagens no quotidiano familiar (Kazdin, 2005).

A abordagem de temas particularmente sensíveis como consumo de substâncias, impulsividade, comportamentos autolesivos, conflitos intrafamiliares ou exposição excessiva às redes sociais exigiu elevada sensibilidade clínica, capacidade de contenção emocional e adaptação comunicacional por parte da enfermeira especialista (F4.1.8⁴⁴). Em múltiplos momentos, tornou-se evidente que o sucesso da intervenção dependia menos da transmissão direta de informação e mais da capacidade de construir um espaço relacional seguro, não julgador e emocionalmente legítimo, onde os cuidadores se sentissem compreendidos nas suas fragilidades parentais. Esta abordagem relacional encontra suporte nos modelos humanistas centrados na pessoa, que reconhecem a aceitação incondicional, a empatia e a segurança psicológica como condições essenciais para a mudança terapêutica (Rogers, 1957).

A observação das consultas através de espelho unidirecional permitiu igualmente aprofundar a compreensão acerca da complexidade da intervenção familiar em saúde mental comunitária. Tornou-se evidente que o enfermeiro especialista não atua apenas como educador parental, mas como mediador relacional e facilitador de processos de consciencialização emocional, ajudando os cuidadores a reinterpretar comportamentos, ressignificar conflitos e reorganizar padrões comunicacionais disfuncionais.

Neste contexto, compreendeu-se progressivamente que a intervenção psicossocial em saúde mental comunitária ultrapassa amplamente a dimensão informativa ou normativa. Trata-se de uma

⁴⁴ “Demonstra sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: sexualidade, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco e outros.” (OE, 2018, p.4)

intervenção profundamente relacional, centrada na transformação das dinâmicas familiares, na promoção de competências emocionais e na construção de contextos mais seguros, reguladores e protetores para o desenvolvimento dos jovens.

O desenvolvimento desta competência permitiu reconhecer que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica assume um papel central enquanto facilitador de mudança familiar, promotor de saúde mental e agente de fortalecimento da resiliência comunitária.

No contexto da UAP, a prestação de cuidados psicoterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais assumiu particular relevância na intervenção junto de pessoas com dependência alcoólica, população frequentemente marcada por ambivalência, vergonha, estigmatização e fragilidade ao nível da autorregulação emocional. Neste enquadramento, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica revelou-se centrada não apenas na gestão clínica da dependência, mas na criação de experiências terapêuticas promotoras de *insight*, motivação para a mudança e reconstrução progressiva da perceção de controlo e competência pessoal.

A dinamização de sessões de relaxamento adaptadas do método de Jacobson constituiu uma intervenção relevante ao nível da promoção da autorregulação fisiológica e emocional (F4.2.5⁴⁵). A ativação fisiológica, ansiedade e hiperreatividade emocional observadas em muitos utentes evidenciaram a dificuldade em tolerar estados internos de desconforto sem recorrer ao consumo como estratégia reguladora. Neste contexto, as técnicas de relaxamento progressivo permitiram promover maior consciência corporal, redução da tensão muscular e desenvolvimento de estratégias alternativas de regulação emocional, funcionando simultaneamente como instrumento terapêutico e experiência corretiva de autocontrolo.

A evidência científica demonstra que intervenções baseadas em relaxamento, *mindfulness* e regulação somática apresentam eficácia

⁴⁵ “Utiliza técnicas psicoterapêuticas e sócio terapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes.” (OE, 2018, p.4)

significativa na redução da ansiedade, *craving* e vulnerabilidade à recaída em pessoas com perturbação por uso de substâncias (Conrad & Roth, 2007; Garland et al., 2014).

Para além da diminuição da ativação fisiológica, estas abordagens favorecem o aumento da tolerância ao desconforto emocional e a capacidade de autorregulação, competências particularmente comprometidas em contextos aditivos.

Observou-se, ao longo das sessões, adesão globalmente positiva dos utentes, particularmente pela perceção imediata de alívio emocional e sensação de controlo sobre o próprio corpo, dimensão frequentemente fragilizada pela experiência prolongada de dependência.

Paralelamente, as intervenções psicoeducativas assumiram um papel estruturante na promoção da literacia em saúde mental e na consciencialização acerca do processo aditivo (F4.1.3). As sessões abordaram conteúdos relacionados com recaída *versus* lapso, impacto neurobiológico e psicossocial do consumo, estratégias de prevenção de recaída, reconhecimento de gatilhos emocionais e promoção de estilos de vida mais saudáveis e estruturados. Estas intervenções permitiram transformar conceitos abstratos em significados clinicamente compreensíveis para os utentes, favorecendo maior *insight* acerca da dependência enquanto condição crónica, multifatorial e recidivante.

A literatura evidencia que a psicoeducação constitui uma das intervenções de primeira linha no tratamento das dependências, estando associada a maior adesão terapêutica, aumento da motivação para a mudança e redução do risco de recaída (Miller & Rollnick, 2013; Volkow et al., 2016).

Contudo, tornou-se evidente que a eficácia destas intervenções não dependia exclusivamente da transmissão de informação, mas sobretudo da capacidade de a integrar numa relação terapêutica empática, não julgadora e emocionalmente segura. Em vários momentos, verificou-se que os utentes possuíam já conhecimento racional acerca das consequências do consumo,

mas apresentavam dificuldade em atribuir significado emocional a esse conhecimento ou em traduzi-lo em mudança comportamental sustentada.

Neste contexto, os princípios da entrevista motivacional influenciaram transversalmente a intervenção desenvolvida, particularmente através da valorização da autonomia, exploração da ambivalência e reforço da motivação intrínseca para a mudança. A mobilização destas estratégias revelou-se particularmente importante perante discursos de minimização, resistência ou descrença na capacidade de recuperação. Em vez de abordagens confrontativas ou moralizadoras, privilegiou-se uma postura terapêutica centrada na validação emocional e na facilitação da reflexão, promovendo nos utentes maior consciência acerca das discrepâncias entre objetivos pessoais, valores e padrões de consumo.

A evidência demonstra que abordagens motivacionais centradas na empatia e colaboração terapêutica produzem melhores resultados em populações com dependências, nomeadamente ao nível da adesão, retenção em tratamento e mudança comportamental sustentada (Miller & Rollnick, 2013). Ao longo da intervenção, observou-se em diversos utentes aumento progressivo da motivação para a mudança, maior verbalização de objetivos pessoais e fortalecimento da crença na possibilidade de alcançar abstinência ou maior controlo do consumo. Estas manifestações evidenciam ganhos ao nível da autoeficácia percebida, variável reconhecida por Bandura (1997) como um dos principais preditores da mudança comportamental sustentada e da persistência perante dificuldades e recaídas.

Simultaneamente, tornou-se evidente que a relação terapêutica assumia um papel central no próprio processo de recuperação. Muitos utentes verbalizavam experiências prévias marcadas por culpa, vergonha, exclusão social e estigmatização associada ao consumo, fatores frequentemente associados ao isolamento emocional e à resistência ao pedido de ajuda. Nestes contextos, a relação estabelecida com os profissionais funcionava frequentemente como primeira experiência de validação emocional não julgadora, favorecendo sentimentos de confiança, pertença e esperança.

A literatura contemporânea reforça que o estigma associado às dependências constitui uma das principais barreiras ao tratamento e recuperação, influenciando negativamente a autoestima, a procura de ajuda e a adesão terapêutica (Livingston et al., 2012). Assim, a postura terapêutica do enfermeiro especialista revelou-se particularmente relevante enquanto fator de contenção emocional, suporte relacional e facilitador da mudança, evidenciando que a eficácia das intervenções em dependências depende não apenas das técnicas utilizadas, mas da capacidade de construir relações terapêuticas consistentes, empáticas e emocionalmente reparadoras.

Neste contexto, o desenvolvimento da competência F4 permitiu compreender que cuidar em saúde mental e dependências implica muito mais do que promover abstinência ou controlar sintomas. Implica criar experiências terapêuticas transformadoras, capazes de restaurar significado, esperança e capacidade de autorregulação em pessoas frequentemente marcadas pela perda de controlo, fragmentação identitária e sofrimento relacional.

De forma transversal, o desenvolvimento da competência específica F4 ao longo dos diferentes contextos clínicos permitiu consolidar uma compreensão avançada da intervenção terapêutica em saúde mental enquanto processo relacional, intencional e profundamente contextualizado. A experiência desenvolvida evidenciou que prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais ultrapassa largamente a aplicação técnica de intervenções, implicando a capacidade de construir relações terapêuticas significativas, mobilizar recursos emocionais e promover experiências facilitadoras de mudança, adaptação e recuperação.

Nos diferentes cenários de prática, nomeadamente, internamento psiquiátrico, intervenção comunitária e alcoologia tornou-se evidente que a eficácia da intervenção em saúde mental depende da integração entre conhecimento científico, sensibilidade relacional e capacidade de adaptação

terapêutica às necessidades singulares da pessoa, família ou grupo. As intervenções desenvolvidas evidenciaram a importância da utilização terapêutica da relação enquanto espaço de validação emocional, construção de significado, promoção de *insight* e fortalecimento da autonomia, particularmente em contextos marcados por sofrimento psíquico, vulnerabilidade relacional e fragilidade identitária.

Ao longo do percurso formativo, verificou-se igualmente que os processos terapêuticos em saúde mental se constroem frequentemente através de mudanças subtis, progressivas e cumulativas, muitas vezes traduzidas em maior capacidade de expressão emocional, reorganização relacional, aumento da consciência crítica ou fortalecimento da percepção de autoeficácia. Esta realidade exigiu capacidade de reconhecer e valorizar ganhos terapêuticos para além da remissão sintomática, orientando a intervenção para dimensões como funcionalidade, participação social, regulação emocional e qualidade de vida, em consonância com os modelos contemporâneos orientados para o *recovery* (Slade, 2009; WHO, 2022).

Paralelamente, tornou-se particularmente evidente que a intervenção psicoterapêutica e psicossocial em saúde mental exige elevada capacidade de tolerância à ambivalência, à incerteza e à complexidade humana. A experiência clínica permitiu compreender que os processos de mudança raramente seguem trajetórias lineares, sendo frequentemente marcados por resistência, recaída, insegurança emocional e necessidade contínua de reconstrução subjetiva. Neste contexto, a postura terapêutica do enfermeiro especialista assumiu-se como elemento central do processo terapêutico, particularmente através da empatia, autenticidade, contenção emocional e manutenção de uma presença relacional consistente e não julgadora.

A prática desenvolvida evidenciou igualmente a importância da intervenção especializada em diferentes níveis individual, grupal, familiar e comunitário permitindo compreender que a saúde mental é profundamente influenciada pelas relações, pelos contextos sociais e pelas experiências de pertença, exclusão ou vulnerabilidade. Assim, a promoção da recuperação implicou não apenas intervenção sobre sintomas ou comportamentos, mas

também fortalecimento das redes relacionais, capacitação familiar, promoção de competências emocionais e criação de contextos mais reguladores e facilitadores da adaptação humana.

Deste modo, o desenvolvimento da competência F4 constituiu um dos processos mais diferenciadores do percurso formativo, permitindo consolidar capacidades avançadas de intervenção psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial e psicoeducacional sustentadas na evidência científica e na utilização terapêutica da relação. Mais do que a aquisição de técnicas específicas, este percurso traduziu-se na construção progressiva de uma prática clínica especializada, ética e humanizada, orientada para a promoção da dignidade, autonomia, esperança e potencial de recuperação da pessoa ao longo do ciclo de vida.

Neste sentido, a consolidação desta competência permitiu compreender que o exercício avançado ESMP se concretiza na capacidade de transformar o encontro terapêutico num espaço de crescimento, reorganização emocional e reconstrução subjetiva, onde a pessoa é reconhecida na sua singularidade, potencial adaptativo e capacidade de mudança.

Síntese Integrativa das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A análise integrada das competências específicas do EEESMP (F1–F4) evidencia que o percurso formativo desenvolvido ultrapassou claramente a aquisição fragmentada de competências técnicas, configurando-se como um processo contínuo de transformação epistemológica, relacional e clínica, conducente à construção progressiva de uma prática avançada, crítica e cientificamente sustentada.

Ao longo deste percurso, tornou-se progressivamente evidente que a especificidade da prática especializada em saúde mental não reside exclusivamente na aplicação de intervenções diferenciadas, mas sobretudo na capacidade de integrar conhecimento científico, raciocínio clínico, relação terapêutica e consciência ética numa intervenção profundamente

contextualizada e centrada na singularidade da pessoa. Neste sentido, as competências específicas revelaram-se não como domínios isolados de atuação, mas como dimensões interdependentes de uma mesma *praxis* clínica avançada, construída através da experiência, da reflexão crítica e da integração contínua entre teoria e prática.

A competência F1 consolidou a compreensão do “uso terapêutico de si” enquanto fundamento estruturante da intervenção em saúde mental, evidenciando que a qualidade da relação terapêutica depende diretamente da capacidade do enfermeiro especialista reconhecer, regular e integrar as próprias respostas emocionais, cognitivas e relacionais. A experiência clínica demonstrou que o autoconhecimento não constitui uma dimensão acessória da prática, mas um instrumento clínico central, particularmente em contextos marcados por sofrimento psíquico complexo, vulnerabilidade emocional e elevada intensidade relacional. Neste enquadramento, tornou-se evidente que a presença terapêutica, a autenticidade e a capacidade de contenção emocional assumem valor clínico equivalente às intervenções técnicas, funcionando como facilitadores de segurança, confiança e transformação subjetiva.

Paralelamente, o desenvolvimento da competência F2 permitiu consolidar uma leitura clínica mais abrangente, ecológica e multidimensional da saúde mental, ultrapassando modelos centrados exclusivamente na sintomatologia psiquiátrica. A integração progressiva de perspetivas de desenvolvimento, sistémicas e psicossociais favoreceu a compreensão da pessoa enquanto sujeito inserido em contextos relacionais, familiares e comunitários complexos, profundamente influenciadores do sofrimento, adaptação e recuperação. Esta evolução do raciocínio clínico permitiu compreender que avaliar em saúde mental significa interpretar significados, identificar padrões relacionais, reconhecer fatores de vulnerabilidade e proteção e integrar múltiplos níveis de análise na construção de hipóteses clínicas contextualizadas e terapeuticamente relevantes.

A competência F3 representou, por sua vez, a consolidação do pensamento clínico avançado enquanto capacidade de transformar

avaliação em decisão terapêutica estruturada, coerente e intencional. O desenvolvimento desta competência permitiu compreender que o processo terapêutico em saúde mental exige muito mais do que a aplicação linear do processo de enfermagem, implicando capacidade contínua de interpretação, reformulação e adaptação da intervenção perante contextos frequentemente marcados por ambivalência, recaída, vulnerabilidade emocional e imprevisibilidade clínica. A articulação entre formulação diagnóstica, definição de objetivos terapêuticos, planeamento de cuidados e implementação de intervenções especializadas consolidou uma prática progressivamente mais autónoma, reflexiva e orientada para a funcionalidade, autonomia e recuperação.

A competência F4 constituiu a expressão mais diferenciadora da prática especializada desenvolvida, evidenciando a capacidade de mobilizar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais ajustadas à singularidade da pessoa e do contexto. Ao longo dos diferentes cenários clínicos, tornou-se evidente que a eficácia terapêutica em saúde mental depende da articulação dinâmica entre técnica, relação e contexto, exigindo elevada capacidade de adaptação clínica, sensibilidade relacional e integração da evidência científica na intervenção. A implementação de intervenções grupais, psicoeducativas, familiares e motivacionais permitiu compreender que a mudança terapêutica ocorre frequentemente através de processos subtis de reorganização emocional, construção de significado, fortalecimento da autoeficácia e reconstrução das relações consigo próprio, com os outros e com a comunidade.

A análise transversal destas competências evidencia claramente a sua natureza profundamente integrada e interdependente. O autoconhecimento e a consciência de si (F1) sustentam a qualidade da relação terapêutica e influenciam diretamente a capacidade de avaliação clínica especializada (F2). Esta avaliação fundamenta o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão terapêutica (F3), que se concretizam na implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais intencionais (F4). Assim, mais do que um conjunto de

competências autônomas, estas dimensões configuram um sistema integrado de prática clínica avançada, sustentado na articulação entre conhecimento científico, relação terapêutica, pensamento crítico e intencionalidade clínica.

Importa igualmente salientar que este desenvolvimento ocorreu em contextos clínicos profundamente distintos internamente: psiquiátrico, intervenção comunitária e alcoologia permitindo compreender a saúde mental ao longo de um *continuum* que integra prevenção, tratamento, reabilitação e reintegração psicossocial. Esta diversidade vivida favoreceu a construção de uma visão ecológica e sistêmica do cuidar, alinhada com os paradigmas contemporâneos da saúde mental, centrados na integração de cuidados, continuidade assistencial e participação ativa da pessoa no processo terapêutico.

Num plano mais profundo, o percurso formativo permitiu uma transformação significativa ao nível do posicionamento profissional e identitário. A transição progressiva de uma prática predominantemente executiva para uma prática intencional, reflexiva e clinicamente fundamentada traduziu-se na capacidade de sustentar decisões clínicas complexas, tolerar incerteza, integrar múltiplos referenciais teóricos e adaptar continuamente a intervenção à singularidade da experiência humana. Neste sentido, a prática especializada passou a ser compreendida não apenas como exercício técnico-científico, mas como compromisso ético e relacional com a dignidade, autonomia e potencial de recuperação da pessoa.

Paralelamente, a articulação entre prática clínica, reflexão crítica e investigação reforçou a compreensão da enfermagem especializada enquanto disciplina científica em permanente construção. A emergência de problemáticas clínicas relevantes no contexto comunitário nomeadamente relacionadas com as competências socioemocionais parentais evidenciou a capacidade de transformar a experiência clínica em produção de conhecimento significativo, aproximando a prática avançada da investigação aplicada e contribuindo para o desenvolvimento científico da ESMP.

Deste modo, a síntese das competências específicas evidencia a consolidação de um perfil profissional diferenciado, caracterizado por pensamento crítico avançado, elevada competência relacional, integração consistente da evidência científica e orientação para ganhos efetivos em saúde mental. Mais do que a aquisição de competências técnicas especializadas, este percurso permitiu construir uma identidade profissional marcada pela capacidade de cuidar com intencionalidade terapêutica, consciência ética, rigor científico e profundo respeito pela singularidade da pessoa humana.

Assim, o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica constituiu não apenas um processo de aprendizagem profissional, mas uma transformação progressiva da forma de compreender o sofrimento psíquico, a relação terapêutica e o próprio sentido do cuidar em saúde mental. Este percurso permitiu consolidar bases sólidas para o exercício autônomo, responsável e diferenciado da prática especializada, comprometida com uma intervenção ética, humanista, baseada na evidência e orientada para a promoção da dignidade, autonomia, esperança e recuperação da pessoa, família e comunidade.

4. Considerações finais

A análise integrada do percurso clínico-formativo desenvolvido evidencia que a aquisição e o desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) não se traduzem num processo meramente cumulativo de conhecimentos técnicos ou científicos, mas numa transformação progressiva do pensamento clínico, da identidade profissional e da forma de compreender o sofrimento humano. Neste sentido, o desenvolvimento de competências especializadas emergiu da articulação dinâmica entre experiência clínica, reflexão crítica, evidência científica, maturação relacional e consciência ética, em consonância com os modelos de desenvolvimento profissional descritos por Benner (2001) e Schön (1983).

A diversidade dos contextos clínicos experienciados — internamento psiquiátrico e reabilitação psicossocial no Centro Hospitalar Conde Ferreira, intervenção comunitária e familiar no Programa Integrado de Apoio à Comunidade, e cuidados especializados em alcoologia na Unidade de Alcoologia do Porto — permitiu contactar com diferentes expressões do sofrimento psíquico ao longo do *continuum* saúde-doença mental. Esta pluralidade favoreceu uma compreensão integrada, ecológica e multidimensional da saúde mental, ultrapassando leituras redutoras centradas exclusivamente na sintomatologia ou em categorias diagnósticas isoladas. A pessoa foi progressivamente compreendida como sujeito inserido em contextos relacionais, familiares, sociais, culturais e institucionais complexos, em consonância com os paradigmas biopsicossociais, ecológicos e orientados para a recuperação (Engel, 1977; Bronfenbrenner, 1979; Slade, 2009; WHO, 2022).

No contexto do internamento psiquiátrico e da reabilitação psicossocial, o contacto com pessoas com doença mental grave, institucionalização prolongada e fragilidade funcional permitiu compreender que o sofrimento psíquico ultrapassa frequentemente a dimensão diagnóstica, encontrando-se profundamente associado à perda de identidade ocupacional, fragilidade relacional, exclusão social, estigma,

redução da autonomia e diminuição das oportunidades de participação. Esta experiência evidenciou a centralidade da reabilitação psicossocial enquanto processo de reconstrução de significado, participação, autodeterminação e promoção da autonomia possível, mesmo em contextos de elevada cronicidade e dependência parcial de suporte institucional (Davidson et al., 2006; Leamy et al., 2011).

Neste contexto, tornou-se particularmente evidente que pequenas conquistas funcionais, emocionais ou relacionais podem assumir profundo significado terapêutico. A participação em atividades socioterapêuticas, intervenções de estimulação cognitiva, saídas terapêuticas e na intervenção psicoterapêutica grupal “O Círculo das Emoções” permitiu consolidar uma visão da reabilitação psicossocial centrada nas capacidades da pessoa e não apenas nos seus défices. Esta experiência reforçou a importância da funcionalidade, da agência pessoal, da expressão emocional, da participação ativa e da reconstrução progressiva de sentido enquanto dimensões essenciais da prática especializada em ESMP.

Paralelamente, a experiência no contexto comunitário permitiu aprofundar a compreensão dos determinantes sociais, familiares e relacionais da saúde mental, particularmente no domínio da infância, adolescência e juventude. A observação das dinâmicas familiares e das competências socioemocionais parentais tornou evidente que o sofrimento psicológico dos jovens não pode ser compreendido de forma dissociada dos sistemas relacionais em que se desenvolvem. Esta experiência reforçou a relevância das abordagens sistêmicas e ecológicas, evidenciando o impacto das competências emocionais parentais na regulação afetiva, adaptação psicossocial e desenvolvimento emocional dos jovens (Bronfenbrenner, 1979; Morris et al., 2007).

Foi igualmente no contexto comunitário que emergiu, de forma particularmente significativa, a articulação entre prática clínica e produção de conhecimento científico. A identificação recorrente de dificuldades parentais ao nível da autorregulação emocional, comunicação, gestão relacional e

percepção de competência parental conduziu à problematização científica da temática das competências socioemocionais parentais, dando origem ao percurso investigativo desenvolvido no âmbito do presente relatório. Esta articulação evidencia que a prática especializada avançada implica não apenas a mobilização de evidência científica disponível, mas também a capacidade de identificar lacunas emergentes da prática clínica e produzir conhecimento relevante para os contextos assistenciais e sociais observados.

No contexto da alcoologia, tornou-se evidente a complexidade biopsicossocial da dependência alcoólica enquanto fenómeno simultaneamente neurobiológico, emocional, relacional, comportamental e existencial. A experiência clínica permitiu compreender que a dependência não reside exclusivamente no comportamento aditivo ou na presença de sintomas de abstinência, mas frequentemente na função psicológica que o consumo assume enquanto estratégia de regulação emocional, gestão do sofrimento psíquico, evitamento experiencial ou tentativa de adaptação a trajetórias marcadas por vulnerabilidade, perda e estigma. A compreensão da ambivalência, da recaída e da motivação para a mudança enquanto fenómenos dinâmicos e não lineares revelou-se central na adaptação da intervenção terapêutica, reforçando a importância de abordagens motivacionais, não confrontativas e centradas na singularidade da pessoa (Miller & Rollnick, 2013; Volkow et al., 2016).

Neste contexto, a recuperação em comportamentos aditivos foi compreendida para além da interrupção do consumo, envolvendo a reconstrução progressiva de significado, identidade, autoeficácia, estratégias de autorregulação emocional e projetos de vida alternativos à dependência. A intervenção do Enfermeiro Especialista revelou-se particularmente relevante na facilitação da motivação para a mudança, na promoção da adesão terapêutica, na prevenção da recaída, na sustentação da esperança terapêutica e na criação de condições relacionais que favoreçam a participação ativa da pessoa no seu processo de recuperação.

De forma transversal aos diferentes contextos clínicos, destacou-se a centralidade da relação terapêutica enquanto núcleo estruturante da prática especializada em saúde mental. Independentemente da especificidade assistencial, tornou-se evidente que a qualidade da presença terapêutica, da escuta, da empatia, da autenticidade, da coerência e da capacidade de contenção emocional influencia profundamente os processos de adesão, *insight*, esperança, motivação para a mudança e reorganização emocional. Esta compreensão encontra fundamento na teoria interpessoal de Peplau, que conceptualiza a relação enfermeiro-pessoa como principal instrumento terapêutico da enfermagem psiquiátrica (Peplau, 1991).

O desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica implicou, simultaneamente, um processo aprofundado de consciência de si enquanto instrumento terapêutico. A exposição continuada a sofrimento psíquico grave, institucionalização prolongada, dinâmicas familiares complexas, ambivalência terapêutica, recaída, exclusão social e vulnerabilidade relacional exigiu capacidade crescente de auto-observação, regulação emocional, tolerância à ambiguidade e reflexão crítica sobre o impacto das próprias emoções, crenças e reações na relação terapêutica. Neste sentido, o autoconhecimento revelou-se não apenas uma dimensão pessoal, mas uma competência clínica avançada, indispensável à construção de intervenções verdadeiramente terapêuticas, eticamente sustentadas e centradas na pessoa.

No domínio das competências específicas do EEESMP, verificou-se o desenvolvimento progressivo e integrado de competências relacionadas com a avaliação clínica especializada, o planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas, a promoção da saúde mental, a reabilitação psicossocial, a intervenção familiar e comunitária e a intervenção em comportamentos aditivos. Este desenvolvimento encontra enquadramento no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define as competências

específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Simultaneamente, consolidaram-se competências comuns do Enfermeiro Especialista relacionadas com responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão de equipas e de cuidados, tomada de decisão clínica, liderança clínica, trabalho colaborativo interdisciplinar e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme preconizado no Regulamento n.º 454/2026. Estas competências traduziram-se na capacidade de analisar criticamente contextos complexos, sustentar decisões clínicas fundamentadas, promover segurança e qualidade dos cuidados, articular respostas multidisciplinares e transformar a reflexão crítica em propostas concretas de melhoria da prática.

A elaboração do Guião de Consulta de Acolhimento na UAP e a implementação da intervenção psicoterapêutica grupal “O Círculo das Emoções” constituem expressões concretas desta capacidade de transformar necessidades identificadas na prática em intervenções estruturadas, cientificamente sustentadas e orientadas para ganhos em saúde mental. Ambas as experiências evidenciam a articulação entre prática baseada na evidência, melhoria contínua da qualidade, pensamento crítico e intencionalidade terapêutica, dimensões essenciais da prática avançada em enfermagem.

Num plano mais profundo, este percurso formativo permitiu compreender que cuidar em saúde mental implica reconhecer humanidade, dignidade e potencial de crescimento mesmo em contextos marcados por elevada vulnerabilidade psicossocial, sofrimento persistente, recaída, exclusão ou limitação funcional. Mais do que intervir sobre sintomas ou comportamentos, a prática especializada revelou-se um exercício contínuo de construção de significado, facilitação de esperança e promoção de possibilidades de recuperação, autonomia e participação social.

Assim, a principal transformação decorrente deste percurso não reside apenas na aquisição de competências observáveis, mas na reconstrução da própria forma de pensar, compreender e exercer

enfermagem em saúde mental e psiquiatria. A passagem de uma prática predominantemente centrada na execução para uma prática clínica crítica, reflexiva, relacional, intencional e cientificamente fundamentada constitui um dos ganhos mais significativos deste percurso formativo.

Deste modo, a Parte I do presente relatório evidencia não apenas a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EEESMP, mas também a construção progressiva de uma prática avançada sustentada na evidência científica, na ética do cuidado, na reflexão crítica e na centralidade da pessoa enquanto sujeito ativo do seu processo de saúde, recuperação e reconstrução existencial. A integração entre experiência clínica, pensamento crítico, relação terapêutica e evidência científica permitiu consolidar um posicionamento profissional mais autônomo, diferenciado e humanizado, constituindo uma base sólida para o exercício especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Competências socioemocionais de pais e cuidadores de
adolescentes e jovens: *Scoping Review*

1. Resumo

Introdução:

As competências socioemocionais parentais, particularmente a autorregulação emocional, a empatia e a autoeficácia, constituem determinantes centrais do desenvolvimento neurobiológico, emocional e psicossocial de adolescentes e jovens. A literatura evidencia que a qualidade das interações familiares e a capacidade dos cuidadores para gerir os próprios estados emocionais influenciam de forma decisiva a adaptação, a saúde mental e o ajuste relacional dos filhos. Neste sentido, a forma como pais e cuidadores percebem as suas próprias competências assume particular relevância científica e clínica.

Objetivos:

Mapear e sintetizar a evidência científica disponível sobre as percepções, experiências e perspetivas de pais e/ou cuidadores de adolescentes e jovens relativamente às suas próprias competências socioemocionais, em contextos familiares e educativos.

Metodologia:

A presente *Scoping Review* foi conduzida metodologicamente de acordo com o referencial teórico do Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020), tendo sido estruturado segundo as diretrizes do protocolo PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) (Tricco et al., 2018).

A estratégia de pesquisa seguiu o mnemónico PCC (População, Conceito e Contexto), abrangendo pais e/ou cuidadores de jovens entre os 10 e os 24 anos, o conceito de competências socioemocionais parentais e os contextos familiar e educativo. A pesquisa foi executada em três etapas distintas: uma recolha inicial limitada para identificação de descritores, seguida de uma pesquisa sistemática integral (efetuada entre novembro e

dezembro de 2025) nas bases de dados PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Nursing & Allied Health Collection e MedicLatina, e, por fim, foi realizada uma pesquisa nas referências bibliográficas dos estudos incluídos.

A seleção dos estudos foi realizada de forma independente por dois revisores, utilizando a plataforma Rayyan®. As eventuais discrepâncias entre os revisores foram resolvidas por consenso ou através do recurso a um terceiro revisor, garantindo o rigor e a minimização de enviesamentos no processo de inclusão (Peters et al., 2020).

Resultados:

Foram incluídos 14 estudos que destacaram como é as competências socioemocionais parentais funcionam como um suporte externo dinâmico para a maturação emocional e o ajustamento psicossocial dos jovens. Os estudos analisados organizaram-se em quatro eixos principais: (i) co-regulação emocional e sincronia neurobiológica entre pais e filhos; (ii) autoeficácia parental, crenças de parentalidade positiva e resiliência familiar; (iii) discrepâncias e convergências entre as percepções de pais e filhos; e (iv) contributo da parentalidade consciente para a prevenção da transmissão intergeracional de padrões disfuncionais. Os cuidadores com melhor autorregulação emocional promovem relações mais seguras, maior adaptação psicossocial e menor vulnerabilidade à psicopatologia nos jovens.

Conclusão:

As competências socioemocionais parentais constituem um fator protetor fundamental no desenvolvimento saudável de adolescentes e jovens, assumindo-se como determinantes relevantes da saúde mental e da coesão familiar. A autoeficácia, a regulação emocional e a qualidade da relação diádica cuidador-jovem influenciam de forma expressiva os processos de adaptação e resiliência. Os resultados sustentam a necessidade de intervenções centradas na literacia emocional, na parentalidade consciente e no fortalecimento da agência parental, embora

persistam lacunas na literatura, nomeadamente quanto à perspetiva paterna e ao contexto luso-mediterrânico.

Palavras-chave: Pais; Adolescente; Autoeficácia; Regulação Emocional; Saúde Mental.

2. Abstract

Introduction:

Parental socioemotional competencies, particularly emotional self-regulation, empathy, and self-efficacy, are central determinants of the neurobiological, emotional, and psychosocial development of adolescents and young people. The literature highlights that the quality of family interactions and caregiver's ability to manage their own emotional states decisively influence children's adaptation, mental health, and relational adjustment. In this context, the way parents and caregivers perceive their own competencies assumes particular scientific and clinical relevance.

Objectives:

To map and synthesize the available scientific evidence regarding the perceptions, experiences, and perspectives of parents and/or caregivers of adolescents and young people concerning their own socioemotional competencies within family and educational contexts.

Methodology:

This Scoping Review was methodologically conducted in accordance with the theoretical framework of the Joanna Briggs Institute (Peters et al., 2020) and structured following the PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews) guidelines (Tricco et al., 2018).

The search strategy followed the PCC mnemonic (Population, Concept, and Context), encompassing parents and/or caregivers of young people aged 10 to 24 years, the concept of parental socioemotional competencies, and family and educational contexts. The search was carried out in three distinct stages: an initial limited search to identify descriptors, followed by a comprehensive systematic search (conducted between November and December 2025) in the PubMed, CINAHL, Nursing & Allied

Health Collection, and MedicLatina databases, and finally a manual search of the reference lists of included articles (snowballing or backward citation search strategy) (Boele et al., 2019; Peters et al., 2020).

Study selection was independently conducted by two reviewers using the Rayyan platform under blind screening conditions. Any discrepancies between reviewers were resolved through consensus or consultation with a third reviewer, ensuring methodological rigor and minimizing bias in the inclusion process (Peters et al., 2020).

Results:

Fourteen studies were included, highlighting how parental socioemotional competencies function as a dynamic external support for the emotional maturation and psychosocial adjustment of young people. The analyzed studies were organized into four main domains: (i) emotional co-regulation and neurobiological synchrony between parents and children; (ii) parental self-efficacy, positive parenting beliefs, and family resilience; (iii) discrepancies and convergences between parents' and children's perceptions; and (iv) the contribution of mindful parenting to preventing the intergenerational transmission of dysfunctional patterns. Caregivers with stronger emotional self-regulation promoted more secure relationships, greater psychosocial adaptation, and lower vulnerability to psychopathology among young people.

Conclusion:

Parental socioemotional competencies constitute a fundamental protective factor in the healthy development of adolescents and young people, emerging as relevant determinants of mental health and family cohesion. Self-efficacy, emotional regulation, and the quality of the caregiver–youth dyadic relationship significantly influence adaptation and resilience processes. The findings support the need for interventions focused on emotional literacy, mindful parenting, and the strengthening of parental agency, although gaps remain in the literature, particularly regarding the paternal perspective and the Luso-Mediterranean context.

Keywords: Parents; Adolescent; Self-efficacy; Emotional Regulation; Mental Health.

3. Enquadramento teórico

As competências socioemocionais (CSE) parentais desempenham um papel determinante no desenvolvimento emocional, comportamental e relacional de adolescentes e jovens, sendo atualmente reconhecidas como pilares da saúde mental e da resiliência familiar (Larrucea-Iruretagoyena et al., 2024; Tan et al., 2020). Entre estas competências, destacam-se a autorregulação emocional, a empatia e a autoeficácia parental, enquanto capacidades fundamentais para a construção de relações seguras (Boele et al., 2019; Kerr et al., 2019; Woźniak-Prus et al., 2024). A evidência demonstra que a gestão eficaz destas competências pelos cuidadores constitui um suporte externo que molda não apenas o comportamento, mas a própria maturidade neurobiológica dos filhos (Kerr et al., 2019).

A literatura contemporânea identifica o contexto familiar como o primeiro espaço de aprendizagem emocional (Branje et al., 2020). Neste âmbito, a capacidade de autorregulação dos pais, sustentada pela circuitaria de inibição pré-frontal, funciona como um "andaime neural" (neural scaffolding) que regula externamente o cérebro em maturação do jovem (Silvers, 2022). Através da sincronização intercerebral, particularmente dirigida para a ínsula anterior do filho, os pais facilitam a co-regulação em momentos de crise, atuando como um fator protetor contra sintomas depressivos e psicopatologia (Ratliff et al., 2022). Inversamente, ambientes marcados por reatividade parental ou comunicação disfuncional podem acelerar precocemente a conectividade amígdala-PFC, criando um neurofenotipo de risco (Silvers, 2022; Tan et al., 2020).

A autoeficácia parental, a crença do cuidador na sua capacidade de desempenhar o papel parental com sucesso, emerge como o recurso intrapessoal mais resiliente em contextos de crise, motivando os pais a investirem energia em interações positivas (Woźniak-Prus et al., 2024). Esta é guiada pelas "Crenças de Bom Pai/Mãe", que operam como uma bússola

ética interna para a tomada de decisão (Weaver et al., 2020). No âmbito sistêmico, a parentalidade consciente (*mindful parenting*) permite a transição de comportamentos reativos para escolhas intencionais, promovendo a estabilidade das estruturas familiares triádicas (Larrucea-Iruretagoyena et al., 2024; Xia et al., 2021). A evidência sugere ainda que a elevada consciência materna pode compensar fragilidades do sistema familiar, protegendo o ajustamento do jovem (Larrucea-Iruretagoyena et al., 2024).

A experiência parental é frequentemente marcada por uma discrepância percetiva normativa. De acordo com a hipótese do investimento intergeracional (*developmental stake*), os pais tendem a relatar as suas práticas de forma mais favorável para validarem o seu sucesso, enquanto os jovens percecionam a relação de forma mais crítica (Korelitz & Garber, 2016). Estas visões tendem a convergir por volta dos 16 anos, assinalando uma transição para uma relação mais horizontal e autónoma (Mastrotheodoros et al., 2019). Contudo, a perceção subjetiva do jovem sobre o suporte recebido revela-se um preditor de saúde mental mais fidedigno do que o autorrelato parental (Nichols & Tanner-Smith, 2022).

Finalmente, no contexto educativo, o papel do progenitor vai além da sensibilidade afetiva. A estimulação do desenvolvimento cognitivo pelos pais provou ser um precursor único de comportamentos escolares adequados, superando o impacto da sensibilidade isolada na transição para a adolescência (Forrer et al., 2024). Assim, a literacia emocional e a autogestão de quem educa constituem o suporte fundamental para o florescimento dos jovens em contextos familiares e educativos.

4. Finalidade e objetivos

A presente *scoping review* tem como finalidade mapear e sintetizar a evidência científica disponível acerca das percepções, experiências e perspectivas de pais e/ou cuidadores relativamente às suas próprias competências socioemocionais, em contextos familiares e educativos, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada do impacto destas competências no desenvolvimento emocional e psicossocial de adolescentes e jovens.

Pretende-se igualmente identificar lacunas existentes na literatura científica, com vista a sustentar futuras investigações e apoiar o desenvolvimento de intervenções promotoras de literacia emocional, parentalidade positiva e saúde mental familiar.

Neste sentido formulou-se a seguinte questão de investigação: “Quais são as percepções, experiências ou perspectivas dos pais e/ou cuidadores de adolescentes e jovens relativamente às próprias competências socioemocionais, em contextos familiares e educativos?”

Objetivo Geral:

Mapear a evidência científica existente sobre as percepções e experiências de pais e/ou cuidadores relativamente às suas competências socioemocionais no acompanhamento de adolescentes e jovens.

Objetivos Específicos:

- Identificar as principais competências socioemocionais parentais descritas na literatura;
- Explorar a relação entre competências socioemocionais parentais e desenvolvimento emocional dos jovens;

- Analisar o impacto da autorregulação emocional e da autoeficácia parental na dinâmica familiar;
- Identificar fatores facilitadores e barreiras associados ao desenvolvimento das competências socioemocionais parentais;
- Reconhecer lacunas da evidência científica que sustentem futuras investigações e intervenções na área da parentalidade e saúde mental.

5. Metodologia

A presente *scoping review* foi conduzida segundo o referencial metodológico do Joanna Briggs Institute (JBI®) (Peters et al., 2020) e reportada de acordo com as orientações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR®) (Tricco et al., 2018). A extração e síntese dos dados foram orientadas pelo referencial metodológico do JBI, sendo o PRISMA-ScR utilizado como guia para a apresentação transparente, rigorosa e completa dos resultados, assegurando a coerência entre os procedimentos metodológicos adotados e a sua apresentação. O protocolo do estudo foi registado na plataforma Open Science Framework (OSF), encontrando-se disponível através do DOI <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/SGCBE> e acessível em <https://osf.io/sgcbe>.

O processo de mapeamento e síntese da evidência científica acerca das perceções, experiências e perspetivas de pais e/ou cuidadores relativamente às suas competências socioemocionais foi estruturado segundo o mnemónico PCC (População, Conceito e Contexto).

5.1. Desenho do estudo

O estudo adotou um desenho metodológico de *Scoping Review*, adequado para explorar áreas científicas complexas, heterogéneas e ainda pouco consolidadas conceptualmente. Este tipo de revisão permite identificar conceitos-chave, mapear a evidência existente, clarificar dimensões teóricas relevantes e reconhecer lacunas na literatura científica.

A delimitação da revisão seguiu o mnemónico PCC (População, Conceito e Contexto) para garantir a replicabilidade do protocolo.

População (P): Pais e/ou cuidadores de jovens (biológicos, adotivos ou figuras parentais de referência). Através da consulta de literatura cinzenta

relativa às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2024) e em articulação com a literatura de desenvolvimento, consideraram-se "jovens" os indivíduos entre os 10 e os 24 anos.

Conceito (C): Estudos que explorem explicitamente a autogestão ou percepção das competências socioemocionais (CSE) dos próprios pais, nomeadamente a sua autorregulação emocional, autoeficácia parental, empatia ou parentalidade consciente (*mindful parenting*).

Contexto (C): Interações, dinâmicas e práticas em contextos familiares e ambientes educativos.

Critérios de Elegibilidade:

Para a seleção das fontes de evidência, foram definidos os seguintes critérios de inclusão, estruturados de acordo com o mnemónico PCC:

- **População (P):** Estudos que incluam pais e/ou cuidadores (biológicos, adotivos ou figuras parentais de referência) de adolescentes e jovens. Em conformidade com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e a literatura de desenvolvimento, considerou-se a faixa etária dos 10 aos 24 anos.
- **Conceito (C):** Investigações que foquem explicitamente as percepções subjetivas, experiências ou perspetivas dos cuidadores sobre a sua própria gestão emocional. Devem ser abordadas competências como a autorregulação emocional, a autoeficácia parental, a empatia (cognitiva e afetiva) ou a parentalidade consciente (*mindful parenting*). Estudos que analisem a sincronia neurobiológica e a co-regulação emocional na díade também são elegíveis.
- **Contexto (C):** Estudos realizados em contexto familiar (dinâmicas domésticas, interações quotidianas) ou em articulação com contextos educativos (implicações da autogestão parental no sucesso e comportamento escolar do jovem).

- **Tipologia e Desenho do Estudo:**

- Artigos científicos primários com dados empíricos originais, utilizando metodologias quantitativas (estudos transversais, longitudinais, experimentais), qualitativas ou de métodos mistos.
- Meta análises e revisões sistemáticas que sintetizem dados primários sobre o tema.
- Idiomas: Fontes publicadas em Língua Portuguesa, Inglesa ou Espanhola, de forma a garantir a abrangência geográfica e cultural pretendida (especialmente para o contexto luso-mediterrânico) e a compatibilidade com as bases de dados MedicLatina e Nursing consultadas.

Critérios de Exclusão:

- Desenho do Estudo: Artigos de opinião, editoriais, revisões sistemáticas (embora as suas referências tenham sido consultadas) e estudos de caso únicos.
- Foco Temático: Estudos centrados exclusivamente nas CSE dos jovens sem análise das competências ou percepções dos cuidadores. Excluíram-se também estudos focados em populações com patologias médicas graves que pudessem enviesar a percepção da competência parental normativa.
- Idade: Investigações que incidam exclusivamente em pais de bebés ou crianças em idade pré-escolar (inferior aos 10 anos).
- Dados Insuficientes: Estudos que não descrevam claramente a metodologia de recolha de dados ou cujos resultados não permitam responder à questão de investigação.

5.2. Estratégia de pesquisa:

A estratégia de pesquisa foi delineada para maximizar a recuperação de literatura relevante, sendo executada em três fases, conforme preconizado pelo manual do Joanna Briggs Institute (JBI) para a condução de Scoping Reviews (Peters et al., 2020). Todo o processo documental e organização do fluxo de informação seguiu as diretrizes do protocolo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Numa primeira etapa, foi realizada uma pesquisa exploratória onde se efetuou uma pesquisa inicial limitada nas bases de dados PubMed e CINAHL para identificar os termos de indexação e palavras-chave mais frequentes nos títulos e resumos de artigos seminais sobre a autogestão socioemocional parental. Esta fase permitiu o refinamento das frases booleanas e a adaptação dos descritores MeSH e termos livres para cada base de dados específica.

Posteriormente, numa segunda fase, efetuou-se a pesquisa integral (realizada entre novembro e dezembro de 2025) nas bases de dados PubMed, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection e MedicLatina. A pesquisa foi estruturada com base no mnemónico PCC (População, Conceito e Contexto), combinando termos como: Parents OR Caregivers AND Emotional Regulation OR Empathy OR Self-efficacy AND Adolescent OR Youth. A pesquisa foi limitada a estudos publicados em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, revistos por pares.

Finalmente, na terceira fase, efetuou-se a pesquisa em listas de referências. Após a seleção dos artigos para inclusão, implementou-se a estratégia de "bola de neve" (*backward citation search*), através da análise manual das listas de referências bibliográficas de todos os estudos selecionados. Este procedimento, adotado para garantir a exaustividade da revisão, visou identificar artigos adicionais de relevância crítica que pudessem não ter sido captados pela pesquisa informática inicial nas bases de dados. Esta técnica permitiu consolidar o corpo de evidência final através da identificação de estudos pioneiros referenciados por outros autores

Base de Dados	Frase Booleana
PubMed	(((((Parents[MeSH Terms]) OR (guardians[Title/Abstract])) OR (Parent*[Title/Abstract]))) AND (((((perception[MeSH Terms]) OR (attitude[MeSH Terms])) OR (perception*[Title/Abstract])) OR (belief*[Title/Abstract])) OR (perspective*[Title/Abstract])) OR (((((((emotional regulation[MeSH Terms]) OR (emotional intelligence[MeSH Terms])) OR (empathy[MeSH Terms])) OR (social skills[MeSH Terms])) OR (self-control[MeSH Terms])) OR (socioemocional skill*[Title/Abstract])) OR (emotional competence*[Title/Abstract])) OR (emotional self-regulation[Title/Abstract])))) AND (((((education[MeSH Terms]) OR (adolescent[MeSH Terms])) OR (young adult[MeSH Terms])) OR (parent-child relations[MeSH Terms])) OR (education[Title/Abstract])) OR (youth[Title/Abstract]))
Cinahl	MH (parents) OR XB (parent*) OR XB (guardians) And MH (perception) OR MH (attitude) OR XB (perception*) OR XB (belief*) OR XB (perspective*) OR MH (emotional regulation) OR MH (emotional intelligence) OR MH (empathy) OR MH (social skills) OR MH (self-control) OR XB (socioemocional skill*) OR XB (emotional competence*)OR XB (emotional self-regulation) AND MH (education) OR MH (adolescent) OR MH (young adult) OR MH (parent-child relations) OR XB (education) OR XB (youth)
Nursing	TI (guardians) OR TI (parent) AND TI (perception) OR TI (belief) OR TI (perspective) OR TI (socioemocional skill) OR TI (emotional competence) OR TI (emotional self-regulation) AND TI (education) OR TI (youth)
MedicLatina	TI (guardians) OR AB (guardians) OR TI (parent) OR AB (parent) AND TI (perception) OR AB (perception) OR TI (belief) OR AB (belief) OR TI (perspective) OR AB (perspective) OR TI (socioemocional skill) OR AB (socioemocional skill) OR TI (emotional competence) OR AB (emotional competence) OR TI (emotional self-regulation) OR AB (emotional self-regulation) AND TI (education) OR AB (education) OR TI (youth) OR AB (youth)

Tabela 1. Estratégia de pesquisa utilizada nas bases de dados.

5.3. Seleção das Fontes de Evidência:

O processo de seleção das fontes de evidência foi conduzido de forma sistemática e transparente, seguindo as diretrizes metodológicas do

JB1 (Peters et al., 202) e as recomendações de reporte do protocolo PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). A seleção decorreu em quatro fases distintas: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão.

Na fase de identificação, os resultados obtidos nas bases de dados (PubMed, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection e MedicLatina) foram importados para o software de gestão de referências e, posteriormente, para a plataforma Rayyan QCRI, onde foram removidos os duplicados automaticamente e manualmente.

Na fase de triagem, dois revisores independentes avaliaram os títulos e resumos em regime cego (*blind screening*), de forma a minimizar o enviesamento de seleção. Nesta etapa, as fontes eram excluídas se não abordassem explicitamente o binómio competências socioemocionais parentais e jovens (10-24 anos) (Peters et al., 2020).

Na fase de elegibilidade, procedeu-se à leitura integral dos artigos pré-selecionados para verificar o cumprimento rigoroso dos critérios de inclusão definidos pelo mnemónico PCC (Peters et al., 2020). Eventuais discrepâncias entre os dois revisores foram resolvidas por consenso ou através da consulta a um terceiro revisor (Peters et al., 2020; Korelitz & Garber, 2016). Paralelamente, realizou-se uma pesquisa manual nas listas de referências dos artigos incluídos (*backward citation search*) para identificar estudos seminais adicionais (Boele et al., 2019).

5.4. Extração de dados:

Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, de forma a garantir a fiabilidade e o rigor do mapeamento (Peters et al., 2020). O formulário de extração contemplou a seguinte informação:

- Identificação do Estudo: Autores, ano de publicação e país de origem.
- Objetivos e Metodologia: Propósito da investigação e desenho do estudo (quantitativo, qualitativo, metanálise).

- Caracterização da Amostra: Distinção entre pais (mães/pais) e jovens, bem como a faixa etária considerada (10-24 anos).
- Contexto e Configuração Familiar: Ambiente onde decorreu o estudo (familiar ou educativo) e tipo de estrutura familiar (díades ou tríades).
- Conceito e Enfoque: Identificação do foco na perceção, experiência ou perspetiva subjetiva dos cuidadores.
- Dimensão Socioemocional: Competências específicas abordadas, tais como autorregulação, empatia, autoeficácia parental ou parentalidade consciente (*mindful parenting*).
- Impacto no Desenvolvimento: Registo do reconhecimento explícito do impacto das competências parentais na saúde mental e comportamento dos filhos.

5.5. Análise e Síntese de Evidência

O processo de análise e síntese dos resultados foi conduzido de acordo com o referencial do JBI para revisões de escopo, adotando uma abordagem narrativa e descritiva (Peters et al., 2020). Esta etapa visou sistematizar a informação de modo a clarificar os conceitos e identificar lacunas no conhecimento sobre as competências socioemocionais parentais (Tricco et al., 2018).

Os dados foram submetidos a uma análise de conteúdo temática para responder diretamente à questão de investigação (Tricco et al., 2018). Os achados foram agrupados de acordo com os eixos definidos no mnemónico PCC, focando-se em:

- Perceções e Crenças: Síntese das representações internas dos pais, como as "Crenças de Bom Pai/Mãe" e a autoeficácia;

- Experiências Relacionais: Mapeamento dos processos de co-regulação, sincronia neurobiológica e dinâmicas triádicas;
- Gestão de Competências Socioemocionais: Análise da autogestão da empatia e autorregulação em contextos de stress ou desenvolvimento;

Finalmente, a síntese incluiu a identificação explícita de lacunas na literatura, nomeadamente a sub-representação da perspectiva paterna (homem) e a escassez de estudos em contextos culturais específicos.

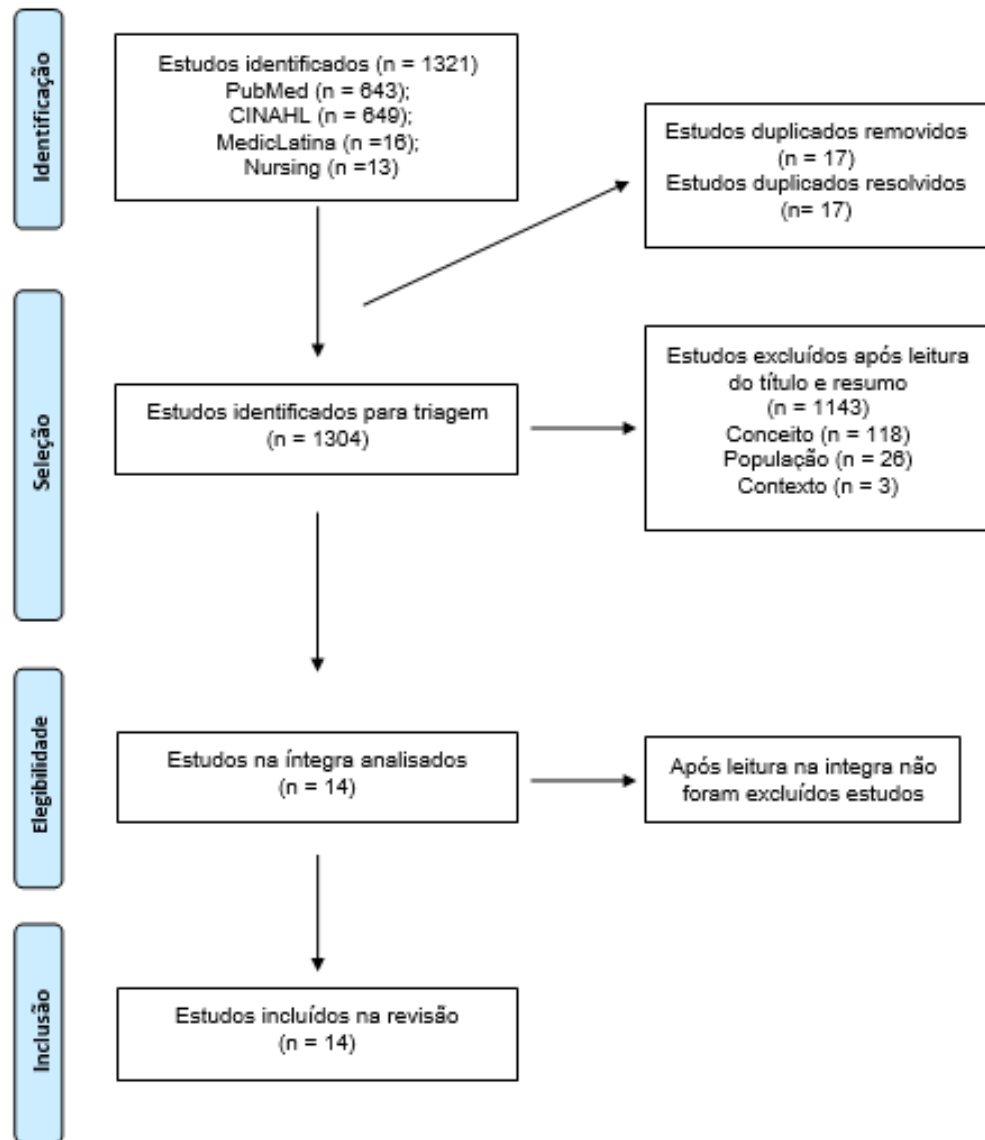
5.6. Considerações éticas

Por se tratar de uma revisão da literatura baseada em dados secundários previamente publicados, o presente estudo não envolveu contacto direto com participantes nem recolha de dados primários, não sendo necessária submissão a comissão de ética.

Contudo, foram respeitados os princípios éticos inerentes à investigação científica, nomeadamente o rigor metodológico, a transparência no processo de seleção e análise dos estudos, a integridade na apresentação dos resultados e o respeito pelos direitos de autoria e propriedade intelectual das publicações incluídas.

6. Resultados

Foi elaborado um fluxograma PRISMA, representando as diferentes fases do processo de seleção dos estudos. Inicialmente, foram identificados 1321 estudos nas bases de dados consultadas, nomeadamente PubMed (n = 643), CINAHL (n = 649), MedicLatina (n = 16) e Nursing & Allied Health Collection (n = 13). Após a remoção de 17 estudos duplicados, permaneceram 1304 estudos para triagem. Depois da leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 1290 estudos por não cumprirem os critérios definidos relativamente ao conceito, população ou contexto em análise. Assim, 14 estudos foram considerados elegíveis para leitura integral, não tendo sido excluído qualquer estudo nesta fase. No total, foram incluídos 14 estudos na revisão. O Fluxograma está representado na Figura 1.



Fonte: PRISMA Flow Diagram adaptado de Page et al. (2022).

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

A extração de dados foi estruturada para mapear resultados críticos, como o impacto da autoeficácia parental em crises, os mecanismos neurais de sincronia intercerebral e a importância da congruência de percepções na diáde pai-filho para a saúde mental do jovem. Os dados foram sintetizados qualitativamente para fornecer uma visão holística de como a agência e a regulação interna do cuidador influenciam o ajustamento dos jovens.

Elaborou-se uma tabela de evidências que auxiliou na extração dos dados. No Quadro 2, constam as seguintes informações: autor(es)/ano, objetivo(s), tipo de estudo, dimensão socioemocional e principais resultados.

Estudo	Autores / Ano / País	Objetivo	Metodologia	Amostra
E1	Boele et al. (2019) / Holanda e Itália	Analisar a relação entre a qualidade das relações (pais/pares) e a empatia na adolescência	Meta-análise multinível	Díade (n=75) Díade (n=75)
E2	Weaver et al. (2020) / EUA	Explorar o conceito de "Crenças de Bom Pai/Mãe" na tomada de decisão em saúde	Revisão de literatura	N/A
E3	Kerr et al. (2019) / EUA	Investigar influências parentais nos mecanismos neurais da regulação emocional (RE) dos filhos	Revisão de literatura interdisciplinar	N/A
E4	Silvers (2022) / EUA	Examinar o papel do cuidado na variabilidade da RE na adolescência	Revisão de literatura	N/A
E5	Ratliff et al. (2022) / EUA	Explorar associações intercerebrais na	Revisão e extensão de modelo teórico	N/A

		regulação emocional diádica e psicopatologia		
E6	Mastrotheodoros et al. (2019) / Holanda	Analisar a convergência de relatos sobre apoio e controlo parental	Estudo longitudinal	n = 497 famílias
E7	Tan et al. (2020) / EUA	Rever associações entre socialização emocional (<i>Emotion-Related Socialization Behaviors</i>) e substratos neurais	Revisão de literatura	N/A
E8	Korelitz & Garber (2016) / EUA	Avaliar a congruência de percepções de parentalidade via meta-análise	Meta-análise	N/A
E9	Branje et al. (2020) / Holanda	Analisar a transmissão intergeracional da parentalidade e psicopatologia	Revisão teórica	N/A
E10	Larrucea-Iruretagoyena et al. (2024) / Espanha e EUA	Identificar perfis de parentalidade consciente e relação com problemas juvenis	Estudo longitudinal	n = 441 famílias
E11	Nichols & Tanner-Smith (2022) / EUA	Investigar discrepâncias de relatos em adolescentes com	Estudo longitudinal	n = 294 famílias

		<i>Substance Use Disorder (SUD)</i>		
E12	Xia et al. (2021) / EUA	Capturar estruturas triádicas e dinâmicas diárias de proximidade	Análise de perfil latente multinível	n = 144 famílias
E13	Woźniak-Prus et al. (2024) / Polónia	Identificar correlatos de experiências positivas na relação no confinamento	Estudo transversal	n = 228 mães; n = 231 pais
E14	Forrer et al. (2024) / Holanda e EUA	Analisar precursores da parentalidade precoce (sensibilidade) no desenvolvimento	Modelação de equações estruturais.	n = 1.097 mães

Tabela 2. Caracterização dos estudos incluídos na *scoping review*.

A Tabela 2 apresenta a caracterização geral dos estudos incluídos na revisão, contemplando os autores, ano e país de publicação, objetivos, metodologias utilizadas e respetivas amostras. Esta análise permitiu identificar a predominância de estudos desenvolvidos em contexto familiar, com recurso maioritário a revisões de literatura, estudos longitudinais e meta-análises, evidenciando o crescente interesse científico pelas dimensões relacionais e socioemocionais associadas à parentalidade.

Complementarmente, a Tabela 3 sistematiza os principais contextos, enfoques conceptuais e dimensões socioemocionais exploradas nos estudos selecionados, bem como os resultados mais relevantes identificados. A sua análise possibilita compreender de forma integrada a influência das perceções, experiências e práticas parentais no desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes, destacando-se particularmente

aspetos como a regulação emocional, a empatia, a coesão familiar e a parentalidade positiva.

Estudo	Contexto	Enfoque	Dimensão Socioemocional	Principais resultados?
E1	Familiar e Pares	Percepção / Perspetiva	Empatia (Afetiva e Cognitiva)	A percepção de uma relação pautada pelo calor e suporte emocional viabiliza a socialização da empatia através da modelagem comportamental, predizendo níveis superiores de empatia afetiva e cognitiva nos adolescentes
E2	Familiar	Percepção / Experiência	Crenças e Dever Parental	As "Crenças de Bom Pai/Mãe" operam como uma bússola ética interna que orienta a tomada de decisão em contextos complexos, influenciando o sentido de dever do cuidador e promovendo o conforto e bem-estar do filho
E3	Familiar	Perspetiva	Regulação Emocional (RE)	A gestão das emoções pelos pais, sustentada pela circuitaria de inibição pré-frontal, regula externamente os estados do jovem e influencia o desenvolvimento dos próprios neurocircuitos

				de regulação emocional da criança via sincronia social
E4	Familiar	Perspetiva	Regulação Emocional (RE)	A experiência de autorregulação parental prediz a capacidade regulatória dos filhos através da sincronia pré-frontal, constituindo um mecanismo indireto fundamental para o ajustamento psicossocial positivo na adolescência
E5	Familiar	Perspetiva	Sincronia e Co-regulação	A perspetiva e coordenação das respostas cerebrais (sincronia intercerebral dirigida pelo progenitor) influenciam a regulação diádica, estando associadas a uma redução significativa de sintomas depressivos nos adolescentes
E6	Familiar	Perceção / Perspetiva	Apoio e Controlo Comportamental	A perceção e adaptação parental a uma relação mais igualitária, a par da convergência de relatos sobre suporte e controlo, facilitam a transição para a autonomia e o

				ajustamento psicossocial bem-sucedido
E7	Familiar	Perspetiva	Socialização das Emoções (<i>Emotion-Related Socialization Behaviors</i>)	A experiência de comportamentos parentais de socialização emocional positivos impacta a maturação cerebral (engrossamento cortical e modulação da amígdala), protegendo o jovem contra a desregulação emocional
E8	Familiar	Perceção	Aceitação e Controlo	A congruência percetiva entre as partes é essencial; discrepâncias onde os pais se percebem de forma excessivamente favorável comparativamente aos filhos estão associadas a sintomas internalizantes e externalizantes no jovem
E9	Familiar	Perspetiva	Autoeficácia e Competência Social	A percepção de autorregulação e competência social por parte dos pais funciona como um mediador capaz de interromper a

				transmissão intergeracional de comportamentos agressivos e psicopatologia
E10	Familiar	Experiência / Percepção	Parentalidade Consciente (<i>Mindfulness</i>)	A experiência de parentalidade consciente (atenção plena e não-julgamento) associa-se a menores problemas comportamentais, enquanto perfis de baixa consciência parental predizem maior ansiedade e agressividade no jovem
E11	Familiar	Percepção	Parentalidade Positiva e Monitorização	Em contextos de recuperação (SUD), a percepção do jovem sobre a parentalidade positiva, mesmo quando diverge da visão autocrítica parental, atua como fator protetor contra sintomas de ansiedade e depressão
E12	Familiar	Experiência / Percepção	Proximidade e Coesão	A percepção da estabilidade triádica (mãe-pai-filho) molda a segurança emocional do adolescente, sendo que dinâmicas flutuantes ou

				desequilibradas elevam o risco de desajustamento
E13	Familiar	Experiência / Percepção	Regulação Emocional, Empatia e Autoeficácia	A autoeficácia parental emergiu como um dos principais preditores de experiências positivas na relação; pais que confiam nas suas capacidades e competências educativas investem mais energia na proteção do bem-estar emocional do filho em períodos de crise
E14	Familiar e Educativo	Perspetiva	Sensibilidade e Regulação Emocional	A experiência de sensibilidade parental precoce (percepção e resposta ao stress do filho) é o precursor mais robusto da autorregulação emocional e do comportamento escolar adequado até à adolescência

Tabela 3. Síntese dos principais resultados e dimensões socioemocionais identificadas.

A análise sistemática da evidência revela que as CSE dos pais funcionam como um suporte externo dinâmico que molda a maturação biológica e o adaptação psicossocial dos jovens. Os resultados foram

sintetizados em quatro eixos temáticos que detalham os mecanismos neurobiológicos, cognitivos e relacionais identificados.

Co-regulação e Neurobiologia

A gestão das CSE pelos cuidadores constitui uma intervenção biológica direta no cérebro do jovem. A capacidade de autorregulação dos pais, sustentada pelos circuitos neurais de inibição pré-frontal, regula externamente os estados emocionais dos adolescentes através de processos de sincronia social. Conforme demonstrado por Ratliff et al. (2022) através de estudos de *hiperscanning*, a sincronia intercerebral dirigida pelo progenitor (especificamente para a ínsula anterior do filho) atua como um fator protetor contra sintomas depressivos no jovem.

Em termos estruturais, Tan et al. (2020) e Whittle et al. (2014) sugerem que a parentalidade positiva está associada à redução da espessura cortical adaptativo e à redução da reatividade da amígdala. Inversamente, Silvers (2022) nota que a exposição a comportamentos parentais negativos pode acelerar precocemente a conectividade amígdala-PFC, criando um neurophenotipo "adulto" prematuro que confere risco para a saúde mental futura.

Autoeficácia Parental

As dimensões internas dos cuidadores (as suas crenças e sentido de eficácia) emergem como os motores primários da resiliência familiar. Weaver et al. (2020) definem as "Crenças de Bom Pai/Mãe" como uma bússola ética interna que orienta a tomada de decisão ética em contextos complexos, priorizando o bem-estar do filho e reduzindo o *stress* do cuidador.

No contexto da pandemia de Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Woźniak-Prus et al. (2024) identificaram que a autoeficácia parental foi o recurso intrapessoal mais robusto, motivando os pais a investir mais energia na proteção do equilíbrio emocional dos filhos. Estas competências funcionam como mediadores que podem interromper a transmissão

intergeracional de psicopatologia e agressividade, conforme postulado por Branje et al. (2020). Além disso, Forrer et al. (2024) confirmam que a sensibilidade parental precoce é o precursor mais estável da autorregulação até à adolescência.

Percepções Pais-Filhos

Uma evidencia transversal é a divergência normativa entre os relatos de pais e filhos. Korelitz e Garber (2016) explicam esta discrepância através da hipótese do "investimento intergeracional" (*developmental stake*), onde os pais tendem a relatar as suas práticas de forma mais favorável (com maior suporte e aceitação) para validar o seu sucesso no papel.

Embora Mastrotheodoros et al. (2019) confirmem que estas visões tendem a convergir por volta dos 16 anos (assinalando uma transição para uma relação mais igualitária e pragmática), a persistência de grandes discrepâncias pode constituir um indicador de risco para sintomas internalizantes e externalizantes. Contudo, em contextos clínicos de recuperação (ex: abuso de substâncias), Nichols e Tanner-Smith (2022) sugerem que a percepção positiva do adolescente sobre a parentalidade pode ser mais protetora do que a própria visão autocrítica do pai. Adicionalmente, Boele et al. (2019) demonstram que boas capacidades empáticas no jovem podem atuar como um fator protetor contra experiências relacionais pobres.

Sistema Familiar

A adaptação do jovem depende da estabilidade do sistema familiar como um todo interdependente. Xia et al. (2021) identificaram estruturas familiares triádicas (mãe-pai-filho), concluindo que a estrutura "Coesa" é a mais comum e estável, enquanto dinâmicas desequilibradas ou flutuantes elevam o risco de desajuste.

Relativamente à parentalidade consciente (*mindful parenting*), Larrucea-Iruretagoyena et al. (2024) revelam que perfis de baixa consciência parental em ambos os progenitores associam-se a maiores níveis de disciplina agressiva e problemas comportamentais nos jovens.

Notavelmente, o perfil de alta consciência materna pode atuar como um fator compensatório e protetor para todo o sistema familiar, reforçando a importância da autogestão emocional na base da educação.

7. Discussão

A análise sistemática da evidência demonstra que a adaptação socioemocional dos jovens na transição para a idade adulta é indissociável da agência e da realidade subjetiva dos seus cuidadores. No âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, os resultados reforçam que a intervenção clínica deve transitar de um foco exclusivo no comportamento do jovem para a capacitação emocional de quem educa, reconhecendo a família como um sistema de influências recíprocas (Branje et al., 2020; Larrucea-Iruretagoyena et al., 2024).

Agência Parental e o Motor da Resiliência Familiar

A agência parental, fundamentada na autoeficácia, emergiu como o recurso intrapessoal mais robusto em contextos de adversidade. De acordo com Woźniak-Prus et al. (2024), durante o confinamento da COVID-19, a crença na própria capacidade de influenciar positivamente o filho foi o preditor mais forte de experiências relacionais positivas, funcionando como o núcleo da agência humana que motiva o investimento de energia no cuidado. Sob a luz da Teoria da Vinculação (Bowlby, 1988), estas cognições são o que permite ao cuidador constituir-se como uma "base segura", essencial para que o jovem desenvolva a sua própria autorregulação em períodos de crise.

Discrepâncias de Percepção e a Construção da Realidade Clínica

Um achado transversal e de elevada relevância para o enfermeiro especialista é a discrepância normativa entre os relatos de pais e filhos. Korelitz e Garber (2016) explicam esta divergência através da hipótese do investimento intergeracional (*developmental stake*), onde os pais tendem a ver a relação de forma mais favorável (maior aceitação e suporte) para validar o seu sucesso no papel. Contudo, em contextos de saúde mental, Nichols e Tanner-Smith (2022) alertam que a percepção subjetiva do adolescente sobre o suporte recebido pode ser um fator protetor mais fidedigno do que a visão autocrítica ou "realista" do progenitor, sugerindo

que o enfermeiro deve valorizar a voz do jovem como indicador clínico central.

Neurobiologia Sistémica: O Pai como "Andaime" do Desenvolvimento

A integração das teorias biocomportamentais revela que a autogestão emocional do pai não é apenas um fenómeno psicológico, mas uma intervenção biológica. Kerr et al. (2019) e Tan et al. (2020) demonstram que a capacidade de regulação do córtex pré-frontal do pai "empresta-se" ao cérebro em maturação do filho, funcionando como um "andaime" neural que molda os circuitos neurais de resposta ao stress do jovem. Esta sincronia intercerebral, especialmente dirigida pelo pai (homem) para a ínsula anterior do filho, é protetora contra sintomas depressivos (Ratliff et al., 2022). Paralelamente, a Teoria dos Sistemas Familiares (Cox & Paley, 1997; Minuchin, 1974) ajuda a interpretar por que estruturas triádicas estáveis e coesas são fundamentais: a parentalidade consciente de um progenitor (frequentemente a mãe) pode compensar fragilidades do sistema, protegendo o sistema familiar de dinâmicas instáveis ou desequilibradas (Xia et al., 2021; Larrucea-Iruretagoyena et al., 2024).

Lacunas na Investigação e o Contexto Luso-Mediterrâneo

A revisão identificou uma lacuna crítica na literatura: o "esquecimento" de quem educa. Existe um vasto corpo de conhecimento sobre as competências dos jovens, mas pouca investigação sobre como os pais percecionam o seu próprio conhecimento na gestão das suas CSE. Além disso, a predominância de estudos anglo-saxónicos e holandeses limita a generalização para o contexto cultural português ou mediterrâneo, onde a valorização da interdependência familiar pode alterar as dinâmicas de "*stake*" intergeracional e as percepções de controlo (Antonopoulou et al., 2012; Larrucea-Iruretagoyena et al., 2024).

Percepções, Autogestão e o Impacto da Agência Parental

A evidência reunida demonstra que a educação dos jovens é mediada por processos internos do cuidador que transcendem a mera observação comportamental. Estes resultados sugerem que a adaptação familiar depende da capacidade de o progenitor atingir a sua própria definição de competência, o que promove paz interna e reduz sentimentos de culpa (Weaver et al., 2020).

A autogestão das CSE manifesta-se de forma prática através da parentalidade consciente (*mindful parenting*). Ao agirem com atenção plena e aceitação não julgadora, os pais conseguem reduzir práticas disciplinares reativas e automáticas, como a agressividade, o que protege o adolescente de sintomas internalizantes e externalizantes (Larrucea-Iruretagoyena et al., 2024). Este processo de autogestão tem um impacto biológico direto; a capacidade de regulação do progenitor, sustentada pela sua circuitaria pré-frontal, funciona como um "andaime neural" que regula externamente o cérebro em maturação do filho através da sincronia intercerebral (Kerr et al., 2019; Ratliff et al., 2022).

Finalmente, no que toca ao sucesso educativo, a evidência sugere que o papel do progenitor vai além da sensibilidade afetiva. A estimulação do desenvolvimento cognitivo pelos pais provou ser um preditor único de comportamentos escolares adequados, superando o impacto da sensibilidade isolada durante a escola primária (Forrer et al., 2024). Em suma, a literatura reforça a necessidade de intervir na "base" familiar, capacitando os cuidadores na gestão das suas próprias emoções para que estes possam, por sua vez, fornecer o suporte biológico e cognitivo necessário ao florescimento dos jovens (Forrer et al., 2024).

Implicações para a prática de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental

Relativamente às implicações para a Prática de Enfermagem, esta Scoping Review conclui que a gestão das CSE dos pais é o suporte externo primário para o desenvolvimento biopsicossocial do jovem. Por esse motivo, na prática de enfermagem na saúde mental, é importante capacitar quem educa, mudando o foco da correção de défices no jovem para o

fortalecimento da autoeficácia e agência do progenitor. Incluir ativamente os pais (homens) em programas de *mindful parenting*, superando o viés materno encontrado na investigação. Por fim, utilizar a discrepância de relatos como ferramenta diagnóstica, trabalhando na convergência de visões para promover a coesão familiar.

Contribuições Esperadas e Implicações

Esta revisão aprofundada oferece contributos que transcendem a mera observação comportamental.

A revisão revela justificação Biológica para Intervenção, e demonstra que treinar a RE (regulação emocional) e a parentalidade consciente nos pais não altera apenas o comportamento, mas "molda" fisicamente os circuitos neurais de resiliência dos adolescentes. Reforça que a autoeficácia é o recurso mais valioso em crises, devendo as intervenções focar-se no fortalecimento do sentido de mestria parental e na ativação de redes de apoio social. Revela ainda a importância da valorização da perspetiva do jovem, que pode ser mais preditiva de sintomas de saúde mental do que a visão, por vezes excessivamente favorável, do cuidador. Por fim, o uso de perfis familiares permite desenhar intervenções que não tratam a família como um bloco único, mas abordam as necessidades específicas de cada progenitor, especialmente em famílias com baixos recursos de atenção plena.

Apesar do rigor metodológico seguido, os achados desta *scoping review* devem ser interpretados à luz de limitações importantes presentes na literatura atual. Verifica-se uma sub-representação sistemática da perspetiva e da sincronia neural dos pais (homens), uma vez que a investigação se foca predominantemente nas figuras maternas, o que limita a compreensão da dinâmica biocomportamental do cuidador masculino.

Adicionalmente, identifica-se uma lacuna cultural significativa, dada a escassez de estudos desenvolvidos no contexto luso-mediterrânico. A maioria da evidência provém de amostras anglo-saxónicas e holandesas, o

que condiciona a generalização dos resultados para culturas que vivenciam a interdependência familiar de forma distinta.

A natureza dos dados constitui também uma limitação, pois a predominância de instrumentos de autorrelato e de desenhos transversais impede a determinação de relações de causalidade direta entre a autogestão parental e o desenvolvimento neurobiológico do jovem. Por fim, o acesso limitado a certas bases de dados pagas e a restrição linguística aos idiomas inglês, português e espanhol podem ter excluído contributos relevantes publicados noutras línguas.

Estas limitações e os resultados sintetizados encerram implicações críticas para a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. A evidência sobre a discrepância percetiva normativa e a hipótese do investimento intergeracional (*developmental stake*) sugere que o enfermeiro deve transitar de intervenções focadas exclusivamente no comportamento do jovem para abordagens que promovam a literacia emocional e a autorreflexão do cuidador. É imperativo capacitar os pais para reconhecerem a sua autogestão emocional como um "andaime neural" fundamental para a regulação do filho, especialmente em momentos de crise.

Para a intervenção comunitária e hospitalar, recomenda-se o desenvolvimento de programas de treino parental baseados na parentalidade consciente (*mindful parenting*) que incluam ativamente o pai (homem), visando reduzir a reatividade do sistema familiar e fortalecer a autoeficácia parental. Seguindo o modelo de resiliência, a prática clínica deve afastar-se de uma perspetiva baseada no défice, focando-se em fortalecer os recursos intrapessoais dos pais como motor de mudança para o bem-estar da díade.

Em suma, esta revisão reforça a necessidade de as intervenções de enfermagem reconhecerem que a saúde mental do jovem é indissociável da competência socioemocional de quem educa, sendo o suporte ao cuidador a base primária para o florescimento de novas gerações.

8. Conclusão

Esta scoping review permitiu mapear a evidência científica sobre a autogestão das CSE parentais, consolidando a visão de que estas não representam apenas um atributo individual, mas constituem o suporte externo primário para a maturação neurobiológica e o ajuste psicossocial dos jovens (Kerr et al., 2019; Tan et al., 2020).

Conclui-se que a agência parental, operacionalizada através da autoeficácia, é o motor central da resiliência familiar (Woźniak-Prus et al., 2024). Em consonância com a Teoria da Vinculação, cuidadores que perfeccionam as suas competências com segurança e confiança conseguem constituir-se como a "base segura" necessária para que o adolescente desenvolva estratégias de reavaliação cognitiva eficazes e proteção contra a psicopatologia (Kerr et al., 2019; Silvers, 2022).

Uma evidencia fundamental desta revisão é a natureza dialética das percepções diádicas. Embora a discrepância entre os relatos de pais e filhos seja um fenómeno normativo explicado pelo "investimento intergeracional" (Korelitz & Garber, 2016), a sua convergência por volta dos 16 anos assinala uma transição saudável para uma relação mais horizontal (Mastrotheodoros et al., 2019). Contudo, no contexto da Enfermagem de Saúde Mental, a evidência alerta que a percepção subjetiva do jovem sobre o suporte recebido é um indicador clínico de saúde mental mais robusto do que a visão autocrítica ou idealizada do progenitor (Nichols & Tanner-Smith, 2022).

Do ponto de vista sistémico, a adaptação do jovem depende da estabilidade das estruturas familiares triádicas (Xia et al., 2021). A prática de uma parentalidade consciente (*mindful parenting*) surge como uma ferramenta preventiva de eleição, capaz de interromper a transmissão intergeracional de padrões agressivos e promover a coesão do sistema familiar (Branje et al., 2020; Larrucea-Iruretagoyena et al., 2024). Em suma,

"educar quem educa" não é um luxo, mas uma estratégia de saúde pública parsimoniosa e essencial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional permitiu consolidar um percurso formativo, científico e humano profundamente transformador, sustentado na articulação contínua entre prática clínica especializada, reflexão crítica e produção de conhecimento científico em ESMP.

Ao longo de todo este percurso, tornou-se evidente que a complexidade do sofrimento psíquico contemporâneo exige intervenções especializadas capazes de integrar conhecimento técnico-científico, competência relacional, pensamento crítico, sensibilidade ética e capacidade de adaptação clínica a contextos humanos marcados pela vulnerabilidade, imprevisibilidade e singularidade. Neste enquadramento, a especialização em ESMP revelou-se não apenas um processo de aquisição de competências avançadas, mas sobretudo um processo de transformação pessoal enquanto profissional de saúde, permitindo a construção progressiva de uma prática mais consciente, intencional, reflexiva e cientificamente sustentada.

Os objetivos inicialmente definidos para este relatório foram amplamente concretizados, na medida em que foi possível desenvolver, analisar criticamente e integrar as competências comuns e específicas do EEESMP, mobilizando referenciais teóricos contemporâneos e evidência científica atualizada na compreensão e intervenção perante diferentes expressões do sofrimento mental. A diversidade dos contextos clínicos experimentados (internamento psiquiátrico, intervenção comunitária e alcoologia) possibilitou uma compreensão abrangente do *continuum* de cuidados em saúde mental, desde a prevenção e promoção da saúde até à reabilitação psicossocial e recuperação em situações de doença mental grave e comportamentos aditivos.

O percurso desenvolvido no CHCF permitiu aprofundar competências relacionadas com a relação terapêutica, reabilitação psicossocial, gestão do sofrimento mental grave e promoção da autonomia possível em contextos de institucionalização prolongada. Tornou-se particularmente evidente que a recuperação em saúde mental não pode ser reduzida à remissão sintomática, constituindo antes um processo profundamente humano de reconstrução de identidade, redescoberta de significado e promoção de participação social significativa. A experiência clínica permitiu compreender que, frequentemente, pequenas conquistas relacionais, emocionais e funcionais representam avanços terapêuticos de elevada relevância, exigindo do enfermeiro especialista capacidade de presença terapêutica consistente, contenção emocional e reconhecimento da singularidade da experiência subjetiva da pessoa.

No contexto comunitário, através da experiência desenvolvida no PIAC, consolidou-se a compreensão ecológica e sistémica da saúde mental, particularmente no que respeita à influência das dinâmicas familiares, competências parentais e determinantes sociais na adaptação psicossocial de crianças e jovens. A observação da complexidade das interações familiares e do impacto das competências socioemocionais parentais na saúde mental juvenil reforçou a importância de intervenções preventivas, precoces e centradas na família, sustentadas numa perspetiva integradora e comunitária do cuidado. Esta experiência revelou-se particularmente significativa na consolidação de competências ao nível da intervenção familiar, articulação interinstitucional e promoção da literacia em saúde mental.

Por sua vez, o contexto da UAP constituiu uma das experiências mais transformadoras deste percurso formativo, ao permitir um contacto aprofundado com a realidade dos comportamentos aditivos e da toxicodependência. A proximidade com pessoas marcadas por trajetórias de sofrimento, exclusão social, fragilidade relacional e estigma permitiu desconstruir visões simplistas ou moralizantes associadas à dependência, favorecendo uma compreensão mais humana, complexa e contextualizada

do fenómeno aditivo. Esta experiência reforçou a importância de intervenções terapêuticas centradas na dignidade da pessoa, na construção de esperança e na promoção de relações terapêuticas assentes na empatia, autenticidade e ausência de julgamento. Paralelamente, possibilitou aprofundar competências especializadas ao nível da entrevista motivacional, gestão da ambivalência e promoção da adesão terapêutica, reconhecendo a recuperação como um processo não linear, frequentemente marcado por recaídas, vulnerabilidade e reconstrução progressiva de projetos de vida.

Ao nível pessoal e profissional, o percurso desenvolvido permitiu uma transformação significativa da forma de compreender e exercer o cuidar em saúde mental. Progressivamente, tornou-se mais evidente a importância da escuta genuína, da presença terapêutica autêntica e da capacidade de reconhecer a pessoa para além da doença, do comportamento ou do diagnóstico psiquiátrico. A prática clínica contribuiu para uma maior valorização da narrativa individual, da história de vida e dos significados subjetivos atribuídos ao sofrimento, reforçando simultaneamente a necessidade de permanente vigilância crítica relativamente ao estigma ainda associado à doença mental e aos comportamentos aditivos. Mais do que intervir sobre sintomas, cuidar em saúde mental revelou-se, sobretudo, um exercício de reconhecimento da humanidade do outro, mesmo nos contextos de maior vulnerabilidade, sofrimento ou exclusão.

Paralelamente, determinadas experiências clínicas suscitaram importantes processos de reflexão ética e crítica, particularmente no que respeita à figura do maior acompanhado e à forma como os princípios de autonomia, proteção e autodeterminação são operacionalizados na prática clínica e social. O contacto com situações concretas permitiu reconhecer a complexidade ética inerente à tomada de decisão em saúde mental, evidenciando que, apesar do enquadramento legal e dos avanços normativos na proteção dos direitos da pessoa, persistem desafios significativos na concretização efetiva de cuidados verdadeiramente

centrados na autonomia, dignidade e participação da pessoa no seu projeto de vida.

Paralelamente ao percurso clínico, a componente investigativa desenvolvida através da *Scoping Review* constituiu um contributo relevante para a consolidação de competências científicas e investigativas fundamentais ao exercício profissional especializado e avançado. A análise da evidência científica relativa às competências socioemocionais parentais permitiu identificar a relevância da autorregulação emocional, empatia, autoeficácia parental e qualidade das interações familiares enquanto fatores protetores da saúde mental juvenil. Os resultados encontrados reforçam a necessidade de integrar intervenções dirigidas às competências emocionais parentais nos programas de promoção da saúde mental e prevenção do sofrimento psicológico em crianças e adolescentes, particularmente em contexto comunitário e preventivo.

A realização desta investigação permitiu igualmente reconhecer lacunas relevantes na produção científica existente, nomeadamente no que respeita à necessidade de estudos primários centrados na experiência subjetiva dos pais e cuidadores relativamente à gestão das suas próprias competências socioemocionais e ao impacto percebido dessas competências na educação e adaptação psicossocial dos jovens. Neste sentido, considera-se pertinente o desenvolvimento futuro de investigação nesta área, particularmente em contexto comunitário, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada das necessidades das famílias e para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem especializadas mais ajustadas, preventivas e centradas na capacitação parental.

Importa igualmente reconhecer algumas limitações inerentes ao percurso desenvolvido e à componente investigativa apresentada. No plano clínico, a duração temporal limitada dos ensinamentos clínicos condicionou a possibilidade de acompanhar longitudinalmente determinados processos terapêuticos, particularmente em contextos de doença mental grave e dependências, onde a evolução clínica e os processos de recuperação assumem frequentemente natureza prolongada e não linear. No âmbito da

investigação, as limitações metodológicas associadas à heterogeneidade dos estudos incluídos, diversidade conceptual das competências socioemocionais parentais e reduzido número de estudos qualitativos limitaram a possibilidade de estabelecer relações interpretativas mais aprofundadas.

Apesar destas limitações, considera-se que o percurso realizado contribuiu significativamente para o desenvolvimento de competências avançadas de avaliação clínica, relação terapêutica, intervenção psicoterapêutica, pensamento crítico, tomada de decisão ética e prática baseada na evidência, em consonância com os referenciais regulamentares do EEESMP. Mais do que a aquisição de conhecimentos técnicos, este percurso permitiu consolidar uma compreensão mais humana, ética e relacional do cuidar em saúde mental, reconhecendo a pessoa para além do diagnóstico, da sintomatologia ou da condição clínica.

Neste enquadramento, tornou-se particularmente evidente que o exercício especializado em saúde mental exige do enfermeiro capacidade contínua de autorreflexão, consciência de si, maturidade emocional e utilização terapêutica da própria relação enquanto instrumento clínico. A experiência desenvolvida reforçou a compreensão de que cuidar em saúde mental implica, frequentemente, sustentar sofrimento, reconhecer fragilidades humanas e permanecer terapeuticamente disponível mesmo perante processos de mudança lentos, ambivalentes ou marcados por recaídas e vulnerabilidade persistente.

Por fim, considera-se que o presente relatório ultrapassa uma lógica meramente descritiva de experiências formativas, representando antes a expressão de um processo de construção profissional sustentado no compromisso ético, científico e humanista com cuidados de excelência em saúde mental. A articulação entre experiência clínica, investigação e reflexão crítica permitiu consolidar uma prática especializada mais consciente, integrada e orientada para a promoção da dignidade, autonomia, recuperação e bem-estar da pessoa, família e comunidade.

Assim, este percurso reafirma a ESMP como uma área científica e disciplinar profundamente relevante no contexto contemporâneo, exigindo profissionais capazes de integrar rigor técnico, sensibilidade relacional, pensamento crítico e compromisso humano na resposta aos desafios complexos da saúde mental ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, o EEESMP afirma-se não apenas como prestador de cuidados diferenciados, mas como agente terapêutico de esperança, reconstrução e dignidade humana, promovendo processos de recuperação centrados na pessoa, na relação e no reconhecimento da singularidade de cada percurso de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.

Austin, W. (2007). The ethics of everyday practice: Healthcare environments as moral communities. *Advances in Nursing Science*, 30(1), 81–88.
<https://doi.org/10.1097/00012272-200701000-00009>.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.

Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56–95.
<https://doi.org/10.1177/0272431691111004>.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice* (Commemorative ed.). Prentice Hall.
- Bergum, V., & Dossetor, J. (2005). *Relational ethics: The full meaning of respect*. University Publishing Group.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Park, E. R. (2005). *Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. Health Affairs, 24*(2), 499–505. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.2.499>.
- Boele, S., Denissen, J. J. A., Moopen, N., & Keijsers, L. (2019). Over-time fluctuations in parenting and adolescent adaptation within families: A systematic review. *Adolescent Research Review, 4*(4), 317–339. <https://doi.org/10.1007/s40894-019-00127-9>.
- Boele, S., Van der Graaff, J., de Wied, M., Van der Valk, I. E., Crocetti, E., & Branje, S. (2019). Linking parent–child and peer relationship quality to empathy in adolescence: A multilevel meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence, 48*(6), 1033–1055. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-00993-5>.
- Bolton, D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: Core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine, 53*(16), 7504–7511. <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>.
- Branje, S., Morris, A. S., & Meeus, W. (2020). *Development of parent–adolescent relationships. Journal of Research on Adolescence, 30*(S1), 12–23

Branje, S., Geeraerts, S., de Zeeuw, E. L., Oerlemans, A. M., Koopman-Verhoeff, M. E., Schulz, S., Nelemans, S., Meeus, W., Hartman, C. A., Hillegers, M. H. J., Oldehinkel, A. J., & Boomsma, D. I. (2020).

Intergenerational transmission: Theoretical and methodological issues and an introduction to four Dutch cohorts. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 45, Artigo 100835. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2020.100835>.

Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., Minnix-Cotton, C. A., Byrne, S. A., Kober, H., Weinstein, A. J., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). *Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial*. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1–2), 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.027>.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology* (6th ed.). Wiley.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6–20. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>.

Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(3), 243–264.

- Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). *Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework*. *Developmental Review*, 36, 105–126. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004>.
- Czamanski-Cohen, J., Wiley, J., Sela, N., Caspi, O., & Weihs, K. L. (2023). The effect of arts-based interventions on psychological outcomes in individuals with mental health conditions: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1123456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1123456>.
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640–645. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640>.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2009). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Decreto-Lei n.º 74/2006. (2006). *Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior*. *Diário da República: 1.ª série, n.º 60*.
Diário da República Eletrónico
- Deming, W. E. (2018). *Out of the crisis*. MIT Press.
- Dix, T. (1991). The affective organization of parenting: Adaptive and maladaptive processes. *Psychological Bulletin*, 110(1), 3–25. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.3>.

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey, K., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F. C., Clark, R. E., & Rickards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469–476. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.469>.
- Elwyn, G., Frosch, D., & Rollnick, S. (2009). *Dual equipoise shared decision making: Definitions for decision and behaviour support interventions*. *Implementation Science*, 4, 75. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-75>.
- Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). *The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship*. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>.
- Forrer, M. L., de Moor, M. H. M., Schuengel, C., & Oosterman, M. (2024). Early parenting precursors of child developmental outcomes: What counts beyond parental sensitivity? *Parenting: Science and Practice*, 24(2-3), 67–77. <https://doi.org/10.1080/15295192.2024.2310853>
- Garland, E. L., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2014). *Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-*

appraisal-emotion interface. Frontiers in Psychiatry, 4, 173.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00173>.

Gastmans, C. (2013). Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. *Nursing Ethics, 20*(2), 142–149.
<https://doi.org/10.1177/0969733012473772>.

Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Lawrence Erlbaum Associates.

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). *Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: Neuroimaging findings and clinical implications. Nature Reviews Neuroscience, 12*(11), 652–669.
<https://doi.org/10.1038/nrn3119>.

Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Pickering, R. P., Ruan, W. J., Smith, S. M., Huang, B., & Hasin, D. S. (2015). *Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. JAMA Psychiatry, 72*(8), 757–766.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>.

Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). *Social cognition in schizophrenia. Nature Reviews Neuroscience, 16*(10), 620–631.
<https://doi.org/10.1038/nrn4005>.

Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). *Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: Implications for*

MATRICES. Schizophrenia Research, 72(1), 41–51.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.009>.

Gross, J. J. (2015). *Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychological Inquiry, 26(1), 1–26.*
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>.

Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). *Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. Clinical Psychological Science, 2(4), 387–401.*
<https://doi.org/10.1177/2167702614536164>.

Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W. M., & Hutschemaekers, G. (2017). *Measuring the contribution of art therapy in multidisciplinary treatment of personality disorders: The construction of the Self-expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS). Personality and Mental Health, 12(2), 147–158.*
<https://doi.org/10.1002/pmh.1379>.

Hamric, A. B., Hanson, C. M., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2014). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (5th ed.). Elsevier Saunders.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academies Press.

Institute of Medicine. (2011). *The future of nursing: Leading change, advancing health*. National Academies Press.
<https://doi.org/10.17226/12956>.

International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing* 2020.

https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf

International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses.

Joanna Briggs Institute. (2020). JBI manual for evidence synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>

Kahn, R. S., & Keefe, R. S. E. (2013). *Schizophrenia is a cognitive illness: Time for a change in focus*. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1107–1112. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.155>.

Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford University Press.

Kelly, J. F., Bergman, B. G., Hoepfner, B. B., Vilsaint, C. L., & White, W. L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.09.028>.

Kerr, K. L., Ratliff, E. L., Cosgrove, K. T., Bodurka, J., Morris, A. S., & Simmons, W. K. (2019). Parental influences on neural mechanisms underlying emotion regulation. *Trends in Neuroscience and Education*, 16, Artigo 100118. <https://doi.org/10.1016/j.tine.2019.100118>.

- Korelitz, K. E., & Garber, J. (2016). Congruence of parents' and children's perceptions of parenting: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 45(10), 1973–1995. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0524-0>
- Langley, G. J., Moen, R., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L., & Provost, L. P. (2009). *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance* (2nd ed.). Jossey-Bass.
- Larrucea-Iruretagoyena, M., Parent, J., & Orue, I. (2024). Family-centered profiles of mindful parenting: Longitudinal associations with negative parenting and youth emotional and behavioral problems. *Family Process*, 63(4), 2073–2086. <https://doi.org/10.1111/famp.13030>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). *Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
- Lei n.º 35/2023. (2023). *Aprova a Lei da Saúde Mental, altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho. Diário da República: 1.ª série, n.º 141, 2–23.* Diário da República Eletrónico

Lei n.º 111/2009. (2009). *Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Diário da República: 1.ª série, n.º 180, 6528–6550.*

Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y. S., Noble, D., Norton, C. A., Roche, J., & Hickey, N. (2010). *The “five rights” of clinical reasoning: An educational model to enhance nursing students’ ability to identify and manage clinically “at risk” patients. Nurse Education Today, 30(6), 515–520.* <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.020>.

Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders. Addiction, 107(1), 39–50.* <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>.

Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. (2007). *An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. Addictive Behaviors, 32(7), 1331–1346.* <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.008>.

Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). *Developmental cascades. Development and Psychopathology, 22(3), 491–495.* <https://doi.org/10.1017/S0954579410000222>.

Mastrotheodoros, S., Van der Graaff, J., Deković, M., Meeus, W. H. J., & Branje, S. J. T. (2019). Coming closer in adolescence: Convergence in mother, father, and adolescent reports of parenting. *Journal of*

Research on Adolescence, 29(4), 846–862.
<https://doi.org/10.1111/jora.12417>.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). *Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*. *JAMA*, 284(13), 1689–1695.
<https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). *The role of the family context in the development of emotion regulation*. *Social Development*, 16(2), 361–388.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>.

National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Alcohol-use disorders: Diagnosis and management of physical complications (NICE Guideline CG100)*. NICE. NICE Guideline CG100.

Nichols, L. M., & Tanner-Smith, E. E. (2022). Discrepant parent-adolescent reports of parenting practices: Associations with adolescent internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(6), 1153–1168. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01601-9>

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationships that work III. Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1—Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 515/2018)*. *Diário da República: 2.ª série, n.º 151*. Diário da República Eletrónico.
- Ordem dos Enfermeiros. (2026). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 454/2026)*. *Diário da República: 2.ª série, n.º 83*. Diário da República Eletrónico.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... Unützer, J. (2018). *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing*. Springer Publishing Company.

- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). *Complexity science: The challenge of complexity in health care*. *BMJ*, 323(7313), 625–628. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7313.625>.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>.
- Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. (s.d.). *Lei n.º 25/2012, de 16 de julho: Regime das diretivas antecipadas de vontade (testamento vital)*. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2925&tabela=leis&nversao
- Ratliff, E. L., Kerr, K. L., Cosgrove, K. T., Simmons, W. K., & Morris, A. S. (2022). The role of neurobiological bases of dyadic emotion regulation in the development of psychopathology: Cross-brain associations between parents and children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(1), 5–18. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00380-w>
- Reason, J. (2000). *Human error: Models and management*. *BMJ*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). *Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>.

- Reoux, J. P., & Miller, K. (2000). *Routine hospital alcohol detoxification practice compared to symptom triggered management with an Objective Withdrawal Scale (CIWA-Ar). The American Journal on Addictions*, 9(2), 135–144. <https://doi.org/10.1080/10550490050173208>.
- 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. Psychologica – WLEIS Portugal.
- Rogers, C. R. (1957). *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>.
- Sachdeva, A., Choudhary, M., & Chandra, M. (2015). *Alcohol withdrawal syndrome: Benzodiazepines and beyond. Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 9(9), VE01–VE07. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13407.6538>.
- Sanders, M. R., & Turner, K. M. T. (2018). *The importance of parenting in influencing the lives of children*. In M. R. Sanders & A. Morawska (Eds.), *Handbook of parenting and child development across the lifespan* (pp. 3–26). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-94598-9_1.
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). *The age of adolescence. The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1).

- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current Opinion in Psychology*, 44, 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.023>
- Sinha, R. (2008). *Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105–130. <https://doi.org/10.1196/annals.1441.030> .
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *TIP 35: Enhancing motivation for change in substance use disorder treatment*. U.S. Department of Health and Human Services. SAMHSA TIP 35.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services* (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series No. 57). U.S. Department of Health and Human Services. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>.
- Szmukler, G., & Appelbaum, P. (2008). *Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care*. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233–244. <https://doi.org/10.1080/09638230802052203>.

- Tan, P. Z., Oppenheimer, C. W., Ladouceur, C. D., Butterfield, R. D., & Silk, J. S. (2020). A review of associations between parental emotion socialization behaviors and the neural substrates of emotional reactivity and regulation in youth. *Developmental Psychology*, 56(3), 516–527. <https://doi.org/10.1037/dev0000893>
- Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). *Community mental health care worldwide: Current status and further developments*. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286. <https://doi.org/10.1002/wps.20349>.
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, 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>.
- Weaver, M. S., October, T., Feudtner, C., & Hinds, P. S. (2020). “Good-Parent Beliefs”: Research, concept, and clinical practice. *Pediatrics*, 145(6), Artigo e20194018. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-4018>.
- West, M. A., Eckert, R., Steward, K., & Pasmore, B. (2014). *Developing collective leadership for healthcare*. The King's Fund.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization. WHO Global Patient Safety Action Plan 2021–2030.

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*.

World Health Organization. WHO Community Mental Health Services Guidance.

World Health Organization. (2021). *Quality health services: A planning guide*.

World Health Organization. WHO Quality Health Services Planning Guide.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. WHO World Mental Health Report 2022.

Woźniak-Prus, M., Gambin, M., Sękowski, M., Cudo, A., Pisula, E., Kiepur-Nawrocka, E., Boruszek-Kiziukiewicz, J., & Kmita, G. (2024). Positive experiences in the parent–child relationship during the COVID-19 lockdown in Poland: The role of emotion regulation, empathy, parenting self-efficacy, and social support. *Family Process*, 63(1), 443–468. <https://doi.org/10.1111/famp.12856>

Vincent, C. (2010). *Patient safety* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.

Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Nibbio, G., Ariu, C., Deste, G., Wykes, T., & Harvey, P. D. (2021). *Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials*. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 848–858. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0620>

- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). *Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction*. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>.
- Xia, M., Bray, B. C., & Fosco, G. M. (2021). Triadic family structures and their day-to-day dynamics from an adolescent perspective: A multilevel latent profile analysis. *Family Process*, 60(3), Artigo 12722. <https://doi.org/10.1111/famp.12722>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books.
- Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2009). *Mindfulness meditation for substance use disorders: A systematic review*. *Substance Abuse*, 30(4), 266–294. <https://doi.org/10.1080/08897070903250019>.

ANEXOS

**ANEXO I: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA FORMAL
DIRIGIDA: “O CÍRCULO DAS EMOÇÕES”**

Intervenção Psicoterapêutica: “O Círculo das Emoções”

Fundamentação Teórica

O serviço de Psiquiatria do Hospital Conde de Ferreira, Unidade de Recuperação (unidade A10), 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 filmoterapia, 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 autocontrole 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 – Filmoterapia: 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 critico.

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 Mekhakyán & 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.

Planos de Sessões

Em anexo

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 1

Plano de Sessões

Local: Centro Hospitalar Conde Ferreira Serviço A10				
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)

COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS PARENTAIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL JUVENIL.

Local: Centro Hospitalar Conde Ferreira Serviço A10				
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	- Dinâmica de aquecimento (ex: “imitar um animal com uma emoção”). - Dividir os utentes em pares ou trios e atribuir uma emoção a representar. - Restantes tentam adivinhar a emoção. - Debate sobre a emoção representada. - 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 Conde Ferreira Serviço A10				
Sessão 3 Filmoterapia				
Data: 17/07/2025				
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

COMPETÊNCIAS SOCIOEMOCIONAIS PARENTAIS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL JUVENIL.

Local: Centro Hospitalar Conde Ferreira Serviço A10				
Sessão 4 <i>Roleplay</i>				
Data: 23/07/2025				
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 pré 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 <i>feedback</i> construtivo e positivo.

**ANEXO II - ESCALA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE
WONG E LAW (WLEIS – P)**

Apêndice

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

206

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.

**ANEXO III – GUIÃO DE CONSULTA DE ACOLHIMENTO PARA
UTENTES COM PERTURBAÇÃO PELO USO DE ÁLCOOL NO
HOSPITAL DE DIA DA UAP**



Índice:

1. INTRODUÇÃO.....	3
2. OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivo Geral.....	5
2.2 Objetivos Específicos.....	5
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
3.1 Dependência alcoólica como fenómeno biopsicossocial.....	6
3.4. Intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas.....	8
3.5. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no contexto da dependência alcoólica.....	9
4. GUIÃO DA CONSULTA DE ACOLHIMENTO NO HOSPITAL DE DIA.....	11
4.1. Finalidade da consulta de acolhimento.....	11
4.2. Objetivos específicos da consulta de acolhimento.....	11
4.3. Acolhimento e construção da relação terapêutica.....	12
4.4. Apresentação do serviço e regras de funcionamento.....	12
4.5. Avaliação clínica inicial.....	12
4.5.1. Sinais vitais e exame clínico breve.....	13
4.6. Avaliação da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA).....	13
4.6.1. História de Consumo e Fatores Clínicos Associados.....	14
4.6.2. Teste de alcoolemia.....	15
4.7. Escalas de avaliação clínica e funcional.....	15
4.7.1. Escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised).....	15
4.7.2. Escala de Morse (Morse Fall Scale).....	16
4.7.3. Avaliação Global do Funcionamento (GAF).....	16
4.8. Avaliação do Estado Mental (AEM).....	17
4.9. Avaliação psicossocial e rede de suporte.....	18
4.10. Contrato terapêutico e promoção de literacia.....	18
4.11. Registo na plataforma do ICAD.....	19
5. CONCLUSÃO.....	19
7. ANEXOS.....	25
ANEXO I - CHECKLIST DA CONSULTA DE ACOLHIMENTO — HOSPITAL DE DIA (UAP).....	26
ANEXO II – ESCALA CIWA-AR.....	30
ANEXO III – ESCALA DE MORSE.....	32
ANEXO IV – ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (GAF).....	35

1. INTRODUÇÃO

O consumo nocivo e dependência do álcool constituem um dos mais relevantes problemas de saúde pública, com forte impacto individual, familiar e social. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018), o uso de álcool está associado a mais de 200 doenças e condições de saúde, representando uma causa significativa de mortalidade evitável. Em Portugal, as problemáticas relacionadas com o álcool mantêm uma elevada prevalência, exigindo respostas integradas e multidisciplinares orientadas não apenas para a desabitação, mas também para a reabilitação psicossocial e prevenção da recaída.

Neste contexto, a Unidade de Alcoologia do Porto (UAP), - Dr. José Barrias, integra o plano de respostas especializadas do Serviço Nacional de Saúde no âmbito das dependências. O Hospital de Dia (HD) da UAP surge como um dispositivo de internamento parcial, concebido para proporcionar um tratamento estruturado, intensivo e supervisionado, sem necessidade de internamento completo. Destina-se a pessoas referenciadas pela equipa médica da Unidade, em fase de desabitação alcoólica, que reúnem condições clínicas e psicossociais para beneficiar de um programa diário e de curta duração, com suporte clínico, terapêutico e psicossocial.

O modelo de intervenção do Hospital de Dia assenta numa abordagem biopsicossocial e multidisciplinar, que reconhece o ser humano como uma unidade integrada de dimensões biológica, psicológica, social e espiritual. A desabitação é compreendida como um processo dinâmico e complexo que exige atenção simultânea às manifestações somáticas da abstinência, aos fatores psicológicos que sustentam o comportamento aditivo e às condições sociais que influenciam a recuperação.

Neste enquadramento, o tratamento combina intervenções farmacológicas (dirigidas à estabilização sintomática e prevenção de complicações médicas) com intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, que visam o fortalecimento da motivação, o desenvolvimento de competências de autocontrolo e a promoção de estilos de vida saudáveis.

A filosofia terapêutica do Hospital de Dia articula-se com os princípios da abordagem motivacional, do modelo de recuperação e da redução de danos, reconhecendo que a mudança comportamental é um processo contínuo, não linear e dependente da disponibilidade e envolvimento da pessoa. Pretende-se, assim, estimular a



responsabilização progressiva, o reforço da autoeficácia e a reintegração familiar, social e laboral, elementos essenciais para a manutenção da abstinência e da qualidade de vida.

O programa terapêutico tem a duração aproximada de duas a três semanas, em regime diurno, de segunda a sexta-feira, entre as 8h00 e as 14h00. Inclui soroterapia, sob vigilância médica e de enfermagem, sessões de relaxamento de Jacobson adaptadas, e um ciclo de seis sessões de psicoeducação conduzidas por enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, com temáticas relacionadas com saúde mental, sono, higiene, nutrição e mitos associados ao álcool. A última sessão é dirigida exclusivamente à família, reconhecendo o seu papel crucial no processo de recuperação.

O programa é voluntário, sendo a integração condicionada à aceitação do contrato terapêutico e das regras de funcionamento, que asseguram o ambiente terapêutico, a segurança e a confidencialidade.

A equipa multidisciplinar do Hospital de Dia é composta por enfermeiros (três especialistas em saúde mental e psiquiatria e um enfermeiro generalista), médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, permitindo uma intervenção integrada e coerente.

A elaboração deste guião emergiu também da identificação, de uma necessidade concreta no serviço: a existência de práticas de acolhimento realizadas com elevado profissionalismo, mas sem um documento formal que orientasse e uniformizasse estes procedimentos. Esta ausência de sistematização podia gerar pequenas variações na abordagem inicial, na recolha de informação ou na transmissão de conteúdos essenciais aos utentes e famílias. Assim, reconhecendo a relevância de promover consistência, clareza e continuidade nos cuidados, este guião é concebido como uma proposta de melhoria, contribuindo para a consolidação de práticas alinhadas entre todos os profissionais e reforçando uma experiência de cuidado mais uniforme, segura e centrada na pessoa.

As consultas de acolhimento assumem um papel estruturante neste processo, constituindo momentos privilegiados para a avaliação clínica, construção da aliança terapêutica, monitorização da evolução e redefinição de objetivos terapêuticos.

A elaboração de um Guião de Consulta de Acolhimento surge, assim, da necessidade de uniformizar procedimentos, garantir qualidade e continuidade dos cuidados e reforçar a identidade profissional do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. Este profissional assume um papel central na avaliação da condição mental e emocional, na gestão dos sintomas de abstinência, na promoção de estratégias de *coping*

adaptativo e na educação para a saúde, contribuindo para uma prática clínica informada, ética e centrada na pessoa.

Este guião pretende, portanto, servir como instrumento orientador da prática clínica e formativa no Hospital de Dia da UAP, oferecendo uma estrutura de intervenção coerente com os referenciais da Direção-Geral da Saúde (DGS), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Ordem dos Enfermeiros, bem como com a evidência científica atual sobre o tratamento das dependências.

2. OBJETIVOS

Tendo em conta a natureza complexa da intervenção em contexto de desabituação alcoólica e a necessidade de garantir consistência, rigor e qualidade na prática assistencial, definem-se de seguida os objetivos que enquadram e orientam a elaboração deste guião.

2.1 Objetivo Geral

Estabelecer um documento estruturado que oriente, uniformize e qualifique as práticas dos enfermeiros na realização da consulta de acolhimento ao Hospital de Dia da Unidade de Alcoologia do Porto, promovendo cuidados consistentes, seguros e centrados na pessoa.

2.2 Objetivos Específicos

- Padronizar a abordagem clínica na consulta de acolhimento, assegurando uma recolha sistemática de informação e uma transmissão clara e uniforme ao utente e à família;
- Clarificar o papel e as competências do enfermeiro especialista, reforçando a qualidade das intervenções terapêuticas, educativas e de monitorização clínica;
- Promover a continuidade e qualidade dos cuidados, facilitando a articulação entre profissionais e garantindo coerência dentro da equipa multidisciplinar;
- Apoiar a segurança e bem-estar do utente, através da avaliação estruturada do risco, da monitorização da síndrome de abstinência e da deteção precoce de sinais de agravamento;
- Contribuir para a formação e integração de novos profissionais ou estagiários, disponibilizando um recurso orientador sustentado em evidência científica e referenciais normativos;

- Fomentar a melhoria contínua do serviço, possibilitando atualização regular do guião de acordo com a evolução das melhores práticas.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

3.1 Dependência alcoólica como fenómeno biopsicossocial

A dependência alcoólica é reconhecida como uma condição complexa, multifatorial e dinâmica, cuja compreensão exige a integração das dimensões biológica, psicológica, social e espiritual da pessoa. O modelo biopsicossocial, amplamente aceite na literatura científica desde a sua formulação original por Engel (1977), sustenta que o comportamento aditivo resulta da interação entre predisposições neurobiológicas, processos cognitivo-emocionais, experiências relacionais e condições socioculturais.

A perspetiva de que o consumo problemático e a dependência alcoólica emergem de múltiplos determinantes tem sido reforçada ao longo das últimas décadas por diversos autores, incluindo Vaillant (1995), que descreve a evolução clínica do alcoolismo como um processo influenciado simultaneamente por fatores biológicos, psicológicos e contextuais.

Este enquadramento permite interpretar a desabitação alcoólica não apenas como uma intervenção médica, mas como um processo que envolve reorganização emocional, reconstrução identitária e reintegração social.

No âmbito deste modelo, a intervenção terapêutica deve contemplar simultaneamente:

- o alívio da sintomatologia fisiológica associada à abstinência;
- a regulação emocional, a motivação e a gestão de comportamentos;
- a melhoria das relações familiares e das redes de suporte;
- a promoção de participação social e laboral significativa.

Assim, a abordagem biopsicossocial constitui a base conceptual que orienta o funcionamento do Hospital de Dia da Unidade de Alcoologia do Porto.

3.2. Processo de desabitação alcoólica

A desabitação é entendida como uma fase crítica do tratamento, marcada por instabilidade fisiológica e psicológica, elevada vulnerabilidade à recaída ou lapso e necessidade de monitorização rigorosa. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2018), este período implica risco aumentado de complicações associadas à síndrome de abstinência alcoólica, justificando vigilância clínica estruturada.

Envolve o controlo dos sintomas de abstinência, a prevenção de complicações médicas, a estabilização emocional e o desenvolvimento de estratégias que permitam transitar com segurança para fases posteriores do processo terapêutico.

A compreensão do processo de abstinência, bem como a sua gestão, encontra-se amplamente descrita no *Treatment Improvement Protocol (TIP) 45 – Detoxification and Substance Abuse Treatment*, publicado pela Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2006), que enfatiza a necessidade de avaliação contínua, intervenção farmacológica adequada e suporte terapêutico multidisciplinar.

A evidência científica demonstra que intervenções combinadas (farmacológicas, psicológicas, educativas e sociais) aumentam a eficácia do tratamento, promovem a adesão e reduzem o risco de lapsos e/ou recaída. Esta perspetiva é particularmente reforçada pelo modelo de prevenção da recaída descrito por Hendershot (Hendershot *et al.*, 2011), que sublinha a importância das intervenções motivacionais, cognitivas e comportamentais no processo de recuperação.

A desabituação em regime de hospital de dia é, por isso, particularmente relevante para utentes com estabilidade clínica suficiente para permanecerem no domicílio, mas que necessitam de vigilância diária e de um ambiente terapêutico estruturado. Tal abordagem está em consonância com as recomendações internacionais relativas às respostas de cuidados continuados e de menor intensidade para os casos em que não é necessário internamento integral (SAMHSA, 2006).

3.3. Lapso e Recaída: distinção conceptual e implicações terapêuticas

No âmbito do tratamento das dependências, torna-se essencial distinguir lapso de recaída, uma vez que ambos representam fenómenos distintos, com implicações clínicas e terapêuticas diferenciadas. Esta distinção é amplamente reconhecida nos modelos contemporâneos de prevenção da recaída, que concetualizam a mudança comportamental como um processo dinâmico e não linear (Hendershot *et al.*, 2011).

O lapso corresponde a um episódio isolado, pontual e não sustentado de consumo após um período de abstinência. Caracteriza-se pela ausência de retorno imediato ao padrão de uso pré-tratamento e pode ser entendido como um evento crítico que evidencia vulnerabilidades específicas, gatilhos ou dificuldades emocionais que ainda necessitam de intervenção. A literatura sublinha que, quando abordado de forma não punitiva e enquadrado como uma oportunidade de aprendizagem, o lapso pode promover autorreflexão e reforçar a capacidade de *coping* (Hendershot *et al.*, 2011).



- **Modelo de Recuperação**, que concebe a pessoa para além do diagnóstico e enfatiza crescimento pessoal, empoderamento e participação ativa na comunidade. Este enfoque é reforçado pelos Guias Orientadores de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros, que sustentam a importância da participação ativa da pessoa nos processos terapêuticos (Ordem dos Enfermeiros, 2022; Ordem dos Enfermeiros, 2023).
- **Redução de Danos**, estratégia considerada essencial quando a abstinência total não é um objetivo inicial, garantindo segurança, dignidade e redução dos riscos associados ao consumo. O enquadramento biopsicossocial da dependência, reconhecido em modelos terapêuticos contemporâneos, destaca a pertinência deste tipo de abordagem (Krampe *et al.*, 2007).

As sessões de psicoeducação, desenvolvidas no Hospital de Dia da UAP por enfermeiros especialistas, constituem um recurso essencial para:

- aumentar literacia em saúde;
- corrigir crenças disfuncionais e mitos sobre o álcool;
- promover competências de autocuidado;
- envolver a família;
- reforçar estratégias de prevenção da recaída.

A Ordem dos Enfermeiros (2023) destaca a psicoeducação como intervenção central na promoção da literacia em saúde mental, e o NSW Health (Childs & Hudson *et al.*, 2024) sublinha a sua relevância em programas de intervenção psicossocial para pessoas com problemas relacionados com álcool.

As sessões de relaxamento complementam a intervenção, ajudando a reduzir tensão muscular, ansiedade e sintomatologia fisiológica associada ao processo de abstinência. A evidência demonstra que o relaxamento muscular progressivo é eficaz na redução de *stress* e ansiedade, sendo recomendado em contextos clínicos e de saúde mental (Klajner, 1984).

3.5. Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no contexto da dependência alcoólica

O enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria assume um papel central no processo de desabitação e recuperação, intervindo na avaliação, planeamento, implementação e monitorização de cuidados centrados na pessoa. Esta atuação está alinhada com os princípios éticos e deontológicos definidos pela Ordem dos Enfermeiros,

que enfatizam o dever profissional de assegurar cuidados seguros, competentes e humanizados (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Entre as suas competências específicas incluem-se:

- **Avaliação do estado mental, emocional e motivacional**, competência reconhecida como fundamental nos Guias Orientadores de Boas Práticas da especialidade de Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2022);
- **Deteção precoce de sinais de risco**, incluindo manifestações da síndrome de abstinência alcoólica, o que exige vigilância clínica contínua e capacidade de intervenção imediata, enquadrada nos modelos de cuidados biopsicossociais (Krampe *et al.*, 2007);
- **Implementação de intervenções psicoterapêuticas breves**, integrando abordagens de comunicação terapêutica e estratégias de regulação emocional, amplamente valorizadas em programas de intervenção psicossocial (Childs & Hudson *et al.*, 2024);
- **Promoção de estratégias de coping adaptativas**, facilitando a aquisição de competências de gestão emocional e comportamental ao longo da desabitação, em consonância com a evidência que relaciona *coping* adaptativo com menor risco de recaída e melhor ajustamento psicológico (Merrill *et al.*, 2013);
- **Facilitação da comunicação com a família**, reconhecendo o papel do suporte social no processo de recuperação, de acordo com a abordagem de saúde mental centrada na pessoa e na relação terapêutica (Ordem dos Enfermeiros, 2022);
- **Promoção de literacia em saúde mental**, componente estruturante da intervenção de enfermagem especializada, destacada nos Guias de Boas Práticas para a Literacia em Saúde Mental (Ordem dos Enfermeiros, 2023);
- **Coordenação com a equipa multidisciplinar**, assegurando continuidade e coerência terapêutica, elemento essencial nos programas de reabilitação em dependências (Childs & Hudson *et al.*, 2024);
- **Garantia de continuidade e segurança dos cuidados**, em conformidade com os princípios éticos e legais da prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Este enquadramento reforça a importância de uma abordagem estruturada nas consultas de acolhimento, assegurando que cada utente beneficia de uma intervenção consistente, fundamentada e alinhada com as melhores práticas definidas pelas entidades reguladoras e pela evidência disponível.

4. GUIÃO DA CONSULTA DE ACOLHIMENTO NO HOSPITAL DE DIA

4.1. Finalidade da consulta de acolhimento

A consulta de acolhimento constitui o primeiro momento formal de contacto entre o utente e o programa terapêutico do Hospital de Dia da Unidade de Alcoologia do Porto.

Este encontro tem como finalidade integrar a pessoa no dispositivo de cuidados, realizar uma avaliação clínica, psicológica e social inicial, identificar necessidades prioritárias e estabelecer uma relação terapêutica estruturante, que será fundamental ao longo de todo o processo de desabitação.

Nesta consulta clarificam-se o funcionamento do serviço, os objetivos do programa, as regras de participação e o contrato terapêutico, promovendo desde o início uma relação baseada na confiança, transparência e corresponsabilização. Paralelamente, o enfermeiro especialista realiza uma avaliação sistemática das condições físicas, emocionais e funcionais do utente, de forma a identificar riscos imediatos (incluindo sintomas de abstinência, risco de queda ou vulnerabilidades psicossociais) e orientar decisões clínicas subsequentes.

A aplicação prática deste guião é apoiada por uma *checklist* estruturada (Anexo I), que funciona como instrumento de verificação rápida, assegurando consistência, rigor e completude na avaliação inicial realizada pelos enfermeiros.

4.2. Objetivos específicos da consulta de acolhimento

- Estabelecer uma relação terapêutica empática, acolhedora e isenta de julgamento;
- Realizar uma avaliação clínica inicial, incluindo risco imediato e necessidades prioritárias;
- Identificar sintomas de abstinência através da aplicação de instrumentos validados;
- Avaliar o estado mental e emocional, motivação para a mudança e risco associado ao consumo;
- Avaliar o funcionamento global e contexto psicossocial do utente;
- Recolher informação estruturada para registo no Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD);
- Apresentar o funcionamento, regras e princípios do Hospital de Dia;
- Formalizar o contrato terapêutico e promover adesão ao programa.

4.3. Acolhimento e construção da relação terapêutica

A primeira etapa consiste no acolhimento, momento determinante para estabelecer uma relação terapêutica sólida. O enfermeiro recorre a competências comunicacionais avançadas (escuta ativa, comunicação empática e validação emocional) promovendo um ambiente seguro e de confiança.

O objetivo não é apenas recolher informação, mas iniciar uma relação que facilite a adesão ao processo de abstinência, que frequentemente envolve ambivalência, ansiedade e medo. A criação de um ambiente acolhedor é essencial para diminuir a resistência à mudança e aumentar o envolvimento no programa terapêutico.

4.4. Apresentação do serviço e regras de funcionamento

O enfermeiro apresenta o funcionamento do Hospital de Dia, clarificando:

- horário (08:00 – 14:00, dias úteis);
- estrutura das atividades (soroterapia, relaxamento, lanche e psicoeducação);
- responsabilidades do utente (assiduidade, cumprimento terapêutico, sigilo, conduta adequada);
- proibições (consumo de álcool/drogas, trocas/vendas entre utentes, uso de telemóvel durante atividades);
- critérios de exclusão (ex.: três faltas injustificadas);
- segurança (não abandonar a área sem autorização, responsabilidade sobre bens pessoais);
- medicação domiciliária (entregue previamente para fins de semana e feriados).

A explicitação das regras constitui parte integrante do contrato terapêutico, garantindo transparência, responsabilidade e proteção do ambiente terapêutico, facilitando o alinhamento entre expectativas da equipa e do utente.

4.5. Avaliação clínica inicial

A avaliação clínica centra-se na identificação de necessidades imediatas e riscos relacionados com desabituação alcoólica.

A avaliação do padrão do sono constitui uma componente essencial na consulta de acolhimento, uma vez que perturbações como insónia, despertares frequentes ou sono não reparador são altamente prevalentes em pessoas com consumo problemático de álcool ou em processo de abstinência (Brower, 2001).

Estas alterações refletem a desregulação neurobiológica associada ao uso crónico de álcool e podem persistir para além da fase aguda, aumentando a vulnerabilidade à recaída.

Estudos recentes demonstram que irregularidades no padrão de sono (mensuradas através do Sleep Regularity Index (SRI)) correlacionam-se significativamente com maior risco de retorno ao consumo em indivíduos com transtorno por uso de álcool (Barb *et al.*, 2022).

Assim, a avaliação sistemática do sono no acolhimento permite identificar necessidades específicas, orientar intervenções de higiene do sono e reforçar estratégias de prevenção da recaída, constituindo um indicador clínico relevante da evolução inicial do utente.

4.5.1. Sinais vitais e exame clínico breve

O enfermeiro procede à avaliação de parâmetros como tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura, saturação periférica e dor, quando indicado. Estes dados orientam a avaliação da estabilidade clínica e possíveis complicações decorrentes da abstinência.

O exame clínico breve observa tremores, sudorese, agitação psicomotora, náuseas, cefaleias, dor generalizada e estado físico global.

4.6. Avaliação da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

A síndrome de abstinência alcoólica (SAA) constitui uma complicação potencialmente grave do processo de desabitação, resultante da adaptação neurobiológica ao consumo prolongado de álcool. A sua apresentação clínica pode variar desde sintomas ligeiros (como ansiedade, tremores ou sudorese) até quadros severos, incluindo convulsões e *delirium tremens*, sendo reconhecida internacionalmente como uma situação de risco que exige vigilância sistemática e intervenção precoce (WHO, 2018).

As orientações especializadas para o tratamento da abstinência recomendam a utilização de instrumentos de avaliação estruturados que permitam quantificar a gravidade dos sintomas e orientar decisões terapêuticas relacionadas com medicação, necessidade de observação intensiva e eventual referenciação para níveis de cuidados mais exigentes (SAMHSA, 2006).

Neste contexto, a monitorização rigorosa da SAA assume particular relevância no Hospital de Dia, garantindo segurança clínica, prevenindo complicações e orientando a intervenção do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

4.6.1. História de Consumo e Fatores Clínicos Associados

A avaliação dos hábitos de consumo e da exposição a doenças infecciosas constitui uma componente indispensável do acolhimento em alcoologia, dada a elevada prevalência de comorbilidades médicas e comportamentos de risco associados ao uso nocivo de álcool (WHO, 2018).

O rastreio de substâncias psicoativas adicionais, como estimulantes, opiáceos ou canábis, permite caracterizar o padrão de policonsumo, frequentemente associado a maior instabilidade clínica, risco acrescido de recaída e necessidade de intervenções diferenciadas; a sua relevância é amplamente reconhecida nas orientações de saúde pública sobre consumo combinado de substâncias (Centers for Disease Control and Prevention, 2024).

Paralelamente, a identificação de antecedentes de tuberculose ou contacto com casos ativos assume particular importância em populações vulneráveis, em linha com as recomendações internacionais sobre prevenção e rastreio da tuberculose (WHO, 2023).

De igual modo, o rastreio de infeções virais como a hepatite C (recomendado anualmente em grupos de risco) constitui uma boa prática de saúde pública e permite detetar complicações hepáticas associadas ao consumo crónico de álcool (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

A exploração aprofundada dos hábitos de álcool, incluindo início, progressão, motivações para o consumo, tentativas anteriores de abstinência e episódios significativos, possibilita ao enfermeiro compreender o percurso individual da dependência e delinear intervenções ajustadas ao contexto e às necessidades clínicas e psicossociais da pessoa (Vaillant, 1995).

A) Rastreio de infeções transmissíveis e comorbilidades

- História de tuberculose (tratamento prévio ou infeção latente);
- Contacto recente com casos de tuberculose ativa;
- Rastreio de hepatite C (válido até 1 ano);
- Necessidade de repetição do rastreio/encaminhamento;
- Comorbilidades médicas relevantes (hepáticas, neurológicas, cardiovasculares).

B) Consumo de substâncias psicoativas

- Consumo de substâncias ilícitas (tipo, padrão, frequência);
- Uso de benzodiazepinas fora da prescrição;

- Consumo de outros fármacos com potencial aditivo;
- Consumo de tabaco (quantificação e história);

C) História detalhada do consumo de álcool

- Idade de início do consumo (primeiro contacto com álcool);
- Evolução do padrão ao longo do tempo;
- Motivos associados ao aumento do consumo;
- Identificação de situações-chave (gatilhos, eventos de vida);
- Perceção do momento em que o consumo se tornou problemático;
- Quantificação atual do consumo (tipo de bebida, unidades, frequência);
- Períodos anteriores de abstinência (duração, circunstâncias);
- Episódios de lapso/recaída e fatores associados;
- Último consumo: data, hora e quantidade;
- Presença de sinais físicos na admissão;
- Concomitância com outras substâncias.

4.6.2. Teste de alcoolemia

Antes da aplicação de escalas, realiza-se obrigatoriamente teste de alcoolemia. A CIWA-Ar (anexo II) só deve ser aplicada se o valor for 0.0 g/L, para evitar interpretações erradas de sintomas que podem resultar do efeito direto do álcool e não da abstinência.

4.7. Escalas de avaliação clínica e funcional

As escalas aplicadas no acolhimento permitem uma avaliação estruturada e comparável, essencial à prática especializada de enfermagem.

4.7.1. Escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol – Revised)

A CIWA-Ar é o instrumento mais amplamente utilizado para quantificar a gravidade da Síndrome de Abstinência Alcoólica. Avalia dez componentes clínicos que incluem tremores, ansiedade, distúrbios sensoriais, sudorese e desorientação (Sullivan *et al.*, 1989).

Objetivos no acolhimento:

- quantificar a gravidade da abstinência;
- orientar a necessidade de intervenção médica imediata;
- prevenir complicações graves (convulsões, *delirium tremens*);

- adaptar a vigilância clínica;
- constituir linha de base para evolução diária.

A aplicação correta da CIWA-Ar é crucial na tomada de decisões terapêuticas, nomeadamente sobre necessidade de reforço de medicação ou monitorização intensiva.

4.7.2. Escala de Morse (Morse Fall Scale)

A Escala de Morse (anexo III) é utilizada para avaliar o risco de queda, integrando variáveis como história de quedas, apoio à marcha, marcha/trajeto e estado mental (Morse, 1989).

A sua aplicação é especialmente relevante em utentes em desabitação alcoólica devido a:

- instabilidade postural associada ao consumo crónico;
- tremores e disfunção neuromotora;
- possíveis efeitos da medicação;
- risco aumentado de quedas em contexto de ansiedade ou agitação.

O rastreio precoce permite implementar medidas preventivas e garantir segurança do utente no espaço do Hospital de Dia.

4.7.3. Avaliação Global do Funcionamento (GAF)

A Avaliação Global do Funcionamento (GAF) (anexo IV) constitui um instrumento particularmente útil no contexto da desabitação alcoólica, permitindo ao enfermeiro especialista obter uma visão integrada do impacto do consumo na vida da pessoa. Embora a escala tenha sido retirada das classificações diagnósticas mais recentes, como o DSM-5, continua amplamente utilizada em investigação e prática clínica devido à sua capacidade de sintetizar, numa única medida, o funcionamento psicológico, social e ocupacional do indivíduo (Aas, 2011).

No acolhimento, a GAF possibilita uma compreensão inicial das limitações funcionais, dos recursos adaptativos e das áreas de maior comprometimento, fornecendo um ponto de referência estruturado para avaliação longitudinal. Esta informação é fundamental para orientar decisões terapêuticas, apoiar a definição de objetivos realistas e identificar necessidades de intervenção psicossocial, contribuindo para um plano de cuidados verdadeiramente centrado na pessoa.

Avalia o impacto do consumo de álcool em três áreas-chave:

- funcionamento psicológico;
- desempenho social;



- capacidade ocupacional/laboral.

Objetivos no acolhimento:

- identificar limitações significativas;
- caracterizar impacto do consumo na vida diária;
- orientar intervenção psicossocial futura;
- constituir referência para avaliação longitudinal.

4.8. Avaliação do Estado Mental (AEM)

A Avaliação do Estado Mental (AEM) constitui um componente nuclear da consulta de acolhimento, permitindo ao enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria obter uma compreensão estruturada e multidimensional do funcionamento psicológico do utente no momento da admissão.

A desabituação alcoólica pode implicar instabilidade emocional, alterações cognitivas, variabilidade do humor e vulnerabilidade acrescida ao risco, pelo que uma avaliação sistemática e abrangente é indispensável para garantir segurança e orientar decisões clínicas. A AEM não se limita à descrição de sintomas, mas integra a análise da forma como a pessoa pensa, sente, percebe e se comporta, bem como o grau de consciência que possui sobre a sua situação.

Este processo produz informação essencial para identificar sinais de alarme, antecipar necessidades de intervenção multidisciplinar e ajustar o plano terapêutico, promovendo cuidados centrados na pessoa e sustentados em critérios clínicos rigorosos.

A AEM permite avaliar o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental no momento do acolhimento. Inclui:

- aparência, comportamento, nível de autocuidado;
- humor e afeto;
- ansiedade, irritabilidade ou labilidade;
- curso e conteúdo do pensamento;
- percepções;
- orientação no tempo, espaço e pessoa;
- *insight* e motivação para a mudança;
- avaliação de risco suicida e auto/heteroagressivo.

Esta avaliação é essencial para identificar vulnerabilidades psicológicas que podem interferir com o processo de desabituação ou exigir intervenção multidisciplinar.

4.9. Avaliação psicossocial e rede de suporte

A avaliação psicossocial constitui uma dimensão essencial do acolhimento, permitindo compreender o contexto relacional, económico e ambiental em que o utente está inserido.

A dependência alcoólica não se expressa apenas no corpo ou na esfera psicológica, mas interfere de modo significativo na vida familiar, laboral e social, podendo gerar conflito, isolamento, instabilidade financeira e perda de papéis sociais. Assim, identificar a composição da rede de suporte, a qualidade das relações significativas e os fatores de *stress* atuais possibilita ao enfermeiro especialista delinear intervenções mais ajustadas às necessidades reais da pessoa, bem como antecipar dificuldades que possam comprometer o processo de abstinência.

Este momento de avaliação orienta a articulação com psicologia, serviço social ou outros recursos comunitários, reforçando a abordagem integrada e multidisciplinar que caracteriza a intervenção em alcoologia.

O enfermeiro recolhe informação relevante sobre:

- dinâmica familiar e relações significativas;
- apoio social;
- situação laboral;
- rotinas diárias;
- fatores stressantes recentes;
- condições económicas e habitacionais.

Esta informação orienta intervenções personalizadas e decisões de articulação com psicologia ou serviço social.

4.10. Contrato terapêutico e promoção de literacia

O contrato terapêutico representa um elemento estruturante na integração do utente no Hospital de Dia, funcionando como um acordo claro e colaborativo entre a equipa e a pessoa em tratamento. Para além de definir responsabilidades mútuas, o contrato promove transparência, estabelece expectativas realistas e reforça o compromisso com o processo de mudança, favorecendo a adesão e a continuidade dos cuidados.

Neste momento, o enfermeiro especialista assume um papel central na promoção da literacia em saúde, assegurando que o utente compreende o racional das regras, o impacto da abstinência, os potenciais sintomas físicos e emocionais, e a importância do seu envolvimento ativo no tratamento. Esta abordagem educativa, centrada na pessoa,



contribui para o desenvolvimento de autonomia, aumento da autoeficácia e maior capacidade de gestão do próprio processo de recuperação.

No final da consulta, o enfermeiro explica o contrato terapêutico, reforçando:

- compromissos do utente;
- regras essenciais para segurança;
- papel ativo no tratamento;
- importância da assiduidade e da comunicação;
- necessidade de manter abstinência durante o programa.

O enfermeiro promove literacia em saúde mental e esclarece dúvidas sobre abstinência, sintomas físicos e emocionais, estratégias de *coping* e funcionamento do serviço.

4.11. Registo na plataforma do ICAD

O registo clínico na plataforma ICAD constitui uma etapa fundamental da consulta do acolhimento, assumindo-se como um instrumento de comunicação estruturada entre todos os profissionais envolvidos no processo terapêutico. Para além de garantir a rastreabilidade da informação clínica, o registo permite documentar avaliações, decisões e intervenções de enfermagem, assegurando continuidade, consistência e qualidade dos cuidados prestados.

Do ponto de vista ético-deontológico, o registo é um dever profissional, refletindo responsabilidade, rigor e transparência na prática clínica. Na área da alcoologia, onde a evolução clínica pode ser rápida e marcada por flutuações, o registo rigoroso torna-se especialmente relevante, permitindo monitorizar riscos, avaliar a resposta ao tratamento e fundamentar decisões terapêuticas subsequentes.

5. CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como propósito desenvolver um guião estruturado para a consulta de acolhimento no Hospital de Dia da Unidade de Alcoologia do Porto, contribuindo para a uniformização das práticas de enfermagem e para a consolidação de uma intervenção especializada, coerente e sustentada na evidência científica. Esta iniciativa emergiu da perceção, adquirida em contexto de estágio, de que a ausência de um documento orientador formal poderia originar variabilidade nas práticas clínicas, com impactos na qualidade, segurança e continuidade dos cuidados.

A construção do guião foi alicerçada num enquadramento teórico robusto, ancorado no modelo biopsicossocial cuja relevância para a compreensão das dependências está amplamente descrita na literatura, e articulado com os princípios das abordagens motivacionais, do modelo de recuperação e da prevenção da recaída (Hendershot *et al.*, 2011). Estes referenciais enfatizam que a dependência alcoólica é uma condição multifatorial, dinâmica e profundamente influenciada pelos contextos de vida, o que reforça a pertinência de uma intervenção global, integrada e centrada na pessoa.

O Hospital de Dia assume, neste contexto, um papel estratégico enquanto resposta terapêutica intensiva e estruturada, permitindo conciliar a estabilização clínica com processos psicoterapêuticos, psicoeducacionais e sociais, tal como recomendado pela Organização Mundial da Saúde (2018) e pelas orientações internacionais de tratamento e desintoxicação (SAMHSA, 2006). A elaboração do guião responde diretamente a estas orientações, ao sistematizar procedimentos de avaliação clínica, psicossocial e funcional (incluindo o uso de instrumentos como a CIWA-Ar, a Escala de Morse e a GAF) que permitem identificar riscos, monitorizar evolução e orientar decisões terapêuticas com rigor.

Neste trabalho, destaca-se o papel do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, cuja intervenção é reconhecida pela Direção-Geral da Saúde e pela Ordem dos Enfermeiros como fundamental na promoção da literacia em saúde mental, na avaliação do risco, na relação terapêutica e na coordenação de cuidados. A avaliação multidimensional realizada na consulta de acolhimento espelha estas competências, permitindo uma intervenção eticamente responsável, tecnicamente fundamentada e alinhada com os princípios de boa prática profissional.

A elaboração deste guião contribui assim não apenas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no Hospital de Dia da UAP, mas também para o fortalecimento da identidade profissional da enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, promovendo práticas consistentes, seguras e centradas na pessoa, tal como preconizado nos Guias Orientadores de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros. Ao traduzir a evidência científica em estratégias clínicas concretas, o guião torna-se um instrumento operativo, útil tanto para profissionais experientes como para novos elementos da equipa.

Em síntese, este trabalho reforça a importância de integrar investigação, prática clínica e reflexão crítica na construção de respostas terapêuticas mais qualificadas. O guião desenvolvido constitui um contributo relevante para a prática especializada em alcoologia, potenciando a continuidade dos cuidados, a segurança clínica durante a



desabituação e a promoção de processos de recuperação realistas, informados e centrados na pessoa.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aas, I. H. M. (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry*, 10(2). <https://doi.org/10.1186/1744-859X-10-2>
- Barb, J. J., Brooks, A. T., Kazmi, N., Yang, L., Chakravorty, S., & Wallen, G. R. (2022). A lower sleep regularity index (SRI) is associated with relapse in individuals with alcohol use disorder following inpatient treatment. *Scientific Reports*, 12, 21583. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-26019-y>
- Brower, K. J. (2001). Alcohol's effects on sleep in alcoholics. *Alcohol Research & Health*, 25(2), 101-109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778757/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Hepatitis C screening guidelines*. <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/guidelinesc.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Polysubstance use facts*. <https://www.cdc.gov/stop-overdose/caring/polysubstance-use.html>
- Childs, S. (Chair) & Hudson, S. et al. (2024). *Alcohol and Other Drugs: Psychosocial Interventions – Practice Guide*. NSW Health. <https://www.health.nsw.gov.au/aod/resources/Publications/nsw-health-psychosocial-interventions.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 030/2012 de 28/12/2012: Detecção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool no adulto – atualizada a 18/12/2014*. Lisboa: DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/28/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-do-alcool-no-adulto/>
- Direção-Geral da Saúde. (2019, 9 de dezembro). *Norma n.º 008/2019 – Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Vaillant, G. E. (1995). *The natural history of alcoholism revisited*. Harvard University Press. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6876506/>
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>

- Klajner, F. (1984). Treatment of substance abuse by relaxation training. *Addictive Behaviors*, 9(3), 333-340.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0306460384900066>
- Krampe, H., Stawicki, S., Hoehe, M. R., & Ehrenreich, H. (2007). Outpatient long-term intensive therapy for alcoholics (OLITA): A successful biopsychosocial approach to the treatment of alcoholism. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(4), 399-412. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202506/>
- Office of Patient-Centered Care and Cultural Transformation, U.S. Dept. of Veterans Affairs. (2022). *Progressive Muscle Relaxation (PMR)* [Fact sheet]. <https://www.va.gov/WHOLEHEALTHLIBRARY/docs/Progressive-Muscle-relaxation.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Guia orientador de boas práticas de enfermagem de saúde mental de ligação* [GOBP]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32539/gobpsaudementalligacao_v3ok.pdfen
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de promoção da literacia em saúde mental* [GOBP]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf
- Merrill, J. E., Thomas, S. E., (2013). Interactions between Adaptive Coping and Drinking to Cope in Predicting Naturalistic Drinking and Drinking Following a LabBased Psychosocial Stressor.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3558592/pdf/nihms415004.pdf>
- Morse, J. M. (1989). *Preventing patient falls*. SAGE Publications.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). *Detoxification and substance abuse treatment* (Treatment Improvement Protocol [TIP] Series, No. 45). U.S. Department of Health and Human Services.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64115/>
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84(11), 1353-1357.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00737.x>

- Vaillant, G. E. (1995). *The natural history of alcoholism revisited*. Harvard University Press. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6876506/>
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362–374. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3280693/pdf/nihms353702.pdf>
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/9789241565639-eng.pdf?sfvrsn=1af653ba_2
- World Health Organization. (2023). *TB prevention and screening*. <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>



7. ANEXOS

**ANEXO I - CHECKLIST DA CONSULTA DE ACOLHIMENTO —
HOSPITAL DE DIA (UAP)**

**CHECKLIST DA CONSULTA DE ACOLHIMENTO — HOSPITAL DE DIA
(UAP)**

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS INICIAIS	
Confirmação da identidade do utente	
Registo no ICAD iniciado / atualizado	
Motivo da referência (equipa médica da UAP)	
2. ACOLHIMENTO E RELAÇÃO TERAPÊUTICA	
Comunicação empática e não julgadora	
Identificação das expectativas do utente	
Identificação de preocupações imediatas	
Exploração inicial da motivação para a mudança	
3. APRESENTAÇÃO DO SERVIÇO	
Explicação do horário (08h–14h)	
Descrição das atividades diárias (soroterapia, relaxamento, lanche psicoeducação)	
Informação sobre o papel da equipa multidisciplinar	
Esclarecimento sobre a medicação domiciliária (fins de semana/feriados)	
4. REGRAS E CONTRATO TERAPÊUTICO	
Assiduidade e pontualidade	
Três faltas injustificadas → exclusão	
Proibição de álcool/drogas e trocas/vendas entre utentes	
Sigilo sobre outros utentes	
Autorização necessária para sair da área	
Uso condicionado de telemóvel	
Responsabilidade pelos bens pessoais	
Aceitação das regras confirmada	
5. AVALIAÇÃO CLÍNICA	
5.1. Exame clínico breve	
Sinais Vitais	
Observação geral (tremores, sudorese, náuseas, agitação)	
5.2. Teste de alcoolemia	

Alcoolemia = 0.0 g/L antes de aplicar CIWA-Ar	
6. ESCALAS DE AVALIAÇÃO	
CIWA-Ar	
Morse Fall Scale	
GAF (Global Assessment of Functioning)	
7. AVALIAÇÃO DO SONO	
Dificuldades em adormecer	
Despertares frequentes	
Sono não reparador	
Padrão de sono irregular	
Interferência no funcionamento diário	
Risco acrescido de recaída discutido	
8. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL (AEM)	
Aparência e comportamento	
Humor e afeto	
Ansiedade / agitação	
Coerência do pensamento	
Percepções alteradas	
Orientação (tempo, espaço, pessoa)	
<i>Insight</i>	
Motivação para a mudança	
Avaliação de risco auto/heteroagressivo	
9. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL	
Rede familiar e apoio social	
Situação habitacional	
Situação laboral / incapacidade	
Eventos de vida recentes	
Fatores de <i>stress</i>	
10. REGISTO	
Registo completo no ICAD	
Escalas anexadas / pontuações registadas	



Plano e orientações documentados	
Nome: _____ Data: __/__/__ Enfermeiro: _____	

ANEXO II – ESCALA CIWA-AR

ESCALA CIWA-Ar			
NOME:		DATA:	
PULSO ou FC:		PA:	HORA:
1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo)? Você tem vomitado?			
(0) Não	(1) Náusea leve e sem vômito	(4) Náusea recorrente com ânsia de vômito	(7) Náusea constante, ânsia de vômito e vômito
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:			
(0) Não	(1) Não visível, mas sente	(4) Moderado, com os braços estendidos	(7) Grave, mesmo com os braços estendidos
3. Sudorese:			
(0) Não	(4) Facial	(7) Profusa	
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamentos, pinicações?			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
5. Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que tem lhe perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Alucinações moderadas	(5) Alucinações moderadas	(6) Alucinações moderadas	(7) Continua
7. Você se sente nervoso (a)? (observação)			
(0) Não	(1) Muito leve	(4) Leve	(7) Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo?
8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?			
(0) Não	(1) Muito leve	(2) Leve	(3) Moderado
(4) Moderado / grave	(5) Grave	(6) Muito grave	(7) Extremamente Grave
9. Agitação: (observação)			
(0) Não	(1) Um pouco mais que a atividade normal	(4) Moderadamente	(7) Constante
10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)			
(0) Orientado	(1) Incerto sobre a data, não responde seguramente		(2) Desorientado com a data, mas não mais do que 2 dias
(3) Desorientado com a data, com mais de 2 dias		(4) Desorientado com o lugar e pessoa	
ESCORE: _____ Critérios diagnósticos: 0-9 SAA leve; 10-18 SAA moderada; >18 SAA grave			

ANEXO III – ESCALA DE MORSE



Escala de Quedas de Morse. Versão Portuguesa

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses Não Sim	0 25
2. Diagnóstico(s) secundário(s) Não Sim	0 15
3. Ajuda para caminhar Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas Muletas/canadianas/bengala/andarilho Apoia-se no mobiliário para andar	0 15 30
4. Terapia intravenosa Não Sim	0 20
5. Postura no andar e na transferência Normal/acamado/imóvel Debilidade Dependente de ajuda	0 10 20
6. Estado mental Consciente das suas capacidades Esquece-se das suas limitações	0 15

Fonte: Costa-Dias, M.J. Ferreira, P. Oliveira, A. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. Revista de Enfermagem Referência. 2014, IV Serie (2), pp.7-17.

ALGORITMO CLÍNICO

Avaliação do risco de queda, avaliação multifatorial, intervenção na prevenção e intervenção na queda





ANEXO IV – ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (GAF)

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DE FUNCIONAMENTO (AGF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional como fazendo parte de um continuum hipotético de saúde-doenças mentais. Não incluir a deficiência do funcionamento devida a limitações físicas (ou ambientais).

Funcionamento superior num largo espectro de atividades, os problemas da vida nunca parecem ficar sem solução, é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas. Ausência de sintomatologia.	100-----91
Ausência ou sintomatologia mínima (por exemplo, ansiedade ligeira antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, interesse e envolvimento num espectro alargado de atividades, eficaz socialmente, de uma maneira geral satisfeito com a vida, os problemas e as preocupações não ultrapassam os do dia-a-dia (por exemplo, discussão ocasional com familiares).	90-----81
Se estiverem presentes sintomas, estes representam razões transitórias e esperadas a fatores de estresse psicossocial (por exemplo, dificuldades em concentrar-se depois de uma discussão familiar); apenas uma ligeira deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, atraso temporário no rendimento escolar).	80-----71
Alguma sintomatologia leve (por exemplo, humor deprimido e insônia leve) OU alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ociosidade ocasional ou furto no seio familiar), mas bastante bom no funcionamento de uma maneira geral, algumas relações interpessoais significativas.	70-----61
Sintomatologia moderada (por exemplo, afeto embotado e discurso circunstancial, ataques de pânico ocasionais) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, poucos amigos, incapaz de manter um emprego).	60-----51
Sintomatologia grave (por exemplo, ideação suicida, rituais obsessivos graves, frequentes furtos em lojas) OU qualquer deficiência no funcionamento social, ocupacional ou escolar (por exemplo, ausência de amigos, incapaz de manter um emprego).	50-----41
Algumas deficiências em testes de realidade ou na comunicação (por exemplo, o discurso é, por vezes, ideológico, obscuro ou irrelevante) OU deficiência maior em várias áreas, tais como trabalho ou escola, relações familiares, juízos, pensamentos ou humor (por exemplo, homem deprimido que evita amigos, negligência a família e é incapaz de trabalhar; é frequente a criança espancar outras mais novas, ter uma atitude de desafio em casa e mau rendimento escolar).	40-----31
O comportamento é consideravelmente influenciado por atividade delirante ou alucinações OU grave deficiência na comunicação ou nos juízos (por exemplo, por vezes incoerente, atua com rudeza despropositadamente, preocupação suicida) OU incapacidade de funcionamento em quase todas as áreas (por exemplo, fica na cama todo o dia; não tem trabalho, nem casa, nem amigos).	30-----21
Algum perigo de magoar-se a si próprio ou aos outros (por exemplo, tentativas de suicídio sem esperar claramente a morte; frequentemente violento; excitação maníaca) OU não consegue ocasionalmente manter a higiene mínima pessoal (por exemplo, suja-se com fezes) OU acentuada deficiência na comunicação (por exemplo, muito incoerente na expressão oral).	20-----11
Perigo persistente de magoar-se a si próprio ou aos outros (por exemplo, violência recorrente) OU incapacidade persistente para manter o mínimo de higiene pessoal OU suicida grave esperando claramente a morte.	10-----1
Informações insuficiente	0

A pontuação é muitas vezes dado como um intervalo, conforme descrito abaixo:

91-100: ausência de sintomatologia

81-90: sintomas ausentes ou mínimos; bom funcionamento em todas as áreas (escolar, profissional e social); interessado e envolvido em actividades; socialmente capaz; em geral satisfeito com a vida; sem problemas para além dos relacionados com a vida quotidiana.

71-80: se presentes, os sintomas são transitórios a factores de stress psicossocial; leve incapacidade social, profissional ou escolar.

61-70: sintomas ligeiros ou alguma dificuldade no funcionamento social, profissional ou escolar; mantém capacidade funcional no relacionamento interpessoal.

51-60: sintomas moderados ou moderada dificuldade no funcionamento escolar.

41-50: Sintomas marcados ou incapacidade social, profissional ou escolar.

31-40: Perturbação no "teste da realidade" ou na comunicação interpessoal ou grande incapacidade em áreas como: escola, relacionamento familiar, raciocínio crítico, humor e pensamento.

21-30 Comportamento influenciado por delírios ou alucinações ou grave incapacidade de comunicação interpessoal ou raciocínio crítico ou incapacidade para funcionar em quase todas as áreas.

11-20 Alguns riscos de auto e hetero-agressão ou falhas ocasionais em manter a higiene pessoal mínima ou alteração muito grave na comunicação.

1-10 Risco permanente de auto e hetero-agressão ou incapacidade permanente para manter a higiene pessoal mínima ou graves actos suicidários com clara expectativa de morte

**ANEXO IV – CERTIFICADO DE COAUTORIA DE
COMUNICAÇÃO ORAL APRESENTADA NO XVI CONGRESSO
INTERNACIONAL DA ASPESM.**

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 Oraais 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

P^{ra} Comissão Científica

O Presidente do Congresso



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

**ANEXO V – COMPROVATIVO PRESENÇA II ENCONTRO DE
REDUÇÃO DE RISCOS E MINIMIZAÇÃO DE DANOS DO CRI
DE BRAGA.**

Declaração

Despacho n.º 13019/98, de 29 de julho e n.º 1 do artigo 21.º da Portaria n.º 208/2013, de 26 de junho

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.
Parque de Saúde Pulido Valente • Alameda das Linhas de Torres, n.º 117 • Edifício ICAD • 1750-147 Lisboa – Portugal
NIPC: 517839539
Entidade Acreditada pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.
Entidade Formadora Acreditada pelo Conselho Científico-Pedagógico da Formação Contínua

Declara-se que **Bernardete Raquel Ferreira Souto** participou no **II Encontro de Redução de Riscos e Minimização de Danos do CRI de Braga: Segurança e Inclusão em Tempos de Novos Desafios**, que decorreu no dia 19 de novembro de 2025, em Guimarães.

Organizada e promovida pelo Instituto para os
Comportamentos Aditivos e as Dependências, I. P.
(ICAD, I.P.)

Lisboa, 19 de novembro de 2025

O Coordenador do CRI

Assinado por: **Maria João Rafael Pinto dos Santos**
Num. de Identificação: 09812329 Data:
2025.11.20 17:09:23+00'00"

**ANEXO VI – COMPROVATIVO PRESENÇA NAS I JORNADAS
DO CPCJ DE LOUSADA**



**ANEXO VII – COMPROVATIVO PRESENÇA II JORNADAS DIA
MUNDIAL DA SAÚDE MENTAL MATERNA**

