

PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA EM UTENTES COM PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL

Relatório Final de Estágio

Carla Conceição Dias Torres

Leiria

Março, 2026

PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA EM UTENTES COM PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL

Relatório Final de Estágio

Ciclo de Estudos: Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio De Natureza Profissional Em Enfermagem Especializada De Saúde Mental Com
Relatório Final

Carla Conceição Dias Torres, nº 5240188

Orientação: Prof. Doutora Catarina Tomás

Co-orientação: Prof. Doutora Ana Querido

Leiria

Março, 2026

Ao Sérgio, à Carolina e ao Miguel

AGRADECIMENTOS:

Agradeço, em primeiro lugar, às minhas professoras orientadoras, Prof^a Catarina Tomás e Prof^a Ana Querido, pela disponibilidade, rigor científico e orientação constante ao longo deste percurso. A sua exigência, sensibilidade e capacidade de promover o pensamento crítico foram determinantes para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento enquanto profissional.

Aos enfermeiros orientadores dos diferentes contextos de ensino clínico, expresso o meu profundo reconhecimento pela forma como me acolheram, pela partilha generosa de conhecimentos e pela supervisão atenta.

Às colegas do mestrado, agradeço o apoio, a entreaajuda e o companheirismo que tornaram este percurso mais leve e enriquecedor. Cada troca de ideias, cada desafio partilhado e cada momento de aprendizagem conjunta contribuíram para uma experiência formativa mais sólida e significativa.

À minha família, deixo um agradecimento sentido pelo apoio incondicional, pela compreensão nos momentos de maior exigência e pela força que sempre me transmitiram.

Ao meu marido, agradeço a paciência, o amor e a presença constante, que foram fundamentais para que este percurso fosse possível.

À Carolina e ao Miguel, deixo o agradecimento mais terno e sincero. São a minha maior inspiração, a minha alegria diária e a razão pela qual procuro sempre ser melhor. Obrigada pelos abraços que me devolveram forças, pelos sorrisos que iluminaram os dias cansativos e por me lembrarem, sempre, do que realmente importa.

A todos, o meu sincero obrigado!

“Substitui os medos pelos sonhos. Não sejas administrador de medos; mas empreendedor de sonhos.”

Papa Francisco

RESUMO:

O presente relatório, realizado no âmbito do Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, procura dar a conhecer as competências desenvolvidas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do Título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP). Apresenta-se dividido em três partes: a descrição dos contextos de aprendizagem em Ensino Clínico; a análise crítico-reflexiva sobre as atividades desenvolvidas de forma a adquirir competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018); e a descrição das etapas e os resultados obtidos no desenvolvimento do Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE): *Promoção da Autoestima em utentes com Perturbação de Uso de Álcool (PUA)*.

A autoestima está ligada aos comportamentos aditivos e pode funcionar como fator protetor ou de risco (Van den Berg et al., 2026; Khazaee-Pool et al., 2025 & Mann et al., 2004). Uma baixa autoestima aumenta a probabilidade de perturbações mentais, problemas sociais e abuso de substâncias. Em Portugal, os internamentos por problemas relacionados com o álcool cresceram 20% face a 2021 (SICAD, 2023).

O PMCQCE apresentado, surge a partir de um problema experienciado na prática clínica: a baixa autoestima nos utentes com PUA e a ausência de uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) nesta área. Assim este projeto tem por objetivo, melhorar a qualidade dos cuidados prestados a esta população, com a estruturação e implementação de uma intervenção especializada, e melhorar a Autoestima dos utentes com PUA.

Enquadrado neste PMCQCE, foi desenvolvido um estudo exploratório de investigação-ação, de natureza quantitativa, realizado com uma amostragem intencional de utentes com baixa autoestima e diagnóstico clínico de PUA, internados no serviço de psiquiatria. A intervenção especializada foi estruturada em quatro sessões individuais de abordagem psicoterapêutica, baseadas na relação de ajuda e utilizando técnicas de mediação artístico-expressiva. As sessões incidiram sobre as dimensões: autoimagem, autoconfiança e autoaceitação.

Os resultados evidenciaram que, na fase pré-intervenção, os participantes apresentavam níveis elevados de padrão de consumo de álcool e uma baixa autoestima. Após a intervenção foram apuradas melhorias da autoestima em todos os participantes e elevados níveis de satisfação com a intervenção.

Sugere-se a continuidade da implementação do projeto em contexto de internamento e no pós-alta (follow up), e a sua replicação noutros contextos de internamento com a mesma problemática aditiva.

Palavras-Chave: Adultos, Autoestima, Alcoolismo, Saúde Mental, Enfermagem.

ABSTRACT:

This report, produced as part of the Master's and Specialisation programme in Mental Health and Psychiatric Nursing at the School of Health of the Polytechnic Institute of Leiria, aims to outline the competencies developed in order to obtain a Master's degree in Nursing and the title of Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing (EEESMP). It is divided into three parts: a description of the learning contexts in Clinical Teaching; a critical-reflective analysis of the activities undertaken to acquire common competencies (Regulation No. 140/2019) and those specific to the EEESMP (Regulation No. 515/2018); and a description of the stages and results achieved in the development of the Continuous Quality Improvement Project in Nursing Care (PMCQCE): Promotion of Self-Esteem in patients with Alcohol Use Disorder (AUD).

Self-esteem is linked to addictive behaviours and can act as either a protective or a risk factor (Van den Berg et al., 2026; Khazaee-Pool et al., 2025 & Mann et al., 2004). Low self-esteem increases the likelihood of mental health disorders, social problems and substance abuse. In Portugal, hospital admissions for alcohol-related problems rose by 20% compared to 2021 (SICAD, 2023).

The PMCQCE presented here stems from a problem encountered in clinical practice: low self-esteem among clients with alcohol use disorder (AUD) and the lack of a specialised intervention in Mental Health and Psychiatric Nursing (MHPN) in this area. Thus, this project aims to improve the quality of care provided to this population through the design and implementation of a specialised intervention, and to improve the self-esteem of clients with PUA.

Within the framework of this PMCQCE, a quantitative exploratory action research study was developed, conducted with a purposive sample of patients with low self-esteem and a clinical diagnosis of PUA, admitted to the psychiatric ward. The specialised intervention was structured into four individual sessions using a psychotherapeutic approach, based on the helping relationship and utilising artistic-expressive mediation techniques. The sessions focused on the dimensions of self-image, self-confidence and self-acceptance.

The results showed that, in the pre-intervention phase, participants exhibited high levels of alcohol consumption and low self-esteem. Following the intervention, improvements in self-esteem were observed in all participants, along with high levels of satisfaction with the intervention.

It is suggested that the project be continued in an inpatient setting and during the post-discharge (follow-up) period, and that it be replicated in other inpatient settings with the same substance use issues.

Keywords: Adults, Self-esteem, Alcoholism, Mental Health, Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – *American Psychological Association*

CCISM – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DMG – Doença mental grave

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSM - Equipa Comunitária de Saúde Mental

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSL – Escola Superior de Saúde de Leiria

GOBP – Guia Orientador de Boas Práticas

LSM – Literacia em Saúde Mental

OMS/WHO – Organização Mundial da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PII – Plano Individual de Intervenção

PDI - Perturbação do Desenvolvimento Intelectual

PMCQCE – Projeto de Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PUA – Perturbação de Uso de Álcool

RAMa – Residência de Apoio Máximo

RNCCISM – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

SM – Saúde mental

SPSS – *Statistical Package of Social Science*

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

Índice de Tabelas	XI
Índice de Gráficos.....	XI
Índice de Figuras.....	XII
INTRODUÇÃO:.....	13
PARTE I – CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM	15
1. ENSINO CLÍNICO I – INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA AGUDOS	16
2. ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	18
3. ENSINO CLÍNICO III – CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS	21
PARTE II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	24
1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	25
1.1. Domínio da responsabilidade ética e legal:	25
1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade:	28
1.3. Domínio da gestão dos cuidados	32
1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	33
2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	35
2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional:	36
2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental:	38
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:.....	43
2.4. 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.	46
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	50
PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: “PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA NOS UTENTES COM PERTURBAÇÃO DE USO DE ÁLCOOL”	54

1. FASE PLAN	55
1.1. Identificar o Problema:	55
1.2. Perceber o Problema:.....	56
1.3. Perceber as causas:	59
1.4. Checklist de Heather Palmer.....	60
1.5. Objetivos:.....	61
1.6. Metodologia:	61
1.6.1. Colheita De Dados.....	62
1.6.2. Instrumentos Do Estudo:	63
1.6.3 Tratamento De Dados	64
1.6.4. Procedimentos, Questões Formais E Éticas	64
2. FASE DO:.....	64
2.1. Enquadramento Com Referenciais Teóricos De Enfermagem:	64
2.2. Intervenção Especializada	67
3. FASE CHECK:.....	72
3.1. Apresentação Dos Resultados:	72
3.2. Discussão Dos Resultados:	82
4. FASE ACT.....	86
4.1. Propor Medidas Corretivas, Standardizar E Treinar:.....	86
4.2. Implicações Para A Prática, Educação E Investigação:	87
CONCLUSÃO:.....	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	91

APÊNDICES

APÊNDICE I: Formação em serviço para enfermeiros “Assertividade e técnicas de assertividade” - EC I

APÊNDICE II: Formação em serviço para Técnicos Auxiliares de Saúde: “Assertividade e técnicas de assertividade” - EC I

APÊNDICE III: Formação em serviço “Comunicação e segurança - Técnicas de *De escalation*”, EC II

APÊNDICE IV: Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: “Cuidar + Além”

APÊNDICE V: Plano de cuidados Estudo de caso EC I

APÊNDICE VI: Plano de Cuidados Estudo de caso ECII

APÊNDICE VII: Plano de cuidados Estudo de caso ECIII

APÊNDICE VIII: Ficha técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica e psicoeducacional de grupo “Cuidarmente”

APÊNDICE IX: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica e psicoeducacional “SERpositivamente”

APÊNDICE X: Ficha Técnica e avaliação da intervenção e psicoeducacional “Promoção da Literacia em Saúde Mental”

APÊNDICE XI: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica “Biblioterapia”, EC I

APÊNDICE XII: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicossocial de grupo “Treino de assertividade”

APÊNDICE XIII: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica de grupo “Promoção da Autoestima”

APÊNDICE XIV: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicossocial “Treino de competências sociais e Treino de Atividades de Vida Diária”

APÊNDICE XV: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica “Técnicas de relaxamento”

APÊNDICE XVI: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicossocial “Técnica de comunicação assertiva”, ECII

APÊNDICE XVII: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica “Biblioterapia”, ECII

APÊNDICE XVIII: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica “Técnica de resolução de problemas”

APÊNDICE XIX: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica “Treino Metacognitivo”

APÊNDICE XX: Técnicas de distração

APÊNDICE XXI: Ficha Técnica e avaliação da intervenção psicoterapêutica e sócio-terapêutica “Promoção da Esperança”

APÊNDICE XXII: Questionário realizado à equipa de enfermagem

APÊNDICE XXIII: Formação sobre o PMCQCE à equipa de enfermagem

APÊNDICE XXIV: Consentimento informado

APÊNDICE XXV: Ficha técnica “Promoção da autoestima em utentes com PUA”

ANEXOS

ANEXO I: Comunicação Livre: “Promoção da Esperança” e participação nas IV Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental – Cuidar com(o) essência

ANEXO II: Comunicação livre: “A recolha de imagem como dilema ético”, e participação nas III Jornadas Pedagógicas de ESMP: Convergência(s)

ANEXO III: Participação no Congresso Nacional de Prestadores de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental

ANEXO IV: Workshop “Treino de competências sociais com a pessoa com uso de álcool”

ANEXO V: Webinar – Tertúlia “A investigação em ESMP”, da Ordem dos Enfermeiros

ANEXO VI: Escalas utilizadas em EC

ANEXO VII: Participação no III Encontro de Supervisão Clínica em Enfermagem

ANEXO VIII: Participação no Seminário Internacional: “Os sentidos na humanização dos cuidados – porque cuidar é compreender, escutar e sentir”

ANEXO IX: Workshop: “Scopus + AI: referências, citações e a nova pesquisa em linguagem natural”

ANEXO X: Workshop: “Como fazer uma comunicação oral – 1º Encontro de Investigação e Inovação da OE”

ANEXO XI: Instrumentos do PMCQCE

ANEXO XII: Autorização da comissão de ética

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	72
Tabela 2: Resultados da aplicação da escala AUDIT C.....	73
Tabela 3: Resultados aplicação Escala Autoestima Rosenberg nos momentos pré e pós intervenção.....	73
Tabela 4: Resultados da aplicação de Teste de Normalidade Shapiro-Wilk.....	74
Tabela 5: Resultados da Aplicação de teste Wilcoxon, Estatísticas de teste e Estatística descritiva para cada item da escala da Autoestima.....	76

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 1 “A intervenção de um modo geral permitiu aumentar a minha autoestima”	77
Gráfico 2: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 2 “No global sinto-me muito satisfeito com a participação nesta intervenção”	77
Gráfico 3: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 3 “Os temas abordados corresponderam aos meus interesses”	78
Gráfico 4: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 4 “O modo como os temas foram abordados foi adequado às minhas capacidades”	78
Gráfico 5: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 5 “A duração das atividades foi adequada às minhas necessidades”	78
Gráfico 6: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 6 “As atividades realizadas nas sessões foram suficientes”	79

Gráfico 7: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 7 “A relação com o investigador foi importante para a intervenção”	79
Gráfico 8: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 8 “Os recursos utilizados, foram adequadas às minhas necessidades”	80
Gráfico 9: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 9 “As instalações e condições disponibilizadas foram adequadas à intervenção”	80
Gráfico 10: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 10 “Senti-me motivado durante a intervenção”	80
Gráfico 11: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 11 “A minha participação superou as minhas expectativas”	81
Gráfico 12: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 12 “Consigo reconhecer em mim, qualidades positivas”	81
Gráfico 13: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 13 “Consigo ter mais autoconfiança”	81
Gráfico 14: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 14 “Consigo identificar melhorias, na forma como me vejo”	82
Gráfico 15: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 15 “Consigo pensar e dizer coisas positivas a meu respeito.....	82

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama De Ishikawa.....	60
Figura 2: Análise SWOT do PMCQCE "Promoção da Autoestima em Utentes com PUA"	86

INTRODUÇÃO:

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi proposta a elaboração de um relatório final que permitisse evidenciar, de forma sistematizada e reflexiva, o percurso formativo desenvolvido no contexto da prática clínica.

Este documento, inserido no processo de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), constitui um instrumento fundamental para demonstrar a aquisição e consolidação das competências especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros, bem como para analisar criticamente as experiências vivenciadas ao longo dos diferentes contextos de ensino clínico (EC). Para isso, fundamenta-se nas competências comuns do enfermeiro especialista, conforme o Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019), nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), estabelecidas no Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2018) e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, estabelecidos no Regulamento n.º 356/2015 (OE, 2015).

A saúde mental constitui, atualmente, uma das maiores preocupações de saúde pública a nível global, com a doença mental a representar uma das principais causas de incapacidade e perda de qualidade de vida (World Health Organization [WHO], 2022). Em Portugal, os dados epidemiológicos evidenciam uma elevada prevalência de perturbações mentais ao longo da vida, posicionando o país ao nível da Europa, com maior carga associada a estas patologias (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE], 2021). Apesar dos progressos alcançados com a Reforma da Saúde Mental, persistem desafios significativos relacionados com o acesso aos cuidados, a continuidade terapêutica, a literacia em saúde mental e o estigma social.

Perante esta realidade, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) assume um papel central, tanto a nível nacional como internacional. A complexidade dos fenómenos de saúde mental exige profissionais altamente qualificados, capazes de intervir de forma autónoma, ética e baseada na evidência, promovendo o bem-estar psicológico, a reabilitação psicossocial e a capacitação da pessoa, família e comunidade. Organismos internacionais, como a WHO e o International Council of Nurses, reconhecem que os enfermeiros especialistas são fundamentais para a prestação dos cuidados de saúde mental, para a redução do estigma e para a implementação de modelos de intervenção comunitário e hospitalar eficazes. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros reforça esta importância ao definir competências específicas que valorizam a avaliação clínica avançada, a relação terapêutica, a gestão do risco, a promoção da segurança e a liderança em contextos complexos.

A aprendizagem prática em contexto de ensinamentos clínicos (EC) constitui, por isso, um eixo estruturante da formação do enfermeiro especialista. Diversos autores defendem que os EC são fundamentais para a construção da identidade profissional, para o desenvolvimento do pensamento crítico e para a consolidação de competências clínicas e relacionais. Benner (2001) sublinha que o desenvolvimento profissional em enfermagem ocorre através da experiência situada, na qual o estudante evolui de principiante a perito mediante a exposição progressiva a contextos reais de prática. De forma complementar, Kolb (2015) destaca que os EC proporcionam vivências reais, complexas e desafiantes, essenciais para a aquisição de competências clínicas, relacionais, éticas e de gestão, que dificilmente poderiam ser plenamente desenvolvidas em contexto exclusivamente académico.

Neste enquadramento, a elaboração deste relatório assume particular relevância, ao permitir refletir sobre o percurso formativo, evidenciar o desenvolvimento das competências especializadas e demonstrar a capacidade de intervenção fundamentada em contextos reais de prática.

Os objetivos definidos para este relatório são: a) caracterizar os contextos de aprendizagem da prática especializada em enfermagem de saúde mental; b) realizar uma análise crítico-reflexiva fundamentada sobre o desenvolvimento das competências especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros; c) descrever as diversas fases de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) na área de intervenção do EEESMP, evidenciando os resultados obtidos.

Para dar resposta a estes objetivos, o relatório encontra-se estruturado em três partes complementares e interdependentes. A primeira parte apresenta a descrição e caracterização dos contextos dos ensinos clínicos (EC), seguindo a sua ordem cronológica e destacando as especificidades de cada ambiente de prática. Esta secção permite compreender o enquadramento institucional, organizacional e assistencial onde decorreram as aprendizagens, bem como os desafios e oportunidades que cada contexto proporcionou.

A segunda parte corresponde à análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo dos EC, articulando-as com as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e com as competências específicas do EEESMP (Regulamento n.º 515/2018). Esta reflexão, sustentada no modelo de Gibbs, permite aprofundar o significado das experiências vivenciadas, identificar aprendizagens relevantes, reconhecer limitações e projetar melhorias futuras, contribuindo para a construção de uma prática profissional mais consciente, fundamentada e transformadora.

A terceira parte descreve o desenho, planeamento, implementação e avaliação de um PMCQCE. No âmbito deste relatório, o projeto desenvolvido intitula-se *“Promoção da autoestima em utentes com perturbação de uso de álcool”*, uma área de intervenção particularmente relevante em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A literatura evidencia que a baixa autoestima funciona simultaneamente como fator de risco e consequência do consumo problemático de álcool, contribuindo para sentimentos de inadequação, culpa e vergonha que perpetuam o ciclo de dependência (Beattie & Longabaugh, 1999; Luoma et al., 2012). Assim, a promoção da autoestima constitui uma intervenção especializada fundamental, uma vez que o reforço do valor pessoal e da autoeficácia sustenta a motivação para a mudança, favorece a autorregulação emocional e contribui para diminuir o risco de recaída (Bandura, 1997; Mruk, 2013). A integração desta intervenção no PMCQCE reforça o papel do EEESMP na implementação de práticas terapêuticas baseadas na evidência e orientadas para a recuperação.

Este projeto, desenvolvido segundo a metodologia do ciclo de Deming (PDCA), também evidencia a capacidade do enfermeiro especialista para liderar processos de melhoria contínua, promover práticas seguras e contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

As fontes de informação utilizadas para a elaboração deste relatório incluem documentos oficiais, normativos e reguladores da profissão de enfermagem, literatura científica nacional e internacional, e artigos obtidos em bases de dados eletrónicas de reconhecida credibilidade. A metodologia adotada combina a reflexão individual, a análise crítica fundamentada e a integração de evidência científica atualizada, garantindo rigor, coerência e profundidade na construção do conhecimento.

Este trabalho cumpre as normas definidas no Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESSLei, as regras do Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e os critérios da 7.ª edição da American Psychological Association (APA), assegurando a qualidade formal e científica exigida a um relatório final de mestrado.

PARTE I – CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM

Os EC constituem o centro da aprendizagem em enfermagem, pois é no contacto direto com a pessoa, a família e a equipa, que o estudante integra o saber teórico, desenvolve competências técnicas e constrói o seu juízo clínico especializado (Gcawu, & Van Rooyen, 2022). Na prática especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, esta aprendizagem revela-se fundamental nos vários contextos (internamento agudos, comunidade e respostas diferenciadas), na medida em que potencia o desenvolvimento de competências relacionais, comunicacionais e terapêuticas, indispensáveis à construção de uma prática avançada centrada na relação interpessoal e nos princípios da recuperação da saúde mental, tal como preconizado por autores como Peplau e pelos modelos contemporâneos de prática baseada na evidência (Peplau, 1991; Gcawu, & Van Rooyen,, 2022).

A prática especializada em ESMP decorreu ao longo de três EC, mais especificamente, num Internamento de Psiquiatria Agudos numa Casa de Saúde das Irmãs hospitaleiras, no período compreendido entre 22 de abril a 4 de julho; numa Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) numa Unidade Local de Saúde (ULS) da Região Centro, no período compreendido entre 8 de setembro e 23 de novembro; e numa Residência de Apoio Máximo (RAMa), da RNCCISM, numa Casa de Saúde das Irmãs hospitaleiras, no período compreendido entre 24 de novembro e 25 de janeiro.

Seguir-se-á a descrição dos diversos contextos de EC, do modelo de organização e funcionamento das unidades, assim como, os principais focos de atenção e intervenções especializadas em ESMP, destacando-se ainda a relevância do papel do enfermeiro ESMP nestes contextos.

1. ENSINO CLÍNICO I – INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA AGUDOS

O EC I em contexto de internamento, foi desenvolvido numa unidade de internamento de psiquiatria feminina, numa Casa de Saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras em Portugal.

Esta Unidade de internamento, destina-se ao tratamento e recuperação de mulheres maiores de 18 anos de idade com Doença Mental Grave (DMG) e Perturbação do desenvolvimento Intelectual (PDI), e tem uma lotação de 58 vagas, subdivididas em duas alas (A e B). Durante o EC, na ala A, estavam internadas 28 mulheres, e na ala B 29.

Os cuidados são garantidos por uma equipa multidisciplinar composta por: 9 Enfermeiros (2 Enfermeiros ESMP), 2 Psiquiatras, 2 Clínicos gerais, 1 Psicólogo, 1 Terapeuta ocupacional, 1 Psicomotricista, 1 Terapeuta pastoral da saúde, 1 Ajudante de ocupação e 8 Ajudantes de enfermaria.

Esta instituição tem como base, o Modelo Assistencial Hospitaleiro, que se baseia numa visão humanista cristã da pessoa, e preconiza uma abordagem integral e interdisciplinar das suas necessidades, com vista ao seu equilíbrio e bem-estar. A identidade hospitaleira assenta na centralidade e integralidade da pessoa assistida (utente), na defesa da sua dignidade e na prestação de cuidados desde a prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção na sociedade.

Neste contexto, a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau surge como o modelo teórico de enfermagem, que mais se aproxima e sustenta esta filosofia de cuidado, pois enfatiza a enfermagem como um processo interpessoal dinâmico e terapêutico, no qual a relação enfermeiro–paciente é instrumento para a promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e adaptação (Peplau, 1991; Franzoi, Lemos, Jesus, Kamanda & Reis, 2016).

Peplau organiza a relação terapêutica em quatro fases — orientação, identificação, exploração e resolução — que se alinham com o processo de cuidado do modelo hospitaleiro, desde o acolhimento inicial até à reabilitação e reinserção da pessoa na sociedade. A teoria destaca a comunicação, a empatia e a confiança como elementos centrais, correspondendo aos princípios de cuidado humanizado, integral e centrado na pessoa defendidos pelo modelo hospitaleiro (Peplau, 1991; Franzoi et al., 2016).

No contexto desta Unidade de Internamento, a teoria de Peplau constitui um contributo central para a intervenção de enfermagem especializada em ESMP, ao oferecer um enquadramento relacional que orienta o cuidado em todas as fases do internamento. A estruturação da relação terapêutica permite ao enfermeiro ajustar a sua intervenção às necessidades emocionais, cognitivas e relacionais de cada utente, garantindo um acompanhamento individualizado e coerente com o seu percurso terapêutico. Este enquadramento favorece igualmente a promoção da autonomia e da participação ativa das utentes, aspetos particularmente relevantes, para quem a capacitação e o reforço de competências são essenciais ao processo de reabilitação.

Este modelo teórico, promove ainda a gestão de comportamentos e emoções, através do uso de técnicas de comunicação terapêutica que permitem ao enfermeiro especialista compreender significados, reduzir a ansiedade e promover um ambiente seguro e de confiança, indispensável para a estabilidade clínica e para a evolução positiva das utentes ao longo do internamento.

A admissão das utentes para esta unidade de internamento, é realizada após análise do processo de referenciação feito à Casa de Saúde. Esta referenciação pode ser feita pela pessoa, familiar, representante legal, pessoa significativa, técnico de saúde ou Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). No internamento, após reunião multidisciplinar é definido um Plano Individual de Intervenção (PII), onde são

estabelecidos os objetivos, com a participação da utente e família/representante legal, e planeadas as intervenções e atividades para os alcançar.

Este PII, pretende contribuir para a melhoria da qualidade de vida da utente na unidade, com vista à manutenção de rotinas ocupacionais gratificantes e de comportamentos socialmente adequados, numa perspetiva de Empowerment e inclusão social.

O enfermeiro ESMP da Unidade, no âmbito das suas competências específicas, realiza um conjunto de intervenções centradas na estabilização clínica, recuperação e reabilitação psicossocial das utentes. Os focos e diagnósticos de enfermagem mais prevalentes, associados à DMG e PDI, incluem: delírio, alucinação, humor deprimido, autocontrolo do impulso ineficaz, comprometimento da capacidade de desempenho e limitações no autocuidado.

Quando a utente apresenta estabilidade clínica e psicossocial, são implementadas intervenções específicas, como treino de competências sociais, treino de Atividades da Vida Diária (AVDs) e Treino de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), com o objetivo de promover a recuperação e reabilitação psicossocial. A estruturação de uma rotina ocupacional complementa estas estratégias, contribuindo para a estabilização funcional e o bem-estar global da pessoa assistida.

A ocupação na sua dimensão terapêutica associada ao tratamento de pessoas com doença mental, permite à pessoa assistida desenvolver habilidades, competências e identidade. O processo de reabilitação e de recuperação psicossocial tem por base, ensinar e treinar as pessoas incapacitadas pela doença mental para o desempenho das habilidades físicas, emocionais e intelectuais necessárias à sua vida autónoma, num nível superior de bem-estar, e com a menor ajuda possível de profissionais de saúde (Melo et.al, 2014).

Todo este processo de reabilitação, pretende ir ao encontro das necessidades e expectativas das utentes, numa perspetiva de melhoria contínua, envolvendo ativamente as utentes e profissionais de saúde.

Esta unidade de internamento, tem implementado desde 2023, o Projeto de Inovação “A Casa – Comunidades Apoiadas Para a Socialização”, composta por duas estruturas residenciais, no qual é desenvolvida, pelo enfermeiro ESMP, uma intervenção especializada e estruturada em grupos mais pequenos, no desenvolvimento de competências instrumentais e sociais. Durante o EC, estas estruturas residenciais tinham 18 utentes.

O processo de seleção das utentes para integrarem este projeto, é feito pelo enfermeiro ESMP, com base na aplicação de escalas (Índice de bem-estar pessoal em pessoas com deficiência intelectual, Escala de comportamento adaptativo e Escala de Supervisão). Este processo de seleção, também considera o potencial para aquisição de novas competências, a duração do internamento e a ausência de alterações de comportamento.

Este projeto enquadra-se no eixo estratégico: “Promoção da autonomia e vida independente”, da Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025, tendo sido criadas condições na instituição para a capacitação, autonomização e vida independente de pessoas com deficiência, e criadas soluções para a promoção da autonomia.

Quando os objetivos terapêuticos, na Unidade de Internamento, são atingidos, a utente pode ser encaminhada para a Unidade de Reabilitação, Unidades Residenciais internas para treino de AVDs, ou apartamentos na comunidade. Quando todos os objetivos de reabilitação psicossocial são atingidos, a utente tem alta, sendo reinserida na sua família ou comunidade.

O enfermeiro ESMP assume um papel central, nesta Unidade de Internamento, sendo determinante na avaliação, planeamento, implementação e avaliação de cuidados especializados dirigidos a pessoas com doença mental grave e perturbação do desenvolvimento intelectual. De acordo com o Regulamento das competências específicas do ESMP (Regulamento nº 515, 2018), o enfermeiro ESMP intervém na promoção da saúde mental, prevenção da doença, tratamento e reabilitação psicossocial, utilizando a relação terapêutica como instrumento fundamental de cuidado. A sua atuação concretiza-se na estabilização clínica, na promoção da autonomia e no desenvolvimento de competências sociais, funcionais e de autocuidado, através de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducativas. Paralelamente, o enfermeiro ESMP desempenha um papel relevante na articulação da equipa multidisciplinar e na construção e monitorização do Plano Individual de Intervenção, garantindo continuidade, humanização e qualidade dos cuidados, em consonância com o Modelo Assistencial Hospitalareiro e com o referencial teórico de Peplau.

2. ENSINO CLÍNICO II – UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

O EC II em contexto de cuidados na comunidade, foi desenvolvido numa UCC integrada numa ULS da Região Centro de Portugal.

Os Cuidados de Saúde Primários, com a publicação do Decreto-Lei n.º 28 de 2008 (Ministério da Saúde, 2008) que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sofreram uma reestruturação das suas unidades funcionais, tendo sido criadas: as unidades de cuidados na comunidade, as unidades de saúde familiar, as unidades de cuidados de saúde personalizadas e as unidades de saúde públicas.

Mais recentemente, com o Decreto-Lei n.º 102 de 2023 (Ministério da Saúde, 2023), todas estas unidades funcionais e hospitais do SNS, sofreram uma nova reorganização, integrando as atuais Unidades Locais de Saúde.

Não obstante a esta reestruturação organizacional, as UCC preservaram a sua essência e relevância no âmbito dos cuidados de saúde primários, continuando a desempenhar funções essenciais na intervenção comunitária e domiciliária. De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, a estas unidades compete: prestar cuidados de saúde, bem como apoio psicológico e social, de natureza domiciliária e comunitária, especialmente dirigidos a pessoas, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade, risco ou dependência física e funcional que necessitem de acompanhamento; e desenvolver ações de educação para a saúde, promover a integração em redes de apoio à família e implementar unidades móveis de intervenção.

A UCC, onde foi desenvolvido o EC, foi criada em 2014, tendo como área geográfica de influência 626,15 Km², num concelho composto por 13 freguesias e cerca de 51 170 habitantes.

A equipa multidisciplinar é constituída por médico; enfermeiros generalistas; enfermeiros especialistas (nas áreas de especialidade de ESMP; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermagem Comunitária; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Reabilitação); higienista oral; psicóloga; assistente social; secretária clínica e fisioterapeuta. As atividades da equipa decorrem numa sala de trabalho *open space*, o que permite ter no mesmo espaço diversas áreas especializadas de enfermagem e desta forma fomentar o trabalho colaborativo e em equipa.

A referenciação para a UCC é realizada pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, pelas equipas de cuidados da ULS, por outras entidades/parceiros da comunidade (escolas, empresas, estruturas residenciais

para idosos, município, juntas de freguesias), ou por iniciativa própria do utente. A ferramenta informática de apoio à documentação em enfermagem é o SCLinico e a taxonomia utilizada é a CIPE.

O modelo de enfermagem subjacente à prática na UCC é o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012), bem como a Teoria das Transições proposta por Afaf Meleis (Meleis, 2015).

A prática de cuidados à comunidade, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários, beneficia de uma abordagem teórica que valorize a família enquanto unidade de cuidado e reconheça os processos de mudança vivenciados ao longo do ciclo de vida. O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, proposto por Figueiredo (2012), permite uma avaliação sistemática e integrada da família, considerando a sua estrutura, funcionamento e desenvolvimento, bem como as interações estabelecidas com o meio envolvente. Este modelo orienta intervenções centradas nas necessidades específicas da família, promovendo a capacitação, a autonomia e a adaptação às situações de saúde-doença.

Paralelamente, o Modelo das Transições de Meleis (2015) enquadra a experiência das pessoas e famílias perante eventos significativos de mudança, como a doença, a dependência ou alterações no papel familiar, destacando a importância do acompanhamento do enfermeiro ESMP, nestes períodos de vulnerabilidade, no ambiente natural da pessoa.

No contexto comunitário, a teoria das Transições de Meleis sustenta uma prática especializada em Saúde Mental que reconhece a singularidade de cada percurso e a influência dos fatores culturais, sociais, familiares e ambientais na forma como a pessoa vivencia mudanças. Esta perspetiva permite ao enfermeiro (ESMP) compreender a complexidade das transições — de saúde/doença, situacionais ou do desenvolvimento — e ajustar a intervenção às necessidades específicas de cada utente.

A aplicação desta teoria, em contexto de consulta de enfermagem de ESMP, facilita a identificação precoce de indicadores/sinais de transição, como ansiedade, insegurança, ambivalência, dificuldades de coping ou alterações no funcionamento familiar. O reconhecimento destes sinais orienta as intervenções especializadas em ESMP, centradas no fortalecimento de capacidades, na promoção da autonomia e na capacitação para a gestão emocional no quotidiano, contribuindo para a promoção de processos de adaptação mais saudáveis.

A teoria de Meleis permite também estruturar intervenções que envolvam a família e a rede de suporte, reconhecendo o seu papel na estabilidade emocional e na continuidade dos cuidados. Além disso, orienta o ESMP na promoção de competências de autocuidado, na gestão de crises, na prevenção de recaídas e na facilitação do acesso a recursos comunitários, favorecendo transições mais seguras e integradas.

A articulação destes modelos sustenta uma prática de cuidados à comunidade centrada na pessoa e na família, promotora de transições saudáveis e de respostas ajustadas às necessidades comunitárias. A atuação do Enfermeiro ESMP na comunidade, representa uma intervenção estratégica e essencial na promoção da saúde mental, prevenção de doenças e fortalecimento das famílias e comunidades. Ao integrar práticas de avaliação, intervenção e acompanhamento contínuo, o EESMP contribui para a construção de redes de apoio mais resilientes, que permitem às pessoas e famílias enfrentarem situações de vulnerabilidade de forma mais adaptativa (Meleis, 2015; Figueiredo, 2012).

A carteira de serviços desta UCC, na área da Saúde Mental, integra o Projeto de Saúde Mental (SM) ao longo do ciclo vital, traduzido numa abordagem holística e preventiva, que visa identificar e valorizar fatores protetores da SM, e atenuar ou reduzir os fatores precipitantes ou predisponentes da doença mental. Intervir na pessoa, família, grupo e comunidade com perturbação ou necessidades ao nível da SM, em diferentes

contextos — unidade de saúde, domicílio, escola ou comunidade — permite ao Enfermeiro Especialista em Saúde Mental responder de forma integrada e contínua às necessidades complexas da população.

O projeto de saúde Mental da UCC, integra as seguintes atividades:

- Consulta de Enfermagem à pessoa/família (intervenção individual e/ou familiar) com necessidades em SM, onde é feita uma avaliação inicial, é atribuído o gestor de caso, e é delineado plano de intervenção (com intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais, socioterapêuticas e/ou psicossociais). Os critérios de referenciação para a consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica baseiam-se nos focos e diagnósticos de enfermagem como: ansiedade, humor deprimido, processo de luto, gestão do stress, stress de prestador de cuidados, coping ineficaz, adesão e gestão do regime terapêutico, adaptação à etapa do ciclo vital e/ou mudança de papéis, comunicação familiar, uso de substâncias psicoativas, álcool e/ou tabaco.
- Intervenção especializada em saúde mental para grupos de pessoas com necessidades em saúde mental: “Projeto CuidarMente” para Cuidadores Informais e Projeto Gestão ao regime Terapêutico. Estas intervenções permitem dar resposta ao indicador para Saúde Mental, no domínio da Gestão de Doença (376) – *Proporção de utentes com ganho gestão stress prestador cuidador - acima do valor mínimo esperado.*
- Intervenção especializada em saúde mental no âmbito da Saúde Escolar: Projeto “+Contigo” (projeto nacional) para alunos do 8º ano, Projeto “#Ama-te” (projeto local) para alunos do 9º ano e Projeto “Ser Positivamente” (projeto local) para alunos do 10º ano. O Projeto “+Contigo” intervém na promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos da esfera suicidária; o Projeto “#Ama-te” intervém no desenvolvimento de competências sociais, assertividade e resolução de problemas, prevenção do abuso de substâncias, violência e perturbações de conduta; o projeto “Ser Positivamente”, intervém para reduzir os níveis de ansiedade dos adolescentes e capacitá-los de estratégias de coping e de relaxamento, promover o seu autocuidado, promover estratégias de resolução de problemas e estilos de vida saudáveis. Estas intervenções colaboram com outras áreas de enfermagem especializada, na resposta aos indicadores para a Saúde escolar, no domínio da Intervenção Comunitária: (282) - *Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar e (368) - Proporção de crianças e jovens com intervenção na UCC.*
- Intervenção de promoção de saúde mental e de aumento da literacia em saúde mental, na comunidade: Realização de sessões informativas para a comunidade, sessões psicoterapêuticas e psicoeducativas, redação e publicação de artigos informativos em jornais regionais, participação em eventos na comunidade, e outras atividades em dias comemorativos oportunas para o aumento da literacia em saúde mental.
- Articulação com os recursos da comunidade e com os serviços de saúde da ULS/ Consultadoria: Articulação com serviço de psiquiatria da ULS, consulta externa, ou outras estruturas de apoio na comunidade.
- Intervenção de promoção de saúde mental no local de trabalho: Realização de sessões de intervenção em grupo dirigida aos profissionais com o objetivo geral de promover a sua saúde mental e bem-estar no local de trabalho e diminuir o *Burnout*.

Para além destas atividades, os enfermeiros ESMP colaboram noutros projetos com as outras áreas de enfermagem especializada, nomeadamente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, o Projeto do Idoso “Envelhecimento Ativo” e Promoção da Saúde para Grávidas e apoio à Parentalidade.

A experiência deste ensino clínico, nesta UCC, evidencia que o EESMP atua em múltiplos contextos — unidade de saúde, domicílio, escola e comunidade — assumindo um papel de gestor de casos, educador e facilitador de transições saudáveis. Esta multiplicidade de funções reflete a complexidade das necessidades em saúde mental no contexto comunitário, onde fatores psicossociais, culturais e familiares influenciam a forma como indivíduos lidam com doenças, stress ou mudanças de papéis. A literatura indica, que a intervenção comunitária especializada melhora significativamente a adesão aos cuidados, reduz sintomas de ansiedade e depressão, e fortalece a capacidade de coping das famílias (Happell et al., 2015; WHO, 2021).

Os projetos desenvolvidos na UCC, como “CuidarMente”, “+Contigo”, “#Ama-te” e “Ser Positivamente”, ilustram como o EESMP planeia, implementa e avalia as intervenções de enfermagem para grupos vulneráveis, e com necessidades específicas (adolescentes ou cuidadores informais). A implementação de programas psicoeducativos e de promoção da saúde mental, com base em diagnósticos de enfermagem, demonstra que o EESMP não só trata a doença, mas também previne complicações futuras, promove literacia em saúde e fortalece competências de autocuidado, o que é sustentado por revisões sistemáticas sobre intervenções de saúde mental comunitária (Weare & Nind, 2011; Barry et al., 2013).

Além disso, a articulação com outros profissionais e serviços de saúde reforça a importância do EESMP como integrador de cuidados, garantindo continuidade e coerência na abordagem das pessoas e famílias. Ao apoiar transições críticas, como mudanças de papel familiar ou aceitação do estado de saúde/doença, o enfermeiro especialista atua como facilitador de processos adaptativos, alinhando-se com a Teoria das Transições de Meleis (2015), que enfatiza a importância do acompanhamento durante períodos de vulnerabilidade e mudança.

A reflexão sobre esta prática evidencia ainda que o papel do EESMP vai para além do indivíduo, estendendo-se à comunidade e aos contextos sociais e educativos. A intervenção em ambientes escolares ou no local de trabalho demonstra a capacidade do EESMP de influenciar determinantes sociais de saúde mental, prevenindo problemas futuros e promovendo o bem-estar coletivo, reforçando a pertinência do enfermeiro especialista na construção de uma comunidade mais saudável e resiliente (LaMontagne et al., 2014; Happell et al., 2015).

Dada a extensa intervenção do Enfermeiro ESMP em contexto comunitário, e o seu papel determinante na promoção da saúde mental, tratamento e reabilitação das pessoas com doença mental, torna-se imprescindível a sua integração nas equipas multidisciplinares das UCC, com impacto na redução das desigualdades em saúde mental e na construção de comunidades e redes de suporte mais saudáveis.

3. ENSINO CLÍNICO III – CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O EC III em contexto de respostas diferenciadas, foi desenvolvido numa Residência de Apoio Máximo (RAMa) da RNCCISM, numa Casa de Saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras em Portugal.

A RNCCISM, foi criada em 2010, com o decreto-lei 101/2006, sob tutela do Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho, e Ministério da Solidariedade Social. Trata-se uma resposta em rede, constituída por unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), na qual se pretende: reabilitar a pessoa com DMG, promover a sua autonomia, e melhorar a sua funcionalidade com vista à sua integração familiar e social (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

A RNCCISM, para dar resposta a uma grande variabilidade de graus de incapacidade e funcionalidade decorrentes da DMG, desenvolveu um conjunto de programas de reabilitação estruturados em diversas

tipologias: As Equipas de apoio Domiciliário, as Unidades Sócio ocupacionais e as Unidades Residenciais constituídas por Residência de Apoio Máximo (RAMa), Residência de Apoio Moderado (RAMo), Residência de Treino de Autonomia (RTA) e Residências Autónomas de Saúde.

A população alvo dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM), é a pessoa com DMG (adulto, infância e/ou adolescência), clinicamente estabilizada, tendencialmente crónica, e com potencial de recuperação.

A Casa de Saúde do Instituto das Irmãs Hospitaleiras celebrou contrato para prestação de CCISM, para a tipologia RAMa, a 27 de dezembro de 2021, com 12 vagas para maiores de 18 anos (à data do EC, ocupadas por 8 homens e 4 mulheres). A equipa multidisciplinar é constituída por 1 Diretor técnico (ESMP), 2 Enfermeiros Especialistas em ESMP, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Assistente Social, 1 Monitora e 4 Técnicos Auxiliares de Saúde. O Enfermeiro especialista está na RAMa, diariamente pelo período de 8 horas (8:00 - 16:00, ou 12:00- 20:00).

Os utentes que integram o projeto terapêutico em RAMa, são referenciados após avaliação clínica e avaliação da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) pelas Unidades de Internamento da ULS ou Serviços Locais de Saúde Mental.

A equipa coordenadora regional (ECR) e local (ECL), assume os fluxos de referência e decide sob o ingresso e admissão do utente na RNCCISM, de acordo com a tipologia de CCISM mais adequado às necessidades da pessoa.

Segundo o Regulamento Interno da RAMa, os critérios de admissão para a residência são: grau elevado de incapacidade psicossocial; ausência de suporte familiar ou social; necessidade de apoio na higiene, alimentação e cuidados pessoais, na gestão do dinheiro e medicação; graves limitações funcionais ou cognitivas; aceitação do programa de reabilitação; e aceitação do termo de pagamento. Também podem ser admitidos utentes com suporte familiar ou social adequado, por um período máximo de 45 dias por ano, por necessidade de descanso do cuidador.

No momento da admissão, é feita a integração da Pessoa na unidade, segundo o Modelo Assistencial Hospitaleiro, reconhecendo a sua integridade, dignidade e pluridimensionalidade, e fazendo uso da relação interpessoal entre enfermeiro-pessoa assistida, para melhorar os processos de recuperação e reabilitação psicossocial, de acordo com a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (Peplau, 1991).

O modelo conceptual de Peplau, permite enquadrar a atuação do EESMP na reabilitação psicossocial, como um processo contínuo e dinâmico que atravessa as diferentes fases da relação terapêutica (Peplau, 1997). Através da sucessão das fases de orientação, identificação, exploração e resolução, o enfermeiro especialista constrói, em parceria com a pessoa, uma trajetória progressiva de clarificação das suas necessidades, expectativas para o futuro e incentivo para a sua autonomização, o que se articula diretamente com os objetivos da reabilitação psicossocial, centrados no recovery e no empowerment.

Na fase de orientação, o EESMP identifica, em colaboração com a pessoa, necessidades, significados atribuídos à doença e expectativas de mudança, favorecendo a reconstrução de objetivos e narrativas mais esperanças e alinhadas com os pressupostos do recovery (Peplau, 1997; Ordem dos Enfermeiros, 2021). Nas fases de identificação e exploração, o enfermeiro mobiliza-se como recurso, professor, conselheiro e líder, facilitando o treino de competências, a reestruturação de rotinas diárias, a adesão ao regime terapêutico, a utilização de recursos comunitários e a formação em profissionais, o que constitui o núcleo da reabilitação psicossocial e do empowerment (Peplau, 1997; Fernandes & Nunes De Miranda, 2016). Por fim, na fase de resolução, a pessoa

assume progressivamente maior responsabilidade pelas decisões e pelo autocuidado, o que se traduz num reforço da autonomia, da participação comunitária e da autoeficácia, em consonância com as orientações da Ordem dos Enfermeiros para a prática especializada em ESMP (Regulamento n.º 515/2018; Mendes et al., 2022).

A articulação entre a teoria de Peplau e a prática especializada em ESMP na RAMa, torna-se evidente desde o início do internamento, no processo de avaliação, planeamento e monitorização do processo de reabilitação psicossocial. A equipa multidisciplinar, faz uma avaliação holística da pessoa, e a elaboração do seu PII, com os objetivos a atingir face às necessidades identificadas e intervenções daí decorrentes, visando a recuperação global ou a manutenção, tanto nos aspetos clínicos como psicossociais. Este plano é gerido e revisto a cada 3 meses pelo enfermeiro gestor de caso, até ao período de 1 ano (período de internamento em RAMa). Caso a situação se justifique, pode-se pedir a prorrogação do período de internamento.

Nesta residência, as atividades e intervenções de enfermagem especializadas disponibilizadas para os utentes são: o treino de atividades básicas de vida diária (higiene, arranjo pessoal, horários de descanso e ocupação), o treino de atividades instrumentais de vida diária (confeção de refeições, tratamento de roupas, ida às compras, limpeza do espaço físico), o treino de competências sociais (saídas à comunidade, participação em atividades da comunidade local) e reabilitação psicossocial (Cursos de formação e Ateliers).

No âmbito do processo reabilitativo da pessoa, são realizadas algumas articulações com outras entidades, no âmbito da formação profissional e emprego protegido, que dão apoio e continuidade a este processo.

Também estão implementados dois Projetos de Intervenção e Inovação em ESMP: a “Adesão ao Regime Terapêutico” e “Reunião Comunitária”. No projeto “Adesão ao Regime Terapêutico” a pessoa é capacitada para gerir e preparar semanalmente a sua medicação. Nalguns casos é feito o treino de compra da medicação numa farmácia local na comunidade. Este projeto também desenvolve intervenções psicoeducativas, relacionadas com o regime terapêutico.

O projeto de intervenção psicossocial “Reunião comunitária”, permite que o grupo se organize na distribuição das tarefas semanal, na gestão das compras para a confeção das refeições da semana, na resolução de conflitos entre os membros do grupo, e na tomada de decisão acerca dos comportamentos e atitudes promotoras do bom funcionamento da residência.

Este contexto de respostas diferenciadas, veio dar-me conta da importância da intervenção especializada em ESMP nos cuidados à pessoa com Doença Mental Grave em fase de reabilitação psicossocial. Aqui pretende-se que a pessoa melhore sua autonomia e funcionalidade, e adquira competências importantes para a sua vida na comunidade, o que implica um trabalho diferenciado, estruturado, sequencial e prolongado no tempo.

Apenas contactando com as dinâmicas desta unidade, os desafios e necessidades dos utentes, e conhecendo o lote de recursos disponibilizadas pela Casa de Saúde, consegue-se entender a complexidade e necessidade da intervenção de enfermagem especializada em Saúde Mental nas equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental.

PARTE II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume-se como um elemento central no desenvolvimento profissional avançado e na garantia de cuidados de enfermagem diferenciados, seguros e baseados na evidência científica. De acordo com o Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, as competências comuns do enfermeiro especialista permitem uma prática profissional fundamentada no pensamento crítico, na tomada de decisão ética, na gestão do cuidado e na melhoria contínua da qualidade, enquanto as competências específicas da área de saúde mental e psiquiátrica (OE, Regulamento nº 515/2018) capacitam o enfermeiro para intervir de forma especializada junto da pessoa, família e comunidade em contextos de sofrimento psíquico.

A Teoria de Desenvolvimento de Competências de Patricia Benner constitui um referencial fundamental para a compreensão do percurso de desenvolvimento profissional em enfermagem, ao descrever a progressão do enfermeiro ao longo de cinco níveis, que vão desde o iniciado a perito (Benner, 2001). Esta teoria sustenta, que a aquisição de competências resulta da integração entre o conhecimento teórico, a experiência clínica e a reflexão crítica sobre a prática, permitindo uma atuação progressivamente mais eficaz e centrada na pessoa. No âmbito da ESMP, este modelo revela-se particularmente relevante, uma vez que a complexidade das respostas humanas ao sofrimento mental exige do enfermeiro especialista uma elevada capacidade de avaliação clínica, tomada de decisão e estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz, com base na sua práxis.

Adicionalmente, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) sublinha a importância de profissionais de enfermagem qualificados e especializados para responder aos atuais desafios em saúde mental, reforçando que a formação avançada contribui para a promoção da saúde mental, prevenção da doença, reabilitação psicossocial e redução do estigma. Assim, a aquisição das competências comuns e específicas do EESM constitui um contributo fundamental para a excelência do cuidar em enfermagem e para a melhoria dos ganhos em saúde mental da população.

Durante este processo de aprendizagem, e no trabalho desenvolvido para a aquisição destas competências, procurei utilizar uma metodologia crítica e reflexiva (reflexão na ação, sobre a ação, e reflexão sobre a reflexão na ação), tendo por base o ciclo reflexivo proposto por Gibbs (1988). Desta forma, foi possível dar visibilidade ao desenvolvimento pessoal e profissional no decurso deste percurso formativo.

1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem assumem, na atualidade, uma crescente importância, marcada por elevados níveis de exigência técnica e científica. A diferenciação e a especialização tornaram-se uma realidade transversal à generalidade dos profissionais de saúde, refletindo a complexidade dos contextos de prestação de cuidados.

A atribuição do título de enfermeiro especialista pressupõe, para além da verificação das competências específicas previstas nos Regulamentos de cada Especialidade em Enfermagem, a partilha de um conjunto de competências comuns. Estas competências são transversais a todas as especialidades e aplicáveis em qualquer contexto de cuidados de saúde, garantindo uma prática profissional qualificada, segura e centrada na pessoa (Regulamento nº 140/2019).

Os domínios das competências comuns dos enfermeiros especialistas são: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº 140/2019, p.4745).

1.1. Domínio da responsabilidade ética e legal:

Ao longo dos Ensinos Clínicos, o confronto com questões éticas e legais, levaram-me a refletir perante várias situações, e a desconstruir certas ideias preconcebidas decorrentes da minha prática clínica na área da saúde mental, possibilitando o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade ética e legal.

A dimensão ética, está muito presente na especificidade do trabalho de enfermagem com o Ser Humano no processo de Saúde-Doença. Encontra-se também na relação com os familiares, amigos e colegas de trabalho, transparecendo todos os valores e conceitos que existem dentro de nós e que definem a maneira como agimos (Koerich, et al., 2005).

A Enfermagem, é uma disciplina e profissão da saúde que diariamente se confronta com situações complexas e depara-se com dilemas e problemas éticos que exigem uma tomada de decisão fundamentada (Morgado, 2014). A tomada de decisão nesta profissão implica uma abordagem sistemática e sistémica, sendo as intervenções de enfermagem prescritas realizadas de forma a evitar riscos, detetar precocemente potenciais problemas e resolver problemas identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015), todos os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando medidas que visem melhorar a qualidade de cuidados prestados.

Na área da saúde mental, existem a nível nacional e mundial, um conjunto de documentos normativos que auxiliam a tomada de decisão e protegem os direitos das pessoas com doença mental, desde: a declaração Universal dos Direitos do Homem (1948); a declaração dos direitos das pessoas com deficiência (1975); a Convenção das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas com Deficiência (2006); o Decreto-Lei nº 136/2015, de julho (2015) sobre os cuidados continuados integrados de saúde mental; entre outros, até à atual Lei de Saúde mental, Lei nº 35/2023 de 21 de julho (2023).

Apesar desta vasta base documental, os direitos das pessoas com doença mental continuam a não estar plenamente garantidos na prática. Para tal, contribuem fatores humanos e organizacionais inerentes aos serviços de saúde aos quais estas pessoas recorrem.

Nos vários contextos dos ensinamentos clínicos, também tive oportunidade de constatar esta realidade.

No EC I - Internamento de psiquiatria agudos - deparei-me com situações de elevada impulsividade e heteroagressividade entre utentes e também dirigida a profissionais, emergindo a necessidade de aplicação de medidas de contenção mecânica. Estas situações mostraram-se recorrentes, levando-me a refletir sobre a importância do enfermeiro ESMP, na ponderação ética e deontológica, na gestão da crise e, sobretudo, na antecipação da mesma.

A administração de fármacos, ainda que prescritos, contra a vontade das utentes, assim como a decisão de recorrer à contenção mecânica, deve ser tomada levando em conta não apenas os aspetos clínicos, mas também os direitos e a dignidade da pessoa, garantindo uma prática de enfermagem que respeite a integridade e a autonomia da pessoa (Lei de Saúde Mental nº 35, 2023).

As medidas antecipatórias à situação da crise, assumem particular relevância e remetem para o campo de atuação autónoma do enfermeiro ESMP. Vários autores, defendem que a prevenção e gestão precoce de situações de agitação constituem elementos centrais na promoção de cuidados seguros, terapêuticos e respeitadores da dignidade da pessoa.

Para Smith (2020), as técnicas de *De-escalation* emergem como competências essenciais para enfermeiros que prestam cuidados, permitindo uma abordagem eficaz na gestão de conflitos e situações de tensão. Estas técnicas consistem num conjunto de estratégias comunicacionais e comportamentais destinadas a reduzir a intensidade emocional, prevenir a escalada da crise e promover um ambiente seguro e terapêutico.

Também Richmond et al. (2012) salientam, que as medidas antecipatórias devem ser consideradas como primeira linha de intervenção em situações de agitação, privilegiando abordagens não coercivas antes da utilização de medidas restritivas, como a contenção mecânica ou a administração de medicação forçada. Os autores defendem que a intervenção precoce, centrada na comunicação e na relação terapêutica, pode reduzir significativamente a necessidade de medidas coercivas.

Ao longo do meu percurso de aprendizagem clínica, utilizei algumas destas técnicas: a redução de estímulos, proporcionar ambiente calmo, apresentar uma postura calma, mostrar interesse pela pessoa e pelas suas preocupações, disponibilizar tempo e ajuda para a solução dos seus problemas ou preocupações; sempre numa perspetiva ética e humanizada do cuidar, respeitando os princípios da autonomia, dignidade e proporcionalidade, minimizando o recurso a intervenções restritivas e promovendo cuidados centrados na pessoa.

No EC III – Respostas Diferenciadas – deparei-me com outro desafio ético e organizacional, relacionado com a gestão e negociação da distribuição de valores e objetos pessoais, nomeadamente dinheiro, telemóveis, tabaco e isqueiros. Esta problemática ultrapassa as implicações associadas à saúde física e mental, envolvendo igualmente preocupações com a segurança, o bem-estar e a convivência no ambiente hospitalar.

A gestão dos gastos e objetos pessoais exige um equilíbrio delicado entre os direitos individuais das pessoas internadas, as políticas institucionais e as normas de segurança em vigor. Por um lado, importa respeitar a autonomia, a privacidade e os hábitos pessoais dos utentes; por outro, é necessário prevenir riscos associados

à utilização indevida destes materiais, nomeadamente situações de conflito, comportamentos impulsivos ou perigo acrescido de incêndio.

Neste âmbito, a Lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho) reforça que a pessoa com doença mental deve ser tratada com respeito pela sua dignidade, pelos seus direitos fundamentais e pela sua autonomia, devendo quaisquer restrições ser sempre justificadas, proporcionais e limitadas ao estritamente necessário para garantir a segurança da própria pessoa e de terceiros. Assim, a limitação temporária do acesso a determinados objetos pessoais, como isqueiros ou telemóveis, deve enquadrar-se numa perspetiva de minimização do risco, evitando práticas coercivas injustificadas.

Paralelamente, o Código Deontológico de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015) estabelece que o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com respeito pela vida, pela dignidade humana e pelos direitos da pessoa (Artigo 79º), promovendo cuidados centrados no utente e salvaguardando a sua integridade. O enfermeiro deve, igualmente, atuar de forma responsável na prevenção de situações que coloquem em risco a segurança da pessoa internada, da equipa e do ambiente terapêutico.

Ao refletir sobre o processo de tomada de decisão, torna-se evidente que este exige limites claros e consistentes, bem como uma negociação terapêutica eficaz com os utentes, garantindo que as suas necessidades sejam atendidas de forma responsável, sem comprometer o seu estado de saúde, a segurança do serviço e o bem-estar coletivo.

Neste contexto de cuidados do EC, a gestão do telemóvel é realizada de forma individualizada, caso a caso, considerando o estado clínico e o nível de risco de cada pessoa internada. Relativamente aos isqueiros, estes são recolhidos ao final do dia e novamente entregues aos utentes durante a manhã, existindo áreas específicas destinadas ao consumo de tabaco, no interior ou no exterior da instituição, permitindo que este hábito seja exercido de forma controlada e responsável.

Esta dinâmica organizacional contribui para a salvaguarda dos direitos da pessoa internada, promovendo simultaneamente um ambiente terapêutico seguro, estruturado e respeitador das normas institucionais. Neste enquadramento, fui observando que, sempre que surgiam situações suscetíveis de colocar em causa os direitos dos utentes, as equipas explicavam cuidadosamente a cada pessoa a razão de ser dessas medidas, o que facilitava o processo de compreensão e aceitação.

Foi durante este EC, no seguimento da valorização dos direitos e da autonomia, que tive a oportunidade de vivenciar um dilema ético, relacionado com o gasto de dinheiro não programado por parte de um utente, durante uma saída para compras. No decorrer do treino de competências sociais em contexto de compras, o utente do meu estudo de caso solicitou a aquisição de bens que não estavam previamente estipulados na lista acordada. Esta situação colocou em confronto, por um lado, o princípio da autonomia do utente e o seu direito à gestão dos próprios bens e, por outro, o cumprimento da lista previamente definida, sustentada pelos princípios da justiça e da beneficência.

De acordo com o algoritmo de tomada de decisão de Morgado (2014), identifiquei que se tratava de um dilema ético com enquadramento legal. Para orientar a decisão, recorri ao modelo Principlista dos autores, Beauchamp e Childress (2019), ponderando os princípios e valores envolvidos. Após explorar com o utente as razões do seu pedido, decidi autorizar a realização dos gastos adicionais. Estávamos no período festivo do Natal e a sua intenção era adquirir lembranças para oferecer à família, apesar de não existir certeza de que iria estar com eles nessa época.

Todas estas aprendizagens realizadas em contexto de EC, revelaram-se fundamentais para a aquisição e consolidação de competências no domínio da responsabilidade ética e legal, permitindo-me desenvolver uma prática profissional mais consciente, crítica e fundamentada, orientada pelo respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa em situação de doença mental.

1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade:

De acordo com Donabedian (2003), a qualidade em saúde corresponde à obtenção dos melhores resultados possíveis, considerando o que é alcançável, os recursos disponíveis e os valores sociais, minimizando ao máximo os riscos para a pessoa.

Na perspetiva da melhoria da qualidade, importa distinguir: “prestar cuidados” e o “cuidar”. Segundo Walter Hesbeen (2000), a essência dos cuidados reside na ação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa com vista a um resultado terapêutico, enquanto as técnicas e protocolos constituem o “acessório”. A melhoria da qualidade em ESMP exige que o foco se mantenha na pessoa e na sua singularidade, e não apenas na patologia da pessoa (Hesbeen, 2000). Assim, a qualidade máxima é atingida quando as intervenções de enfermagem fazem sentido para o projeto de saúde da pessoa, valorizando as “pequenas coisas” que garantem o bem-estar e a dignidade humana.

Neste sentido, o enfermeiro ESMP no domínio da melhoria da qualidade visa transformar o contexto de cuidados num espaço de excelência relacional e segurança clínica. Ao equilibrar o rigor técnico com a arte de cuidar e ao liderar processos de governação participativa, o especialista garante que os serviços respondem com equidade e humanidade às necessidades complexas da população.

A excelência da intervenção de enfermagem especializada, surge quando o enfermeiro transcende a mera execução de tarefas e orienta a sua ação para padrões de qualidade de cuidados especializados (OE, 2001) que representam uma bússola para a melhoria contínua.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Mental estruturam-se em enunciados descritivos que permitem a sua avaliação prática. Na área da saúde mental, estes padrões focam-se na satisfação do cliente, na promoção da saúde, na prevenção de complicações, no bem estar e o autocuidado, na adaptação, na organização dos cuidados de enfermagem, na relação psicoterapêutica, na redução do estigma e na promoção da inclusão social.

Ao longo dos meus ensinamentos clínicos, na estruturação e implementação de intervenções especializadas, procurei ter em conta os referidos padrões, e centrar a minha intervenção na pessoa, garantindo que, mesmo em situações de grupo, fossem atendidas as especificidades individuais de cada utente. Apesar da relevância de uma intervenção planeada e sistematizada, constatei que, quando não são consideradas as perceções, crenças e vivências da pessoa relativamente à doença, a qualidade dos cuidados prestados pode ficar comprometida.

No meu percurso formativo, mantive uma preocupação constante em fundamentar a minha prática especializada em referenciais científicos sólidos e na incorporação sistemática de evidência científica. Para além dos modelos teóricos de enfermagem, procurei o melhor estado da arte acerca de diagnósticos e intervenções especializadas para dar resposta às necessidades da pessoa, família ou comunidade.

Também consultei, vários Guias Orientadores de Boas Práticas (GOBP) da Ordem dos Enfermeiros, na área da saúde mental, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A saber: o GOBP de intervenções psicoterapêuticas de enfermagem (2023), GOBP de cuidados de enfermagem especializados na recuperação da

pessoa com doença mental grave (2021), GOBP para a prevenção da sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária (2012), GOBP de promoção da literacia em saúde mental (2023) e GOBP de cuidados de enfermagem especializados em cuidados continuados integrados em saúde mental (2022).

Com base nestes referenciais, estruturei intervenções psicoterapêuticas, psicossociais, psidoeducacionais e sócioterapêuticas, que trouxeram melhoria nos cuidados prestados nos contextos dos EC. No ensino clínico I estruturei e implementei intervenções como treino de assertividade, promoção da autoestima, treino de competências sociais, treino de ABVDs no âmbito do projeto CASA e Biblioterapia. No ensino clínico II, em contexto comunitário, implementei intervenções de promoção da literacia em saúde mental, os programas Ser Positivamente e Cuidar Mente, bem como intervenções individuais, nomeadamente técnicas de Relaxamento, técnicas de gestão de ansiedade e técnica de resolução de problemas. No ensino clínico III, estruturei e implementei o Treino metacognitivo, um Programa de promoção da esperança, e no âmbito da Intervenção Breve, o treino de competências sociais, treino de ABVDs e AIVDs.

A formação em serviço, também foi uma preocupação constante, no sentido de poder contribuir para a melhoria de práticas de cuidados das equipas dos contextos de ensino clínico. Deste modo, realizei, em colaboração com as enfermeiras orientadoras, um diagnóstico das necessidades formativas das equipas, tendo identificado áreas prioritárias de intervenção. Como resposta a estas necessidades, desenvolvi e apresentei três formações em serviço. No EC I, dinamizei duas formações em serviço sobre *“Assertividade e técnicas de assertividade”*: uma dirigida à equipa de enfermagem (Apêndice I) e outra destinada à equipa de Técnicos Auxiliares de Saúde (Apêndice II). No EC II, apresentei uma formação em serviço subordinada ao tema *“Técnicas de De-escalation”*, dirigida à equipa de enfermagem (Apêndice III).

Ambos os temas, revelam-se emergentes para a prática de cuidados e correspondem a necessidades identificadas pelas equipas, que procuram adquirir mais competências e conhecimentos para assegurar um cuidado de excelência e mais humanizado.

A assertividade é particularmente valorizada pelas equipas, que a reconhecem como uma ferramenta essencial para adequar a comunicação com utentes, famílias e entre profissionais. De acordo com Sequeira (2022), a técnica da assertividade, pode ser treinada, aprendendo a comunicar-se com o outro o que se pensa sem o ofender. Esta competência favorece uma comunicação eficaz, tanto nas relações interpessoais como no trabalho em equipa multidisciplinar. O mesmo autor acrescenta, tratar-se de uma habilidade comunicacional que permite ao profissional expressar e defender ideias, necessidades ou decisões de forma clara e firme, respeitando simultaneamente os seus próprios princípios e os dos outros, sem recorrer a comportamentos agressivos ou passivos.

As técnicas de De-escalation referem-se a um conjunto de estratégias comunicacionais e comportamentais destinadas a reduzir a tensão, acalmar situações de conflito e promover um ambiente seguro e terapêutico. A intervenção quer na comunidade, quer em ambiente hospitalar, exige dos enfermeiros capacidade de adaptação e improvisação perante a multiplicidade de variáveis que se podem manifestar através de comportamentos agressivos, particularmente em situações de stress, dor, ou deterioração do estado de saúde (Campos, 2017). Neste sentido, importa investir na formação especializada nesta área, com vista à Segurança do profissional e utente, Humanização dos cuidados, Qualidade dos cuidados, Eficiência dos serviços e Satisfação profissional, garantindo um cuidado criativo, sensível e responsável (Andrade et al., 2020).

Nos vários contextos de EC, a utilização de um sistema de registos tornou-se essencial para a excelência do exercício profissional, no âmbito da organização dos cuidados (OE, 2001), tendo sido utilizado o Sistema de Informação SClínico, e o Sistema de Gestão de Cuidados Continuados Gestcare. Ambos desempenham um

papel fundamental na garantia da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que documentam, de forma sistemática e organizada, toda a informação relativa ao plano de cuidados do utente, desde a avaliação diagnóstica até ao planeamento e à implementação de intervenções de enfermagem adequadas à sua situação clínica. Parece-me, no entanto, que estes sistemas de informação deveriam integrar escalas de avaliação validadas para a população portuguesa, para complementar a avaliação subjetiva do enfermeiro relativamente ao utente. Refiro-me, em particular, a instrumentos que permitam avaliar dimensões essenciais no contexto da saúde mental, como o insight para a doença, a assertividade, a esperança e o stress do prestador de cuidados. Estes constituíram alguns dos focos de enfermagem trabalhados ao longo dos EC, tendo recorrido a escalas específicas para a sua avaliação, apesar de estas não se encontrarem padronizadas nos sistemas de documentação utilizados pelos serviços.

Ainda assim, estes registos permitem uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, assegurando a continuidade dos cuidados e a tomada de decisões baseadas em informações precisas e atualizadas.

O enfermeiro especialista, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados, também colabora na conceção e concretização dos projetos institucionais na área da qualidade assegurando a sua divulgação e apropriação ao nível operacional (OE, 2019). Neste sentido, tive a oportunidade de desenvolver práticas de qualidade, através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua nomeadamente nos projetos “Adesão ao regime terapêutico”, “CASA” e “CuidarMente”.

No EC III, elaborei e implementei um projeto de melhoria contínua de seguimento pós-alta (Follow-Up) dos utentes que frequentaram o programa de reabilitação na RAMa – Projeto Cuidar + Além (Apêndice IV). Este projeto surgiu como uma oportunidade de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados a esta população, promovendo a continuidade dos cuidados e uma resposta mais estruturada após a alta, garantindo simultaneamente a segurança dessa continuidade. Para a sua implementação, foi utilizada a ferramenta PDCA (Plan–Do–Check–Act), reconhecida como um método eficaz para a melhoria contínua de produtos e processos. Esta abordagem pode ser aplicada na gestão em enfermagem, contribuindo para a padronização das práticas e para o aumento da qualidade dos cuidados (Chen, 2020).

O ciclo PDCA é constituído por quatro fases — plan, do, check e act — assumindo-se como um elemento crucial no processo de desenvolvimento do projeto, devendo ser adaptado às necessidades específicas da intervenção e ao contexto em que se insere.

Também utilizei esta metodologia, para elaboração do projeto de melhoria contínua de qualidade dos cuidados, para um serviço de internamento: “Promoção da Autoestima em utentes com Perturbação de uso de álcool”, cuja apresentação e discussão de resultados se encontram descritas na Parte III do presente relatório.

No contexto dos cuidados de saúde, a metodologia PDCA tem sido amplamente aplicada em projetos de melhoria da qualidade, demonstrando impacto positivo na segurança do doente, na continuidade dos cuidados e na padronização das práticas clínicas (Chen et al., 2020). Estudos indicam que a aplicação consistente deste ciclo permite às equipas de enfermagem melhorar processos assistenciais complexos, reforçando a gestão baseada em evidência e a tomada de decisão informada pelas equipas de enfermagem (Hughes, 2008).

Adicionalmente, a literatura destaca que o PDCA favorece o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua, ao envolver os profissionais na identificação de problemas e na implementação de soluções, promovendo o trabalho colaborativo e o compromisso com a qualidade (Silva et al., 2017). Embora alguns autores alertem para limitações associadas à aplicação incompleta do ciclo, os resultados globais demonstram

que projetos bem estruturados com esta metodologia apresentam melhorias sustentadas ao longo do tempo (Taylor et al., 2014)

Por fim, importa refletir sobre a competência do Enfermeiro Especialista na gestão de um ambiente terapêutico e seguro, enquanto pilar fundamental para a excelência clínica e para a humanização dos cuidados. Esta competência não se limita à vigilância do espaço físico, abrangendo uma atuação proativa, intencional e sistemática que transforma o contexto de cuidados num ambiente facilitador da recuperação, do bem-estar e da dignidade da pessoa. Florence Nightingale (1860), pioneira na enfermagem, já reconhecia o ambiente como um elemento central no processo terapêutico, sendo considerado determinante para a promoção da saúde e prevenção de complicações.

A gestão do ambiente centrada na pessoa é apontada como uma condição essencial para que as intervenções especializadas produzam resultados positivos e sustentáveis. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), ambientes de cuidados seguros, acolhedores e culturalmente sensíveis contribuem significativamente para melhores resultados em saúde e para a satisfação dos utentes. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista assume um papel fundamental na criação de um ambiente que respeite a identidade cultural, os valores pessoais e as necessidades espirituais do indivíduo, integrando estes aspetos na perceção subjetiva de segurança, elemento essencial para o envolvimento ativo no processo terapêutico (McCormack & McCance, 2017).

Durante o meu percurso formativo, tive o privilégio de conhecer contextos de ensino clínico, que se preocupam com a identidade cultural, espiritual e pessoal do utente, tendo sido uma aprendizagem muito significativa a este nível. Procurei promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de confiança, estando atenta ao respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança das pessoas, particularmente aos utentes selecionados para o estudo de caso.

A minha experiência profissional na área da saúde mental, tem acompanhado diversas perspetivas políticas e organizacionais, e diferentes modelos de gestão, mas efetivamente depende de nós enquanto enfermeiros estarmos atentos e dedicados à especificidade da pessoa em todas as suas dimensões.

O envolvimento da família e das pessoas significativas constitui igualmente uma estratégia fundamental na gestão do ambiente terapêutico, permitindo assegurar a satisfação das necessidades culturais, emocionais e espirituais do utente. Segundo Wright e Leahey (2013), a inclusão da família no processo de cuidados fortalece a relação de confiança e potencia intervenções mais eficazes e alinhadas com a realidade da pessoa. Esta relação de confiança representa um alicerce essencial para a construção de novos significados face à experiência de doença e para o desenvolvimento do processo de recovery (recuperação), entendido como um percurso pessoal, único e centrado na esperança, autonomia e participação ativa (Anthony, 1993).

Durante o EC III, tive oportunidade de incluir a família no processo de recuperação da pessoa do meu estudo caso, tendo verificado um aumento da sua satisfação, esperança e motivação para o seu processo de reabilitação psicossocial. Tive o privilégio de poder realizar uma intervenção junto da família, com o objetivo de identificar as suas expectativas relativamente ao processo de reabilitação do utente e avaliar as condições do contexto sociofamiliar, de modo a assegurar uma preparação adequada para a alta. Paralelamente, procurei promover momentos de reaproximação entre o utente e a família, negociando idas a casa que permitissem reforçar vínculos, apoiar a reorganização familiar e favorecer a continuidade do processo terapêutico no contexto natural de vida.

1.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão de cuidados é um dos quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista definidos pelo Regulamento nº149/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Nesse domínio, são destacadas duas grandes competências: gerir os cuidados de enfermagem otimizando a resposta da equipa e articular com a equipa de saúde; e adaptar a liderança e a gestão de recursos ao contexto, visando a qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Treviso et al. (2017), numa revisão integrativa da literatura, consideram a gestão de cuidados do enfermeiro especialista como a capacidade de organizar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem, garantindo segurança, qualidade e respostas adequadas às necessidades dos utentes e das equipas de saúde. As autoras salientam a capacidade de liderança, a comunicação eficaz e a tomada de decisão como pilares centrais para a qualidade do cuidado, tendo em conta a evolução do mercado de trabalho cada vez mais exigente e tecnológico. Reforçam ainda a importância de articular as Diretrizes Curriculares Nacionais com as realidades concretas das instituições de saúde, de modo a que a formação académica prepare profissionais críticos, capazes de integrar o saber, o fazer e o gerir na sua prática quotidiana. O enfermeiro especialista contemporâneo, deve assumir-se como gestor do cuidado, mobilizando competências relacionais e organizacionais para assegurar excelência técnica e equilíbrio nas dinâmicas das equipas multidisciplinares.

Durante o meu percurso pelos contextos de prática clínica, a competência da gestão de cuidados esteve presente, em particular na utilização da metodologia “estudo de caso” (ao nível micro), tendo oportunidade de organizar, implementar e avaliar os cuidados, bem como estabelecer prioridades de acordo com a situação clínica do utente e os recursos disponibilizados.

Nos vários EC, também tive a oportunidade de acompanhar o trabalho das enfermeiras orientadoras com funções de coordenação.

No EC I, em contexto de internamento agudos, participei no processo de avaliação e seleção de um novo grupo de utentes, com aplicação de escalas, para integrarem o projeto de melhoria contínua CASA, bem como na gestão, reorganização e implementação do referido projeto.

No âmbito do EC II, em contexto de UCC, participei em reuniões multidisciplinares de discussão de casos da RNCCI, orientadas para a definição de estratégias de intervenção em saúde mental e para a atribuição de terapeuta de referência. Integrei igualmente reuniões de consultadoria para análise de casos, em articulação com o serviço de psiquiatria e a equipa comunitária de saúde mental.

Estes momentos formais de discussão de casos, assumiram um papel central na análise integrada das situações clínicas e na identificação das respostas mais adequadas no âmbito da rede de cuidados, nos diferentes níveis de assistência, contribuindo para a qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

No âmbito do EC III, em contexto de respostas diferenciadas, tive a oportunidade de assumir a gestão de cuidados do utente em estudo de caso, em articulação com as equipas que integram a sua rede de cuidados, nomeadamente a equipa comunitária de saúde mental e a consulta externa do serviço de psiquiatria. Esta articulação teve como objetivo a otimização dos cuidados prestados, em função das necessidades identificadas do utente, promovendo uma intervenção integrada, contínua e centrada na pessoa.

Neste mesmo ensino clínico, tive a oportunidade de participar e colaborar com a enfermeira coordenadora, na avaliação de indicadores de saúde (Qualidade de vida e Empowerment) de todos os utentes internados,

através da aplicação de escalas, para efeitos de elaboração de relatório anual final de atividades do serviço, dando resposta às solicitações ao nível do órgão de gestão e administração da instituição.

Os indicadores de saúde constituem parâmetros fundamentais na avaliação e gestão dos cuidados de saúde e de enfermagem, permitindo monitorizar diferentes dimensões da prática assistencial e do estado de saúde das populações (Dias, 2024). O papel do enfermeiro especialista na gestão destes indicadores é um dos pilares da segurança do paciente e da eficiência dos sistemas de saúde modernos. Mais do que prestar cuidados, o enfermeiro especialista assume a função de gestor de informação em saúde, atribuindo significado aos dados recolhidos e sustentando decisões fundamentadas sobre cuidados, estratégias e recursos a mobilizar.

Ao monitorizar sistematicamente indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, o enfermeiro especialista identifica precocemente riscos, avalia a efetividade das intervenções e promove ganhos em saúde mensuráveis na pessoa, família e comunidade.

1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva competências de autoconhecimento e assertividade, bem como que sustente a sua práxis clínica especializada na evidência científica (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, p. 4749). Estas competências assumem um papel central na consolidação da prática especializada, sendo amplamente reconhecidas na literatura.

Benner (2002) defende que o enfermeiro de excelência (perito) adota uma postura de abertura à aprendizagem contínua, desenvolve discernimento clínico e evidencia uma resposta emocional ajustada às situações vivenciadas. Este processo pressupõe reflexão crítica sobre a prática e um conhecimento aprofundado de si próprio, fundamentais para uma atuação consciente, ética e segura em contextos clínicos complexos.

A assertividade constitui uma competência essencial no exercício da enfermagem especializada. Ao longo dos ensinamentos clínicos, existiu espaço e oportunidade para o desenvolvimento desta competência, no contexto das relações que foram sendo estabelecidas e construídas, quer entre os profissionais, quer com as pessoas que constituíram o foco de atenção. Neste percurso, foi possível reconhecer a importância da assertividade nas dinâmicas interpessoais e na prestação de cuidados de qualidade.

Contudo, apercebi-me que, em determinados momentos, particularmente no âmbito da coordenação e gestão de cuidados, a aplicação desta competência se revela desafiante. Tal dificuldade prende-se, frequentemente, com a ausência de uma clara definição dos limites entre a esfera pessoal e a esfera profissional, o que pode comprometer uma comunicação assertiva e uma conduta profissional adequada.

No contexto das reuniões multidisciplinares, dos vários ensinamentos clínicos, constatei que o recurso a técnicas de comunicação assertiva assume um papel determinante no estabelecimento e na manutenção de relações interpessoais profissionais saudáveis. A utilização adequada desta competência favorece a partilha clara de informação, o respeito mútuo entre os intervenientes e a tomada de decisão colaborativa, refletindo-se numa gestão mais eficaz dos recursos e das respostas multidisciplinares disponíveis, bem como na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O autoconhecimento constitui um elemento fundamental e indissociável da prática de cuidados, assumindo particular relevância em contextos de saúde mental, nos quais o enfermeiro utiliza o próprio *self* como instrumento terapêutico. Neste sentido, a prestação de cuidados exige um elevado nível de consciência de si, de modo a que o profissional consiga gerir o desafio de mobilizar qualidades humanas com intencionalidade terapêutica, assegurando simultaneamente a distinção e a manutenção dos limites que separam a dimensão social da dimensão profissional. Esta consciência de si permite ao enfermeiro reconhecer as suas vulnerabilidades, capacidades e limitações, promovendo uma intervenção mais segura, ética e eficaz (Pereira & Botelho, 2014).

Neste sentido, ao longo deste percurso, as aprendizagens não se limitaram ao conhecimento científico e aquisição técnica, mas estenderam-se ao processo de autoconhecimento, à compreensão profunda dos processos emocionais implicados no cuidar, à consciência do impacto da relação terapêutica, e à capacidade de adaptação constante dos cuidados às especificidades de cada contexto e de cada pessoa.

O processo de autoconhecimento, fez-me refletir acerca das minhas dificuldades, limitações, qualidades e valores pessoais, que moldam o meu desempenho académico, e em contexto clínico, o processo de cuidar o outro.

Pessoalmente, a dificuldade sentida na gestão do tempo, associada a algumas características pessoais, nomeadamente o sentido de responsabilidade e autocritica, fizeram em alguns momentos, emergir sentimentos de frustração e desmotivação, conduzindo a períodos de incerteza e cansaço. Para além disso, todas as opções e decisões assumidas ao longo deste projeto traduziram-se em desafios acrescidos, refletindo-se numa certa desorganização a nível pessoal e familiar.

Este conjunto de vivências contribuiu, por um lado, para o confronto com as minhas próprias vulnerabilidades gerando sentimentos de fracasso, e por outro lado, o reconhecimento de características que desconhecia, como a persistência e a coragem, fundamentais para aceitar e enfrentar os desafios propostos. O reconhecimento das minhas limitações e a sua transformação em oportunidade de aprendizagem, permitiram um crescimento pessoal e profissional.

No âmbito dos ensinamentos clínicos, surgiram diversas oportunidades de partilha e disseminação de conhecimento, tendo oportunidade de ser um facilitador da aprendizagem junto das equipas, na implementação das intervenções especializadas inovadoras alicerçadas no conhecimento científico válido, atual e pertinente.

No ECIII, no seguimento da aplicação de uma intervenção especializada em ESMP: “Promoção da Esperança”, tive a oportunidade de divulgar os seus resultados, nas IV Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental – Cuidar Com(o) Essência, sob a forma de comunicação livre (Anexo I).

Também no contexto académico, participei nas III Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Convergência(s) em Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Leiria, com a elaboração de uma comunicação livre de um trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Ética e Deontologia em Enfermagem, em coautoria, sobre um dilema ético nos cuidados de enfermagem, intitulado “A recolha de imagem como dilema ético” (Anexo II).

A partilha de conhecimento e aprendizagem foram uma constante, quer nos contextos de EC, quer nas oportunidades que surgiam de participação em eventos como: as III Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Convergência(s) em Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Leiria, o I Congresso Nacional de Prestadores de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, realizado nas Irmãs Hospitaleiras, o Workshop subordinado ao tema “Treino de Competências Sociais com a Pessoa com

Perturbação do Uso do Álcool” dinamizado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros dos Comportamentos Aditivos, o Webinar - Tertúlia – “A investigação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” da Ordem dos Enfermeiros, as IV Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental “Cuidar com(o) Essência”, que se realizaram na Casa de Saúde Rainha Santa Isabel, o III Encontro de Supervisão Clínica em Enfermagem realizado na ESSLeiria, o Seminário Internacional “Os sentidos na humanização dos cuidados” em Pombal, o Workshop “Scopus + AI” realizado em formato online pela ESSLeiria e o Workshop “Como fazer uma comunicação oral” organizado pela Ordem dos Enfermeiros.

2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A Enfermagem de Saúde Mental é uma área especializada dentro da disciplina e da profissão de Enfermagem, que acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, um maior leque de conhecimentos, uma maior síntese e avaliação de dados, uma complexidade de aptidões, e intervenções dirigidas à pessoa perante respostas desajustadas, aos processos de transição geradores de sofrimento ou doença mental (Regulamento nº 356, 2015).

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos enfermeiros, 2018) define as competências que habilitam o enfermeiro especialista a prestar cuidados diferenciados à pessoa, família, grupos e comunidade. Esses cuidados caracterizam-se por uma intervenção terapêutica orientada para a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da doença mental, o tratamento e a reabilitação psicossocial.

As competências específicas do EEESMP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), documentadas no referido regulamento são:

- F1) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- F2) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- F3) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- F4) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

Ao longo dos EC, desenvolvi as competências inerentes ao exercício especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Nos pontos seguintes, irei refletir sobre este processo, articulando-o com as atividades realizadas nos diferentes contextos de EC, descrevendo de que forma alcancei os objetivos definidos e como estas experiências contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal, profissional e científico.

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

"O autoconhecimento é o início de toda sabedoria." — Aristóteles

Conhecer-se e compreender-se a si mesmo, é provavelmente o ponto de partida para gerir as emoções, as relações e comportamentos. O autoconhecimento tem sido descrito como um processo contínuo, através do qual a pessoa procura compreender de forma clara e realista as suas qualidades, limitações, experiências, estados emocionais e padrões de comportamento, constituindo um eixo central do desenvolvimento pessoal e profissional.

Para Li et al. (2022), o autoconhecimento é precisamente este processo dinâmico de clarificação de quem se é, que permite ao indivíduo reconhecer as suas características e modos de funcionar, bem como o impacto que estes têm nas suas interações e escolhas. Nesta perspetiva, diversos autores sublinham que, na enfermagem, o autoconhecimento se articula com a autoconsciência profissional, contribuindo para uma prática mais reflexiva, intencional e ética (Parveen, 2015; Rasheed et al., 2019).

No contexto da prática especializada em ESMP, o autoconhecimento assume um papel importante na capacidade de cuidar, na comunicação, na autorregulação e gestão do stresse, e na qualidade da relação terapêutica estabelecida com a pessoa/família (Parveen, 2015; Li et al., 2022),

Carapeto (2021), na sua análise histórica do conceito, reforça esta ideia ao afirmar que o autoconhecimento sustenta a autorregulação, a empatia e a estabilidade emocional, permitindo que o ato de cuidar se torne uma ação deliberada, consciente e ajustada às necessidades da pessoa. Nesta perspetiva também Townsend (2011), descreve a relação terapêutica como uma “experiência mutuamente significativa”, em que profissionais e utentes se reconhecem como seres humanos.

No início do meu percurso, apesar da minha experiência prévia em saúde mental, não estava desperta para a importância da centralidade do “eu” como ponto de partida para o ato de cuidar o “outro”; com este mestrado, esta consciência ganhou sentido — e faz, efetivamente, diferença.

Percebi que reconhecer e ter consciência das minhas emoções, valores e limites (autoconhecimento) influencia diretamente a qualidade da relação terapêutica e a forma como o utente se sente visto, respeitado e compreendido. Esta tomada de consciência trouxe maior intencionalidade às minhas intervenções, tornando-as menos automáticas e mais alinhadas com as necessidades singulares de cada pessoa. Ao mesmo tempo, desenvolvi uma postura mais crítica, reflexiva e ética, que me permitiu estar mais atenta às dimensões sociofamiliares e culturais do utente, comunicar com maior autenticidade e promover a autonomia do utente de forma mais consistente.

Este período de aprendizagem, em contexto de EC, não só contribuiu para o desenvolvimento de competências e conhecimentos essenciais à construção da relação com o outro, como também promoveu um significativo crescimento pessoal e profissional. Esse percurso possibilitou o aperfeiçoamento de capacidades essenciais de autorregulação, enquanto pessoa e enfermeira, favorecendo a utilização consciente de mim como instrumento terapêutico, nas relações e nos processos terapêuticos.

É importante salientar que esta competência se revela como uma das mais desafiantes, exigindo um elevado nível de envolvimento e exigência pessoal. Trata-se de uma competência dinâmica, que requer desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo ao longo de todo o percurso profissional.

A utilização do ciclo reflexivo de Gibbs, ao longo do meu desempenho nos vários ensinamentos clínicos, facilitou o meu autoconhecimento e autoconsciência da prática de cuidados de enfermagem. Ao organizar a reflexão em etapas – descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação – o modelo torna explícitos os pensamentos, emoções, valores e padrões de atuação que, de outro modo, permaneceriam implícitos (Gibbs, 1988).

Na enfermagem, esta reflexão orientada permite identificar fragilidades e potencialidades pessoais, reconhecer o impacto da autoeficácia e da resiliência na forma como o enfermeiro se envolve nos cuidados e compreender como as próprias respostas emocionais influenciam a relação terapêutica com a pessoa cuidada. Ao transformar a experiência em aprendizagem consciente, o ciclo de Gibbs promove uma prática mais segura, ética e humanizada, sustentada em decisões clínico-reflexivas e num compromisso contínuo com o desenvolvimento pessoal e profissional (Asselin, & Fain, 2013). Deste modo, foi prática recorrente, a utilização desta metodologia reflexiva nas intervenções realizadas ao longo dos EC, bem como sua documentação nas várias fichas técnicas disponibilizadas em Apêndice.

No contexto de aprendizagem clínica, investi no desenvolvimento da autoconsciência e do autoconhecimento para regular respostas emocionais perante utentes, profissionais e pares, estando atenta aos eventuais impasses terapêuticos como a resistência, transferência, contratransferência e transgressão de limites, decorrentes das minhas vivências pessoais e profissionais. Esta tomada de consciência fez-me recorrer a estratégias de autocuidado, no dia a dia, no sentido de repor algum equilíbrio emocional e desconstruir as situações que me causavam maior impacto.

Procurei momentos de partilha com colegas e orientadores, que me permitiram refletir sobre as minhas respostas emocionais, validar perceções e ganhar novas perspetivas sobre as situações que me tinham mobilizado emocionalmente. Paralelamente, reservei pequenas pausas conscientes ao longo do dia, que me ajudavam a criar distância das situações mais exigentes. O contacto com a natureza revelou-se igualmente essencial para o meu equilíbrio físico e mental; é um ambiente que me é familiar e seguro, onde consigo recarregar energia, reduzir tensão e reorganizar internamente as experiências vividas no contexto clínico.

No EC I, tive o meu primeiro contacto com pessoas com perturbação do desenvolvimento intelectual, e senti na relação com as mesmas, o peso do estigma relativamente à doença mental, e o sofrimento decorrente da falta de respostas na comunidade e oportunidades de integração em projetos de “vida apoiada” no contexto comunitário.

No EC II em UCC, a gestão das emoções em tempo real, foi colocada à prova, nomeadamente nas visitas domiciliárias a uma utente em cuidados paliativos, e nas sessões do grupo de cuidadores “CuidarMente”, onde a partilha de experiências exigiu presença empática e alguma contenção emocional. Esta tomada de consciência ajudou-me a assimilar e a regular as emoções para orientar pensamento e ação durante a relação com o outro, em linha com a noção de autoconsciência emocional reconhecida por Goleman (2020): “as nossas emoções modelam as nossas perceções, pensamentos e atos” (p. 63).

No EC III (Respostas Diferenciadas), o número reduzido de pessoas internadas neste contexto favoreceu o estabelecimento da relação terapêutica e a criação de vínculos significativos. Este ambiente permitiu-me uma maior disponibilidade para escutar atentamente as narrativas das pessoas, compreender as suas necessidades e investir na personalização das intervenções especializadas em ESMP, garantindo uma abordagem mais individualizada, humana e ajustada à singularidade de cada situação clínica.

Em todos os EC, consegui estabelecer relações terapêuticas consistentes, preservando o contexto e os limites profissionais para proteger a integridade do processo. A relação terapêutica, foi a base de todas as intervenções especializadas realizadas: psicoterapêuticas, psicossociais, psicoeducativas e socioterapêuticas.

Todavia, também experimentei dificuldades na relação com algumas pessoas que exibiam comportamentos manipuladores perante a equipa de saúde. Nesses cenários, a motivação para participar nas intervenções era reduzida e a negociação de cuidados acabava frequentemente mediada pelo enfermeiro de referência, gerando em mim frustração e sensação de impotência ao definir e sustentar limites. Esta tensão interna — entre o desejo de ajudar e a necessidade de conter as emoções — tornou visíveis margens de melhoria na contratualização de objetivos, na gestão de dinâmicas de poder e na consistência do *setting*¹, aspetos que a literatura associa precisamente à maturação do autoconhecimento e da autorregulação clínica (Carapeto, 2021; Goleman, 2020).

No balanço desta competência, reconheço avanços significativos e sinais claros de crescimento. Fortaleci a minha autorregulação emocional e a capacidade de utilizar o “eu” como instrumento terapêutico, de forma mais consciente e intencional. Tornei-me igualmente mais sensível à importância de integrar estratégias de autocuidado de modo sistemático, compreendendo que cuidar de mim é condição essencial para cuidar melhor do outro e manter-me verdadeiramente disponível na relação terapêutica.

Mantive limites profissionais de forma coerente e consistente, o que contribuiu para relações mais seguras e éticas. Paralelamente, aprendi a respeitar e aceitar os comportamentos, decisões e escolhas das pessoas, mesmo quando divergiam das minhas. Esta abertura favoreceu uma prática mais humanizada, centrada na pessoa, e traduziu-se numa melhoria significativa na qualidade das relações estabelecidas e das intervenções realizadas.

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

Em todos os contextos de EC, o desenvolvimento desta competência pautou-se pelo Regulamento n.º 515/2018, que enfatiza o processo de avaliação, mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural, técnicas de entrevista e observação do comportamento, de consulta dos registos, de avaliação abrangente do cliente e dos seus sistemas relevantes.

A utilização da metodologia de estudo de caso, revelou-se fundamental por favorecer a aquisição de competências para a colheita de dados e para o planeamento de cuidados em enfermagem de saúde mental. Esta abordagem, permitiu analisar de forma aprofundada os dados e os diferentes diagnósticos de enfermagem, e estudar intervenções e abordagens terapêuticas adequadas a cada situação clínica. Esta metodologia contribuiu para um raciocínio clínico mais consistente, para uma tomada de decisão informada e para a melhoria global da qualidade dos cuidados prestados.

Nesse sentido, ao longo deste percurso de aprendizagem recorri à técnica de entrevista FIFE para a colheita de dados, de forma a aceder à experiência de doença das pessoas do estudo de caso e identificar as áreas prioritárias de intervenção. Esta entrevista integra as dimensões: sentimentos, ideias, funcionamento e

¹ conjunto de condições estruturais, éticas e relacionais que enquadram a intervenção psicológica e garantem a sua segurança, consistência e previsibilidade (Carapeto, 2021)

expectativas relativamente à doença mental, oferecendo uma compreensão holística da pessoa (Querido, Tomás & Laranjeira, 2019).

Também fiz uso de técnicas de comunicação terapêutica, como a escuta ativa, no contexto da relação terapêutica, para que a pessoa se sentisse acolhida, e verbalizasse todas as suas vivências relativas à história pessoal e história da doença mental, pertinentes para a identificação das suas necessidades e planeamento de intervenções especializadas.

Para Oliveira et al. (2018), a escuta ativa da experiência vivida pela pessoa, permite considerar os aspetos singulares da sua história. Este entendimento impacta o modo como é feita a prestação de cuidados, exigindo que as práticas e estratégias utilizadas ultrapassem a abordagem biomédica para um modelo biopsicossocial.

Tendo em conta os diversos contextos, características e necessidades das pessoas, dos modelos que sustentam a prática de enfermagem, foi utilizada a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. Este modelo, considera a pessoa na sua totalidade, como um sistema aberto, cujas partes estão em constante interação com o ambiente, não se restringindo ao modelo biomédico. Os fatores de stress e a reação ao mesmo (stress), são elementos básicos de um sistema aberto, podendo ser intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. O equilíbrio entre estes fatores a reação aos mesmos permite que a pessoa mantenha o seu bem-estar. (Neuman & Fawcett, 2011).

A aplicação da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman na prática de cuidados prestados aos utentes dos estudos de caso permitiu-me identificar, de forma mais precisa, os fatores de stress responsáveis pelo desequilíbrio do sistema. Esta identificação foi essencial para a formulação dos diagnósticos de enfermagem e para o reforço das linhas de defesa, através de intervenções individualizadas ao nível da prevenção primária, secundária e terciária.

Assim, no Estudo de Caso I, esta abordagem sustentou o meu raciocínio clínico para elaboração do plano de cuidados, na identificação e planeamento de intervenções para os diagnósticos: humor depressivo, risco de suicídio, socialização comprometida e baixa autoestima (Apêndice V). No Estudo de caso II, para os diagnósticos: sono comprometido, satisfação conjugal comprometida, comunicação familiar comprometida, coping comprometido, ansiedade e stress de prestador de cuidados (Apêndice VI). No Estudo de caso III, para os diagnósticos e focos de enfermagem: delírio, alucinação, aceitação do estado de saúde comprometido, falta de esperança, capacidade de desempenho e socialização comprometida (Apêndice VII).

A utilização deste modelo contribuiu para resultados clínicos mais favoráveis e para uma experiência de cuidados mais humanizada, coerente com uma prática de enfermagem centrada na pessoa e orientada para a promoção do equilíbrio e do bem-estar.

No âmbito do PMCQCE *Promoção da autoestima em utentes com perturbação de uso de álcool* para além da Teoria dos Sistemas, também foi utilizada Teoria das Relações Interpessoais de Hilgard Peplau dando destaque para a importância da relação enfermeiro-utente como instrumento terapêutico fundamental. Esta teoria enfatiza ainda a importância de uma comunicação eficaz, da empatia e do envolvimento ativo dos utentes no seu próprio processo de cuidado (Peplau, 2016).

A integração deste modelo permitiu-me estabelecer uma relação terapêutica estruturada, baseada na confiança, no respeito e na empatia. Ao reconhecer as diferentes fases da relação — orientação, identificação, exploração e resolução — consegui adaptar a minha intervenção ao ritmo, necessidades e capacidade de envolvimento de cada utente. Esta abordagem revelou-se particularmente relevante na promoção da autoestima, pois facilitou a expressão de sentimentos, a clarificação de dificuldades e a construção de um espaço seguro para a reflexão. Paralelamente, permitiu explorar e potenciar o papel ativo do utente no

processo terapêutico, valorizando as suas perceções, experiências e recursos pessoais,

Ao longo dos três ensinamentos clínicos, tive oportunidade de aprofundar o meu papel enquanto futura Enfermeira Especialista em ESMP, sobretudo no que concerne à avaliação sobre o impacto da doença mental na pessoa, família e grupos. Esta experiência permitiu-me perceber, de forma clara, como a saúde mental afeta significativamente a qualidade de vida, a autonomia e a funcionalidade dos indivíduos, e como as intervenções especializadas podem promover reais ganhos em saúde. Desde o início, fui chamada a aplicar um conjunto vasto de instrumentos de avaliação e a planear intervenções estruturadas em diferentes contextos e com populações muito distintas.

Na avaliação da pessoa dos estudos de caso, tive necessidade de aplicar escalas, para a tomada de decisão, relativamente aos diagnósticos de enfermagem. Assim apliquei a escala de Autoestima de Rosenberg – versão portuguesa (Pechorro, Marôco, Poiares & Vieira, 2011), Inventário de depressão de Beck (Campos & Gonçalves, 2011), Escala da Ansiedade de Hamilton (Santos et al., 2023), Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010) Escala de PSYRATS (Teles et al., 2017), a Escala de avaliação de Insight (Vanelli et al., 2010), a Escala de Esperança de Herth (HHI-PT) (Viana et al., 2012), a Escala de avaliação Multidimensional de Ansiedade para Crianças (Salvador et al., 2017) e Escala de Coping Resiliente (Pais Ribeiro & Morais, 2010) (Anexo VI).

No Ensino Clínico I, tive a oportunidade de participar na avaliação das pessoas que integraram o projeto “Casa”. Esta avaliação foi realizada através da aplicação da Escala do Comportamento Adaptativo (Santos, 2007), permitindo identificar áreas de maior fragilidade e, simultaneamente, reconhecer competências já desenvolvidas. A análise revelou fragilidades relevantes, mas também competências já adquiridas, o que me permitiu compreender que a funcionalidade e autonomia não se reduzem a limitações, mas englobam igualmente potencialidades que podem ser reforçadas. A implementação do Treino de Competências Sociais e do Treino de AIVD mostrou-me que pequenas mudanças no comportamento e na rotina podem traduzir-se em avanços significativos na participação social e na independência.

No EC II, em contexto UCC, tive a oportunidade de avaliar um grupo de cuidadores informais com a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Sequeira, 2010), e perceber a vulnerabilidade emocional e física que permeia o ato de cuidar. Confirmei o que a literatura evidencia: cuidar é um ato de amor, mas também um fator de risco para exaustão, isolamento e sofrimento mental. Neste âmbito, a implementação do programa de intervenção psicoterapêutica e psicoeducacional de grupo – CuidarMente (Apêndice VIII), orientado para o stress do prestador de cuidados, revelou-se um processo profundamente enriquecedor da minha aprendizagem.

A equipa de saúde mental da UCC concebeu este programa, para dar resposta às necessidades identificadas na população cuidadora e contribuir para o cumprimento do indicador do domínio da Gestão da Doença (376) – Proporção de utentes com ganho na gestão do stress do prestador de cuidados. Este programa constituiu, assim, uma estratégia estruturada para apoiar cuidadores, promover competências de autocuidado e reduzir o impacto negativo do stress associado ao desempenho do seu papel.

Ao nível da minha aprendizagem, esta intervenção deu-me a possibilidade de desenvolver competências técnicas, profissionais e pessoais. As sessões em grupo foram marcadas por partilhas emotivas e insights significativos; percebi que, em muitos momentos, mais do que a técnica, é a possibilidade de se sentirem ouvidos, compreendidos e validados que produz alívio e transformação. Esta experiência reforçou a minha compreensão da importância da intervenção grupal como espaço terapêutico natural, onde o encontro entre pares se torna tão ou mais relevante do que a intervenção previamente estruturada.

No contexto da saúde escolar, a equipa de Enfermagem de Saúde Mental da UCC tem manifestado uma preocupação crescente em responder às necessidades de Saúde Mental dos jovens e adolescentes. Assim, participei na implementação do programa SerPositivaMente (Apêndice IX), dirigido a jovens do 10.º ano, com o objetivo de avaliar o impacto de uma intervenção psicoterapêutica e psicoeducativa na gestão da ansiedade e das emoções, bem como na aquisição de estratégias de coping.

A implementação do programa SerPositivaMente constituiu um desafio inicial, pois nunca tinha trabalhado com grupos de adolescentes. Receava não conseguir mobilizá-los ou motivá-los para falar das suas emoções. No entanto, a adesão espontânea, a participação ativa e o interesse genuíno demonstrado por estes jovens surpreenderam-me positivamente. A aplicação da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (Salvador et al., 2017) e Escala Breve do Coping Resiliente (Pais Ribeiro & Morais, 2010), permitiu avaliar a eficácia da intervenção e perceber que, ao contrário do que imaginava, os jovens estão cada vez mais despertos para a importância da saúde mental e disponíveis para refletir sobre estratégias de gestão emocional. Esta vivência reforçou a minha convicção de que a escola é, de facto, um espaço privilegiado para a promoção da literacia em saúde mental.

A escola é encarada como um espaço privilegiado para a aquisição e transmissão de conhecimentos, competências, regras e valores, sendo também um setting de desenvolvimento emocional e intelectual das crianças, adolescentes e jovens (OMS, 2021). A capacitação da comunidade educativa relativamente às problemáticas da saúde mental possibilita a identificação precoce de sinais de risco e o encaminhamento atempado para cuidados especializados.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), uma das áreas de intervenção ao nível do eixo da capacitação são: a saúde mental e as competências socio emocionais. Estas áreas de intervenção pretendem melhorar fatores protetores da saúde, prevenindo a ocorrência de doença mental do adulto (DGS, 2015).

O envolvimento e participação dos profissionais de saúde, em projetos nestas áreas de intervenção, tem como objetivo fundamental o empowerment, a aquisição de competências e conhecimentos das crianças e jovens, contribuindo assim para o seu bem-estar, maior sucesso escolar, relações interpessoais mais positivas, melhor adaptação a situações de stress e, consequentemente, uma saúde mental mais equilibrada (Ordem dos Enfermeiros, 2021).

Ainda no contexto de comunidade, no âmbito da promoção da literacia em saúde mental (LSM) (Apêndice X), tive oportunidade de desenvolver diversas iniciativas dirigidas à população em geral, nomeadamente no Dia Mundial da Saúde Mental e no Festival Sénior. Para assinalar o Dia Mundial da Saúde Mental, organizei uma atividade destinada a todos os utentes do centro de saúde e aos profissionais, centrada no combate ao estigma e no incentivo à procura de ajuda especializada, através de canais oficiais junto da UCC. Paralelamente, elaborei um artigo sobre esta temática, posteriormente publicado no jornal local, tendo contribuído para o aumento da LSM na comunidade. Elaborar um artigo para o jornal local despertou em mim o sentimento de contributo social e responsabilidade enquanto futura especialista, reforçando o meu papel enquanto agente de mudança comunitária.

Segundo o Guia Orientador de Boas praticas de Promoção da Literacia em Saúde Mental (2020), a LSM corresponde a uma relação dinâmica, entre o conhecimento e a experiência prévia em saúde, influenciada pelas características individuais da pessoa, pela sua cultura, e pelas habilidades cognitivas, que influenciam a capacidade de aceder, entender, e usar a informação e serviços de saúde para tomar decisões informadas e melhorar os resultados de saúde.

Neste enquadramento, e de acordo com o Regulamento n.º 356/2015, de 25 de junho, da Ordem dos Enfermeiros, compete aos enfermeiros, atendendo aos enunciados descritivos dos padrões de qualidade do exercício profissional — nomeadamente no que concerne à redução do estigma e da exclusão social — promover a literacia em saúde mental das populações. Esta intervenção visa aumentar conhecimentos e habilidades, capacitando as pessoas para tomarem decisões informadas relativamente ao processo saúde/doença, adotarem estilos de vida saudáveis e reforçarem competências pessoais, como o autoconhecimento, a autoestima, o sentimento de controlo e a autoeficácia. Simultaneamente, contribui para o desenvolvimento de competências comunicacionais, de resolução de problemas e de estratégias de coping.

No Ensino Clínico III, tive igualmente a oportunidade de avaliar o impacto que os problemas de saúde mental exercem na qualidade de vida e no bem-estar de pessoas em fase de reabilitação psicossocial. Para tal, foram aplicados instrumentos de avaliação validados e adotados pela instituição: nomeadamente a Escala da Qualidade de Vida (Canavarro, et al., 2007), a Escala de Empowerment (Luz et al., 2020) e a Classificação da Funcionalidade em Saúde Mental. Também apliquei a Escala de Esperança de Herth (HHI-PT) (Viana et al., 2012), por considerar ser uma dimensão importante a trabalhar no contexto da reabilitação psicossocial. A utilização destes instrumentos permitiu obter uma compreensão abrangente das necessidades, perceções e capacidades das pessoas avaliadas, tanto no estudo de caso individual como no trabalho com o grupo. Com base nos resultados, foi possível delinear e implementar intervenções de enfermagem especializadas direcionadas para os domínios onde se verificaram maiores dificuldades, potenciando ganhos em saúde, reforçando competências pessoais e promovendo uma vivência mais autónoma e significativa no processo de reabilitação psicossocial.

A esperança é reconhecida como um determinante fundamental da saúde mental (Querido & Dixe, 2016), atuando como fator protetor contra a depressão e comportamentos suicidários, além de ser um elemento impulsionador no processo de reabilitação psicossocial orientada para o Recovery (PRPOR) (Mendes et al., 2022). Assim, o conceito de esperança torna-se basilar e indissociável do Recovery.

No processo de recovery, promover a esperança pressupõe que os enfermeiros incentivem a resiliência e a coragem. Isto porque, a vida das pessoas com transtornos mentais de longa duração e/ou incapacidade, decorrente da doença mental, é marcada, em grande medida, por emoções de tristeza, raiva, frustração e arrependimento (Cleary et al., 2017). Para estas pessoas, a possibilidade de reencontrar experiências prazerosas pode constituir uma via para reativar a esperança, sobretudo quando já perderam a expectativa de voltar a sentir prazer em atividades significativas, ou de se projetar no futuro. O resgate dessas vivências pode auxiliar no processo de reconstrução da esperança (Davidson, 2011).

Em Portugal, esta abordagem encontra respaldo no Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016, que reconhece a necessidade de os serviços de saúde mental promoverem a reabilitação psicossocial orientada para o Recovery. Este enquadramento normativo sustenta a prática de enfermagem especializada neste domínio e legitima o desenvolvimento de atividades que fomentem a esperança junto das pessoas em fase de reabilitação.

Laranjeira & Querido (2022), lembram que esta intervenção especializada (Promoção da Esperança), exige por parte do Enfermeiro ESMP um conjunto de competências: a) competências relacionais, clínicas e éticas que permitem ao enfermeiro inspirar e sustentar a esperança das pessoas assistidas; b) relação terapêutica empática, validante e orientada para a recuperação, onde o profissional identifica sinais de esperança ou desesperança, ajuda a definir objetivos realistas e fomentar recursos pessoais; c) e atividades específicas de esperança.

Neste sentido, o desenvolvimento e implementação da intervenção psicoterapêutica e sócio terapêutica “*Promoção da Esperança*” foi a experiência que mais me desafiou, porque exigiu não apenas competências técnicas, mas a capacidade de me disponibilizar enquanto instrumento terapêutico. Percebi que promover esperança implica empatia, autenticidade e uma relação significativa, algo que vai muito além da planificação de atividades. A forma como os participantes resgataram pequenas alegrias e reconstruíram um sentido de possibilidade reforçou que a esperança pode assumir-se como força transformadora e impulsionadora no processo de reabilitação.

Ao analisar criticamente todo o percurso, reconheço que enfrentei momentos de incerteza, sobretudo quando tinha de intervir com populações novas ou aplicar escalas pela primeira vez. Contudo, estes desafios tornaram-se oportunidades de crescimento, levando-me a desenvolver maior confiança, autonomia e capacidade de decisão clínica.

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:

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) promove o bem-estar da pessoa, em conformidade com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Para tal, elabora e implementa, em parceria com o cliente, um plano de cuidados individualizado, sustentado nos diagnósticos de enfermagem e nos resultados esperados, com o objetivo de potenciar o bem-estar e a capacidade de autorregulação, conforme definido no Regulamento n.º 356/2015.

No âmbito desta competência, utilizei a metodologia de gestor de caso no exercício da prática clínica, com o objetivo de identificar os problemas e necessidades específicas da pessoa assistida, planear e implementar intervenções especializadas em saúde mental, e ajudar a pessoa a escolher as opções mais ajustadas para o seu processo de recuperação e reabilitação. Para isso, foram identificados sinais e sintomas de perturbação mental e problemas de saúde relacionados e foram aplicados os sistemas de taxonomia estandardizado para os diagnósticos de saúde mental, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros – CIPE.

A utilização da metodologia de *estudo de caso* permite compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental, bem como as suas implicações no projeto de vida da pessoa, no seu potencial de recuperação e na influência dos fatores contextuais sobre a saúde mental. Esta abordagem orienta uma prática alinhada com os mais elevados padrões de qualidade no cuidar, conforme preconizado pelo Regulamento n.º 365/2015 da Ordem dos Enfermeiros.

A aplicação desta metodologia possibilitou-me aprofundar o conhecimento sobre o percurso de vida dos utentes, identificar necessidades, compreender o impacto da doença mental nas dinâmicas familiares e sociais e reconhecer fatores de stress e linhas de defesa presentes no seu contexto, sustentando-me na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. Para tal, recorri a técnicas de entrevista — nomeadamente a entrevista Five — e a técnicas de comunicação terapêutica, assertividade e relação de ajuda, que constituem a base da relação terapêutica com o utente.

No processo de compreensão do impacto da doença mental, o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (Wright & Leahey, 2012) revelou-se igualmente fundamental, permitindo analisar a dinâmica familiar, os padrões de comunicação e os fatores facilitadores da reintegração da pessoa no seu sistema familiar. Este

modelo contribuiu para um planeamento de cuidados mais ajustado às necessidades do utente e da sua rede de suporte.

Em todos os estudos de caso foi elaborado um genograma, instrumento que permitiu obter uma representação gráfica da estrutura e funcionamento familiar, facilitando a identificação de padrões relacionais e da história familiar. A sua construção em colaboração com o utente favoreceu uma compreensão mais aprofundada do seu contexto familiar. Paralelamente, foi sempre desenvolvido um ecomapa, que possibilitou visualizar as ligações do utente à comunidade e os níveis de interação com os recursos sociais. A associação entre genograma e ecomapa permitiu identificar vínculos familiares, ambientais e sociais, bem como o acesso a recursos comunitários (Gomes et al., 2022).

A compreensão integrada desta informação revelou-se essencial em todos os contextos de ensino clínico, permitindo ajustar a intervenção de enfermagem especializada às necessidades reais do utente e promover o envolvimento da família enquanto elemento central do processo de recuperação.

Durante os ensinamentos clínicos, tive a oportunidade de observar e colaborar com diferentes equipas, em campos de estágio distintos, mas transversalmente todas elas abordavam de forma particularizada e diferenciadora a situação clínica de cada utente.

O EC I, em contexto de internamento de psiquiatria agudos, permitiu o contacto com uma jovem com os diagnósticos de enfermagem, segundo taxonomia CIPE: Humor deprimido, Baixa Autoestima, Socialização Comprometida e Risco de Suicídio; apresentando um padrão recorrente de comportamentos autolesivos.

A intervenção de enfermagem especializada, para esta utente, assentou na relação de ajuda, reconhecendo e validando o significado que ela atribui às suas experiências traumáticas. Esta postura, implicou evitar interpretações ou questionamentos que não façam sentido para o próprio, prevenindo frustração e mantendo a coerência da narrativa pessoal. De acordo com a evidência, a relação de ajuda profissional constitui um recurso terapêutico essencial, capaz de facilitar a superação de dificuldades, promover o alívio da ansiedade e favorecer estados de serenidade e tranquilidade (Simões & Rodrigues, 2010).

De acordo com a literatura científica consultada e os Guias Orientadores de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros, planeie e implementei as seguintes intervenções: Intervenção mediada pela arte “Biblioterapia” (Apêndice XI), “Treino de assertividade” (Apêndice XII), Promoção da Autoestima (Apêndice XIII) e Treino de competências sociais (Apêndice XIV).

Esta intervenção permitiu à utente, melhorar em alguns domínios o seu estado de saúde mental, e integrar um projeto de reabilitação psicossocial, na área da formação profissional. No entanto ficou aquém do esperado, tendo em conta a gravidade da sua sintomatologia depressiva, e o escasso suporte familiar gerador de grande sofrimento para a utente.

Ainda assim, ter contribuído para este processo, para o Plano Individual de Intervenção e para a melhoria da qualidade de vida da utente foi muito gratificante.

Durante o EC II, tive a oportunidade de acompanhar uma utente em consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica na UCC. Esta procura de ajuda, junto da equipa de saúde mental demonstra a existência de insight relativamente à sua situação, constituindo um importante fator de bom prognóstico.

À luz da Teoria dos Sistemas, os dados recolhidos ao longo das consultas permitiram identificar diversos fatores de stress presentes no contexto familiar da utente e que contribuíam para o desequilíbrio do seu sistema. A

análise sistémica possibilitou compreender de que forma esses estímulos atuavam sobre as suas linhas de defesa e quais as intervenções necessárias para promover o seu reforço e restabelecer o equilíbrio.

Com base na avaliação efetuada, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem (CIPE): sono comprometido, satisfação conjugal comprometida, comunicação familiar comprometida, ansiedade, processo de coping comprometido e stress do prestador de cuidados.

Perante esta atividade diagnóstica, e de acordo com a literatura, foram desenvolvidas e implementadas intervenções de enfermagem especializada a nível individual (Consulta de ESMP) e em grupo (Cuidarmente). Assim foram realizadas diversas intervenções terapêuticas: Técnica de relaxamento Mindful eating, Técnica de respiração diafragmática (Apêndice XV), Ensino e Treino da técnica da comunicação assertiva (Apêndice XVI), Intervenção mediada pela arte através da “Biblioterapia” (Apêndice XVII), Técnica de resolução de problemas (Apêndice XVIII) e participação na Intervenção grupal: CuidarMente.

A implementação deste plano de cuidados permitiu à utente melhorar o seu estado de saúde mental e desenvolver maior consciência acerca do seu papel enquanto agente ativo de mudança, favorecendo a sua capacidade de autorregulação e o fortalecimento das suas estratégias de coping.

Do ponto de vista pessoal, e considerando a minha inexperiência prévia no contexto dos cuidados de saúde comunitários, esta experiência revelou-se extremamente enriquecedora. A possibilidade de desenvolver intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção primária e terciária contribuiu de forma significativa para o meu crescimento profissional e para a consolidação de competências de enfermeiro especialista em ESMP.

No EC III, em contexto de respostas diferenciadas, tive a oportunidade de desenvolver a minha aprendizagem e aquisição de competências com um utente com os seguintes diagnósticos de enfermagem (CIPE): Pensamento comprometido, Delírio, Alucinação, Aceitação do estado de saúde comprometida, Falta de esperança, e Capacidade de desempenho das ABVDs e AIVDs.

A relação terapêutica e de confiança assumiu um papel central neste caso, uma vez que a ausência de insight relativamente à sua doença poderia comprometer significativamente a adesão ao plano de cuidados. A literatura descreve que os utentes com esquizofrenia apresentam frequentemente défice de insight, traduzindo-se na dificuldade em reconhecer a presença da doença e as suas consequências. Uma das implicações mais relevantes desta lacuna é a fraca perceção da necessidade de tratamento, contribuindo para a não adesão terapêutica (Buckley et al., 2007).

Ao longo deste estágio, compreendi que o enfermeiro especialista em ESMP desempenha um papel fundamental na atenção e abordagem ao diagnóstico “aceitação do estado de saúde comprometido”. Este aspeto deve constituir uma prioridade, uma vez que influencia diretamente a eficácia das restantes intervenções associadas aos outros diagnósticos de enfermagem. Um acompanhamento especializado, centrado na relação terapêutica e no reforço gradual da consciência de doença, contribui para promover maior adesão, segurança e autonomia no processo de recuperação.

Deste modo, envolvi o utente na elaboração do plano de cuidados, promovendo a contratualização e adesão às intervenções propostas. Esta participação ativa revelou-se essencial para fortalecer a relação terapêutica e favorecer a corresponsabilização pelo próprio tratamento, e cumprimento do plano de cuidados.

Também neste caso, foram desenvolvidas e implementadas intervenções de enfermagem especializada a nível individual e grupal: Treino Metacognitivo (Apêndice XIX); Técnicas de distração (Apêndice XX); Intervenção

breve – adesão ao regime terapêutico/treino de preparação da medicação; Promoção da esperança (Apêndice XXI) e Treino de ABVDs.

Enquanto gestora de caso do utente, promovi o acesso aos recursos de saúde apropriados, nomeadamente à consulta de reavaliação psiquiátrica na ULS da área de residência, através da articulação telefónica, com a equipa de saúde mental comunitária que lhe presta apoio.

Também promovi o envolvimento familiar do utente, promovendo a inclusão da família no processo de aceitação e adaptação à doença. Realizei intervenção junto da família em contexto de reunião, com o objetivo de identificar as suas expectativas relativamente ao processo de reabilitação do utente, bem como avaliar as condições do contexto sociofamiliar, visando a adequada preparação da alta.

Esta intervenção especializada permitiu ao utente, melhorar em alguns domínios o seu estado de saúde mental, no entanto ficou aquém do esperado, tendo em conta a gravidade da sintomatologia psicótica. Ainda assim, durante este ensino clínico, ter contribuído para a evolução do utente relativamente ao insight para a doença, para a aproximação da família, e para o seu Plano Individual de Intervenção, foi muito gratificante.

2.4. 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.

O EESMP, para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento nº 515, 2018).

Nos contextos de ensino clínico, prestei cuidados especializados aos utentes selecionados para estudo de caso, e aos grupos de cada contexto, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem identificados. O Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2023) revelou-se um instrumento muito útil no estudo das boas práticas e na clarificação das intervenções mais adequadas para cada diagnóstico de enfermagem.

No âmbito do EC I, desenvolvi uma intervenção psicossocial de grupo “Treino de Assertividade” (Apêndice XII) dirigida a utentes com os diagnósticos de enfermagem Comunicação comprometida e Isolamento social. A intervenção foi aplicada em dois grupos distintos e estruturada em três sessões sequenciais, com o objetivo de promover competências de comunicação assertiva, reduzir conflitos e mal-entendidos nas interações interpessoais e aumentar a eficácia na resolução de problemas através de estratégias comunicacionais adequadas. A primeira sessão, subordinada ao tema “A Comunicação Assertiva – Como dizer/fazer?”, permitiu a exploração dos princípios básicos da comunicação assertiva e a diferenciação entre estilos comunicacionais passivo, agressivo e assertivo. As segunda e terceira sessões foram dedicadas à realização de role play, utilizando situações-problema representativas do quotidiano dos participantes, favorecendo o treino prático de competências, a reflexão conjunta e a consolidação das aprendizagens.

Desenvolvi também uma intervenção psicoeducacional e psicoterapêutica de grupo, “Promoção da Autoestima” (Apêndice XIII), recorrendo a mediadores artístico-expressivos, para utentes com o diagnóstico

de enfermagem Baixa Autoestima. A intervenção foi composta por quatro sessões, orientadas para os seguintes objetivos: favorecer a reflexão sobre a autoestima pessoal, aumentar o conhecimento acerca dos benefícios de uma autoestima saudável, promover a aquisição de estratégias que contribuam para a melhoria da autoestima e incrementar o nível geral de autoestima dos participantes. A primeira sessão, com o tema “Eu e a minha Autoestima”, teve como finalidade promover a autoconsciência e facilitar a expressão simbólica da perceção individual sobre a própria autoestima. A segunda sessão, “Eu e o meu autorretrato”, permitiu explorar a perceção de si e a forma como acreditam ser vistos pelos outros, promovendo a auto e hétero-reflexão e valorização pessoal. A terceira sessão, com o tema “Dizer bem nas costas”, cada participante teve oportunidade de ler o que foi escrito sobre si (nas suas costas), promovendo a validação positiva, o reconhecimento interpessoal e o reforço da autoestima. A quarta e última sessão, intitulada “Sim, aceito-me”, teve como atividade central a biblioterapia com recurso ao texto “O Vaso Rachado”. Esta leitura serviu como ponto de partida para a reflexão conjunta sobre imperfeições, autoaceitação e valorização das singularidades pessoais, concluindo o processo de intervenção com uma mensagem de reforço positivo e aceitação de si.

Ainda no contexto de intervenção grupal, desenvolvi a intervenção psicossocial: “Treino de Competências Sociais” e “Treino de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD’s)” (Apêndice XIV), integradas no projeto CASA, para as utentes com os diagnósticos de enfermagem Défice no Autocuidado e Socialização Comprometida. Estas intervenções tiveram como objetivos melhorar a autonomia das utentes na realização das AIVD’s — incluindo arranjo pessoal, cuidado com o espaço pessoal e comum, organização da ocupação diária e gestão de compras — e promover o desenvolvimento de competências sociais, fundamentais para uma participação mais ativa e integrada na comunidade.

Nesta intervenção especializada, as sessões e atividades não seguiram uma ordem rígida, com exceção da primeira, dedicada à integração do grupo na CASA, tendo sido implementadas de forma flexível e ajustadas às necessidades, prioridades e ritmo de evolução de cada pessoa ou grupo. A metodologia adotada centrou-se na execução prática de treinos de atividades de vida diária, tanto individuais como em grupo, bem como no treino direcionado de competências sociais. Complementarmente, recorri a diversas técnicas de intervenção, nomeadamente role play ou representação de papéis, reforço positivo, feedback estruturado e modelação, de acordo com o referencial de Loureiro (2011).

Para a utente incluída no estudo de caso, com os diagnósticos de enfermagem Risco de suicídio e Humor deprimido, desenvolvi uma intervenção psicoterapêutica individual: Biblioterapia (Apêndice XI). Esta intervenção teve como objetivos melhorar o humor, incentivar a expressão e partilha de emoções e sentimentos, clarificar problemas individuais e promover a aquisição de hábitos de leitura como estratégia de coping.

A intervenção foi composta por quatro sessões. Numa sessão 0 (zero), procedi à aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), com o propósito de avaliar a sintomatologia depressiva de base e estabelecer um ponto de comparação com avaliação posterior. Nas sessões seguintes, foi explorado um recurso literário diferente em cada encontro, selecionado com intencionalidade terapêutica. Os textos utilizados foram: “Tu és mais forte” de Boss AC, “O melhor de mim” de Mariza, “A História do Lápis” e “O Pote Rachado”. Cada leitura serviu como estímulo para reflexão, expressão emocional e ligação com aspetos relevantes da vivência pessoal da utente.

O recurso à leitura como estratégia terapêutica permitiu discutir metáforas, narrativas e símbolos presentes nos textos, que abordavam temas como amizade, tristeza, solidão, superação e esperança — elementos que se mostraram significativos e ressonantes com a experiência emocional da utente. A biblioterapia, enquanto

intervenção psicoterapêutica, favoreceu um ambiente seguro de expressão de narrativas pessoais e facilitou o reconhecimento de emoções e a reconstrução de significados.

De acordo com Gonçalves (2019), a implementação da biblioterapia como ferramenta psicoterapêutica permite, de forma intencional, reduzir a ansiedade, potenciar a autoconfiança e o bem-estar, além de melhorar a interação social e as capacidades comunicacionais, beneficiando a pessoa em múltiplas dimensões do funcionamento emocional e relacional.

As intervenções promoção da autoestima e biblioterapia, foram intervenções especializadas que eu considero como pontos fortes do EC em contexto de internamento de agudos. Estas intervenções foram especialmente significativas, não apenas pelo seu carácter especializado, mas também porque me identifico profundamente com ambas.

Acredito genuinamente no poder transformador das palavras, na sua capacidade de promover reflexão, estimular mudanças no pensamento e, conseqüentemente, influenciar comportamentos. Por esse motivo, desenvolver estas atividades — especialmente a biblioterapia — proporcionou-me um sentimento de realização, pois observei que as leituras, metáforas e mensagens trabalhadas funcionaram como facilitadores terapêuticos, promovendo expressão emocional, insight e reconexão com aspetos positivos da própria identidade.

No EC II, contexto de comunidade, participei em programas já existentes na carteira de serviços da UCC — nomeadamente o Programa CuidarMente (Apêndice VIII) e o programa SerPositivamente (Apêndice IX) -, tendo igualmente a possibilidade de introduzir e realizar outras dinâmicas e intervenções especializadas em consonância com os objetivos e indicadores de resultado esperados dos projetos.

O programa CuidarMente, é um programa de intervenção psicoterapêutica e psicoeducacional de grupo direcionado a Cuidadores Informais, que visa dar resposta ao diagnóstico de enfermagem: stress de prestador de cuidados. Está estruturado em 8 sessões, tendo a oportunidade de implementar intervenções psicoterapêuticas de grupo centrados nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental, nomeadamente: Treino de assertividade, Biblioterapia, Técnica de resolução de problemas, Intervenção psicoeducativa acerca de estratégias de coping e Autocuidado e Técnica de Relaxamento Imaginação Guiada.

O programa SerPositivamente, é um programa do âmbito da saúde escolar, de intervenção psicoterapêutica e psicoeducacional dirigida a jovens, com o objetivo de aumentar a literacia em Saúde Mental nos Jovens sobre ansiedade, gestão de emoções, resiliência e autoestima, e capacitar os jovens com estratégias de coping adaptativas. Ao longo destas sessões tive oportunidade de realizar: Intervenção psicoeducativa sobre Ansiedade e gestão de emoções; Técnica de relaxamento muscular progressivo de Jakobson; Técnica de resolução de problemas e Promoção da autoestima.

No âmbito do Programa de Intervenção para a Promoção da Literacia em Saúde Mental (Apêndice X), planeei uma Intervenção Psicoeducativa de grupo: Prevenção de suicídio, para a comunidade de uma Freguesia do Concelho. Esta intervenção acabou por não se concretizar por incompatibilidades de agendamento. No entanto ficou estruturada, para posteriormente ser realizada pelas enfermeiras ESMP da UCC.

Para o dia Mundial da Saúde Mental realizei atividades no âmbito da: “Promoção da Literacia em Saúde Mental”, para a população em geral. Elaborei e divulguei materiais alusivos ao tema: “Saúde Mental Acessível e Inclusiva”; e para os profissionais de saúde elaborei e divulguei um cartaz com o tema “Seja um agente promotor da acessibilidade e inclusão para os serviços de Saúde Mental”, incentivando a reflexão e o compromisso com práticas mais equitativas e sensíveis às necessidades de todos os utentes. Adicionalmente,

elaborei um artigo alusivo ao dia Mundial da Saúde Mental: “Intervenção Especializada em Enfermagem de Saúde Mental em Situações de Catástrofe e Emergência e o Papel da Comunidade: Um desafio lançado para o dia Mundial Da Saúde Mental”, publicado a 7-11-2025 no jornal local do Concelho.

A nível individual, no âmbito do estudo de caso, desenvolvi intervenções psicoterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, integradas no plano de cuidados definido.

As intervenções psicoterapêuticas incluíram a aplicação de diversas abordagens, nomeadamente: Técnica de resolução de problemas (Apêndice XVIII), visando o fortalecimento das competências de enfrentamento e tomada de decisão; biblioterapia (Apêndice XVII), como meio de expressão simbólica, autoconhecimento e motivação para a mudança; e Técnicas de relaxamento (Apêndice XV), incluindo respiração diafragmática e mindful eating, orientadas para a promoção da autorregulação emocional e da consciência corporal.

As intervenções psicossociais centraram-se no treino de assertividade (Apêndice XVI), aplicando e reforçando técnicas de comunicação eficaz, especialmente no contexto relacional do casal, promovendo uma expressão mais clara de necessidades, limites e sentimentos, ao mesmo tempo que se favoreceu a diminuição de mal-entendidos e padrões comunicacionais disfuncionais.

Paralelamente, as intervenções psicoeducacionais incidiram sobre várias áreas fundamentais para o bem-estar e funcionamento emocional da utente, nomeadamente: estratégias de controlo da ansiedade, medidas não farmacológicas de promoção do sono, estratégias de coping adaptativas para a gestão do stress e das exigências do quotidiano, e práticas de autocuidado. Esta intervenção teve como objetivo aumentar o conhecimento, promover comportamentos de saúde e capacitar a utente para gerir de forma mais eficaz os desafios do dia a dia, contribuindo para a melhoria da autonomia e para o reforço da perceção de autoeficácia.

No EC III, em contexto de respostas diferenciadas, também estruturei e implementei intervenções especializadas para o utente de estudo de caso e para o grupo deste contexto.

Ao nível da intervenção individual desenvolvi e implementei intervenções no âmbito da psicoeducação e do treino em saúde mental, nomeadamente ao nível da adesão ao regime terapêutico, do treino de preparação e gestão da medicação e da capacitação para a gestão de situações de agravamento da sintomatologia psicótica, através do uso de técnicas de distração (Apêndice XX).

Implementei ainda, a intervenção psicoterapêutica Treino Metacognitivo (Apêndice XIX), com o objetivo de promover o insight do utente relativamente à sua doença e de facilitar respostas adaptativas que contribuam para a recuperação da sua saúde mental. A intervenção foi estruturada em 5 sessões com base no programa original do Treino MetaCognitivo de (Moritz et al., 2014; Ishikawa et al., 2019): na sessão 0 foram aplicados instrumentos de avaliação (Escala de Insight de Marková e Berrios, validada para a população portuguesa por Vanelli et al. (2010) e PSYRATS (Psychotic Symptom Rating Scales) validada para a população portuguesa por Telles-Correia, et al., (2017); na sessão 1 foi realizado o “Modulo 1 – Atribuição: culpar e atribuir o crédito a si próprio”; na sessão 2 o “Modulo 2– Saltar para as conclusões”; na sessão 3 o “Modulo 3– Mudar crenças” e na sessão 4 o “Módulo 5 – Memória”.

Recorri ainda a técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que possibilitaram à pessoa e ao grupo a libertação de tensões emocionais e a vivência de experiências gratificantes, nomeadamente através da intervenção especializada Promoção da Esperança (Apêndice XXI), estruturada em nove sessões. Esta intervenção seguiu o “Guia Prático Promotor da Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada” de Querido & Dixe (2011) abordando os seguintes módulos: “Recursos e ameaças à esperança”, “Relembrar memórias de esperança do passado”, “Viver melhor o presente” e “Planear o futuro”.

Paralelamente, e tendo em conta o Plano Individual de Intervenção de Reabilitação Psicossocial do utente, desenvolvi o Treino de competências ao nível das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), de forma oportuna e contínua, através de uma intervenção objetiva, estruturada e focalizada, alicerçada no modelo de Intervenção Breve.

As atividades desenvolvidas no âmbito do treino de competências e do treino de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), nomeadamente: ocupação diária, cuidado do espaço pessoal e de uso comum, tratamento de roupas, confeção de refeições e gestão financeira; permitiram-me refletir sobre a relevância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) nos processos de *recovery* (recuperação) e *empowerment* (empoderamento), com vista à reabilitação psicossocial, traduzindo-se em repercussões positivas inequívocas na autonomização, funcionalidade e qualidade de vida dos utentes.

As técnicas utilizadas neste tipo de treino permitiram-me desenvolver competências enquanto EESMP, destacando-se o *role play* (representação de papéis), o reforço positivo, o feedback e a modelação.

As principais dificuldades vivenciadas relacionaram-se com a necessidade de implementar estas intervenções junto de um grupo de 12 pessoas, com diferentes níveis de necessidade de autonomização, o que tornou desafiante a sua execução simultânea de forma eficaz e ajustada a todos.

Neste EC, a intervenção na qual experienciei maiores dificuldades foi o treino metacognitivo, devido à minha experiência ainda reduzida neste tipo de abordagem. Apesar do desafio, considero que se revelou particularmente relevante para o utente, promovendo melhorias ao nível do *insight*. Esta intervenção assumiu especial importância, dado que outras abordagens previamente implementadas tinham produzido resultados limitados.

Relativamente à intervenção psicoterapêutica e socioterapêutica de Promoção da Esperança, considero que constitui um dos pontos fortes deste ensino clínico. Em primeiro lugar, porque faz-me muito sentido trabalhar a esperança nestes contextos de reabilitação, e, em segundo lugar, porque senti maior entusiasmo e motivação na condução das atividades grupais propostas, o que permitiu obter melhores resultados.

Os diferentes EC constituíram experiências profundamente enriquecedoras, tanto ao nível da aprendizagem como na aquisição de competências de intervenção especializada em ESMP. A vivência de distintas dinâmicas de trabalho e a integração em várias equipas multidisciplinares permitiram ampliar a compreensão dos modelos de atuação em contexto clínico. Este contacto diversificado contribuiu significativamente para uma visão mais sólida e abrangente das práticas profissionais, facilitando, assim, a incorporação de novas perspetivas e abordagens fundamentais para a intervenção na área da saúde mental.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Após a análise crítico-reflexiva da prática clínica, constata-se que, ao longo do percurso realizado neste mestrado, foram adquiridas e consolidadas competências tanto ao nível de especialista como de mestre. Estas competências contribuíram para a prestação de cuidados de excelência, sustentados em modelos teóricos sólidos e na evidência científica mais atualizada, reforçando a qualidade e a consistência da prática profissional.

O grau de mestre, segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, é conferido aos profissionais que demonstrem:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
- i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.” (p. 4162).

Assim, e no sentido de melhorar competências pessoais e profissionais (especialista e mestre) surgiu a oportunidade de participar nas seguintes formações e eventos científicos:

A participação nos Seminários de “Escrita Científica”, realizado a 5 de maio de 2025; “Revisão da Literatura”, a 19 de maio de 2025, Aula Aberta: “Histórias que cuidam: o lugar da narrativa na bioética” a 24-10-2024; e Workshop: “Scopus + Scopus AI: referências, citações e a nova pesquisa em linguagem natural” (Anexo IX), realizado no dia 4 de março de 2026, todos eles dinamizados em formato online pela Escola Superior de Saúde de Leiria, constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento de competências ao nível de Mestre. Os conteúdos abordados revelaram-se de elevada aplicabilidade, fornecendo ferramentas essenciais para a elaboração rigorosa e fundamentada de trabalhos científicos.

Mais recentemente, a 26 de fevereiro de 2026, participei no workshop da Ordem dos Enfermeiros: “Como fazer uma comunicação oral – 1º Encontro de Investigação e Inovação” (Anexo X), reforçando competências de comunicação científica e contribuindo para o meu desenvolvimento enquanto Mestre em Enfermagem.

Também tive a oportunidade de participar nos seguintes eventos:

- 1) III Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Convergência(s) em Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Leiria no dia 14 e 15 de março (Anexo II):
 - a) Participação em coautoria de uma comunicação livre: “A recolha de imagem como dilema ético” resultante de um trabalho reflexivo acerca de um dilema ético da prática de cuidados de enfermagem, no âmbito da Unidade Curricular de Ética e Deontologia em Enfermagem.
 - b) Participação como formanda tendo adquirido conhecimentos relativos às temáticas sobre

dignidade e autonomia da pessoa com necessidade de cuidados em saúde mental, terapias de terceira geração e a reorganização dos cuidados de saúde mental, assim como, a partilha e discussão de trabalhos académicos.

- 2) Congresso Nacional De Prestadores De Cuidados Continuados Integrados De Saúde Mental da Casa de saúde rainha Santa Isabel – Condeixa a Nova , no dia 16 de maio de 2025:
 - a) Participação como formanda, tendo adquirido conhecimentos relativos ao processo de referenciação para a RNCCISM, e sobre o trabalho desenvolvido pelas várias tipologias de cuidados continuados integrados em saúde mental (Anexo III).
- 3) IV Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental – Cuidar Com(o) Essência da Casa de Saúde Rainha Santa Isabel – Condeixa a nova, nos dias 22 e 23 de janeiro de 2026 (Anexo I):
 - a) Participação em coautoria de uma comunicação livre: “Promoção da Esperança”, para divulgação dos resultados de uma intervenção especializada em ESMP, desenvolvida no EC III.
 - b) Participação como formanda, tendo adquirido conhecimentos em áreas como: a espiritualidade no cuidar, a sexualidade em internamentos prolongados e o papel da inteligência artificial no cuidar.
- 4) Workshop: “Treino de competências sociais com a pessoa com perturbação de uso de Álcool”, no dia 22 de maio em formato online, dinamizado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros dos Comportamentos Aditivos
 - a) Participação como formanda, tendo aumentado conhecimentos sobre a estratégias de recusa ao consumo, treinar respostas assertivas para situações de pressão social, identificar gatilhos sociais e desenvolver planos de ação (Anexo IV).
- 5) Webinar - Tertúlia – “A investigação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica” da Ordem dos Enfermeiros, no dia 25 e 26 de novembro de 2025:
 - a) Participação como formanda, tendo adquirido conhecimentos relativos aos desafios e constrangimentos da investigação em Enfermagem de SMP, a importância da investigação primária, tanto qualitativa como quantitativa e a relevância da investigação secundária, com especial enfoque nas revisões (Anexo V).
- 6) III Encontro de Supervisão Clínica em Enfermagem, realizado no dia 20 de fevereiro de 2026, nesta Escola Superior de Saúde:
 - a) Participação como formanda, tendo adquirido conhecimentos sobre: boas praticas do processo supervisão clínica e competência comunicacional e relacional no processo supervisoivo (Anexo VII).
- 7) Seminário Internacional: “Os sentidos na humanização dos cuidados: porque cuidar é compreender, escutar e sentir”, realizado no dia 19 de fevereiro de 2026, no Teatro Cine de Pombal:
 - a) Participação como formanda, tendo adquirido conhecimentos sobre a importância dos sentidos no processo do cuidar (ambiente snoezelen) e conhecimento de realidades/experiencias internacionais neste contexto (Anexo VIII).

- 8) III Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Convergência(s) em Saúde Mental da Escola Superior de Saúde de Leiria a realizar no dia 17 e 18 de abril 2026:
- a) Participação como elemento da comissão organizadora deste evento científico;
 - b) Moderação da Mesa 1: “Caminhos que cuidam”, do referido evento
 - c) Participação de uma comunicação livre: “Promoção da autoestima nos utentes com PUA” resultados do PMCQCE.

PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: “PROMOÇÃO DA AUTOESTIMA NOS UTENTES COM PERTURBAÇÃO DE USO DE ÁLCOOL”

Os Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) constituem um exercício teórico-prático que promove a reflexão crítica e a estruturação de intervenções orientadas para a otimização dos cuidados prestados. Estes projetos permitem identificar necessidades e dificuldades emergentes na prática clínica, bem como analisar a eficácia das estratégias implementadas, contribuindo assim para o desenvolvimento sustentado da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro especialista, tem competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, desempenhando um papel importante na análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, na avaliação da qualidade dos cuidados, e partindo dos resultados, na implementação de Programas de Melhoria Contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No âmbito da Unidade Curricular Investigação em Enfermagem, integrada no 1.º semestre do 1.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (ESSLei), foi proposto o desenvolvimento de um PMCQCE. Este projeto foi implementado no contexto profissional onde desempenho funções, e os respetivos resultados são agora parte integrante do presente relatório final de mestrado.

1. FASE PLAN

1.1. Identificar o Problema:

Numa unidade de internamento de psiquiatria de uma ULS da Região Centro, são internados para tratamento utentes com uma patologia psiquiátrica, e em simultâneo, perturbação pelo uso de álcool (PUA), substâncias e/ou jogo patológico.

Assim, nesta unidade de internamento, o tratamento do utente integra não só a problemática aditiva, como também a comorbilidade psiquiátrica existente, exigindo intervenções diferenciadas das várias áreas disciplinares (médica, enfermagem, serviço social, terapia ocupacional).

As PUA constituem, pela sua prevalência e transversalidade, um problema de saúde pública grave, com um impacto social e económico significativo, motivos pelos quais importa investir na abordagem e tratamento desta patologia (WHO,2024).

No contexto da prática profissional de enfermagem nesta unidade de psiquiatria, com utentes com PUA, foi identificado o seguinte problema: A baixa autoestima nos utentes com perturbação do uso de álcool, e a ausência de uma intervenção especializada nesta área.

Estudos efetuados, correlacionam uma baixa autoestima com o aumento do consumo de álcool (Brandão & Silva, 2012; Lemes, et. al, 2021; Maldonado et, al, 2008; Zhai et al.,2015), e constataam que a implementação de uma intervenção especializada nesta área, pode aumentar a autoestima e consequentemente a abstinência alcoólica (Oldroyd et al.,2025; Schick et al.,2020; van den Berg et al., 2026). Estes resultados ajudam a compreender de que forma a autoestima se articula com o comportamento aditivo, abrindo caminho para uma análise mais aprofundada do seu papel no ciclo da dependência.

A literatura científica, descreve a baixa autoestima como um fenómeno que atua simultaneamente como fator de risco e como consequência do consumo problemático de álcool, emergindo sentimentos de inadequação, culpa e vergonha que perpetuam o ciclo de dependência (Beattie & Longabaugh, 1999; Luoma et al., 2012). Assim, a promoção da autoestima assume-se como uma intervenção fundamental, na medida em que o reforço do valor pessoal e da autoeficácia sustenta a motivação para a mudança, favorece a autorregulação emocional e reduz o risco de recaída (Khazaee-Pool et al., 2025; Mruk, 2013).

Face a estes achados, e considerando a presença desta problemática na unidade de internamento de psiquiatria, torna-se pertinente implementar uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) dirigida a utentes com Perturbação por Uso de Álcool (PUA) e baixa autoestima, promovendo ganhos em saúde mental e um padrão de funcionamento mais saudável e livre de consumos.

Este problema, está centrado no utente e na prática de cuidados. Os focos de enfermagem em causa (Autoestima e Uso de Álcool) fazem parte da taxonomia CIPE - Classificação Internacional Prática de Enfermagem, mas não fazem parte do resumo mínimo de *core* de focos em enfermagem.

O problema identificado encontra-se também, inserido no enquadramento conceptual e enunciados descritivos do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da melhoria da qualidade e do desenvolvimento de aprendizagem profissionais (Regulamento nº140, 2019) e nos enunciados descritivos dos Padrões da qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental: a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a adaptação, o bem estar e autocuidado, a redução do estigma e promoção da inclusão social (Regulamento nº356, 2015).

1.2. Perceber o Problema:

Para perceber o problema, foi necessário realizar uma revisão bibliográfica para conhecer a prevalência/dimensão do mesmo, em Portugal e noutros contextos, e quais as intervenções com evidência científica de sucesso. Para tal foi efetuada pesquisa usando as palavras mesh: self-esteem, self concept, Psychotherapy, nurs*, Alcoholism e adult.

As bases de dados usadas para a pesquisa foram a EBSCO, PubMed e Scopus, foram consultadas fontes de estudos não publicados/literatura cinzenta, incluindo RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto a Portugal, e documentos oficiais emitidos pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2023), Organização mundial da saúde (OMS, 2024) e Resolução de Conselho de Ministros (2023).

O álcool, é das substâncias psicoativas mais consumidas no mundo e aquela que provoca mais danos para a saúde pública, tendo em conta as suas propriedades psicoativas, tóxicas e causadoras de dependência. Globalmente estima-se que 400 milhões de pessoas ou 7% da população mundial, vivem com transtornos relacionados com o consumo de álcool, sendo a Europa um dos continentes mais afetados (OMS, 2024).

Também em Portugal, o álcool é a substância psicoativa mais consumida, transversal a grupos etários, género, regiões ou classes sociais, ainda que os padrões de consumo possam variar em função destes segmentos populacionais. (Resolução de Conselho de Ministros ,2023)

Segundo o relatório do SICAD (2023), apesar do aumento da abstinência na população portuguesa geral, entre 2017 e 2022, não houve melhorias na maioria dos indicadores. Diminuiu a idade média de início de consumos, mas aumentou o consumo recente e atual de álcool. A embriaguez severa, o consumo de risco elevado e a dependência, tem vindo a aumentar desde 2012 e quase quadruplicou em dez anos. Sabe-se que 3,5% da população de 15-74 anos apresenta um consumo de abuso ou dependência de álcool, sendo nos 15-34 anos de 2,7%. Este é mais prevalente nos homens, embora com menores diferenças nos mais jovens. As prevalências do consumo de abuso ou dependência de álcool são mais elevados nos grupos etários entre os 35 anos e 64 anos.

A OMS (2024) refere-se ao alcoolismo como “um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de álcool, tipicamente associado a diferentes sintomas” (p.11)

De acordo com o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2013) a Perturbação por abuso de álcool – PUA é definida como um padrão de consumo de álcool prejudicial, que conduz a uma debilitação do estado de saúde e sofrimento clinicamente significativo, caracterizando-se pela presença de 2 ou mais sintomas pelo período de 12 meses.

Os internamentos por problemas relacionados com o uso de álcool em Unidades de Alcoologia/Unidades de Desabituação aumentaram pelo segundo ano consecutivo (+20% face a 2021), após o decréscimo relevante em 2020 e a tendência de estabilidade entre 2017-19, embora os valores ainda se mantenham aquém dos pré-pandémicos (SICAD, 2023).

Na rede pública de tratamento dos comportamentos aditivos e dependências, estiveram 13 827 utentes inscritos como utentes com problemas relacionados com o uso de álcool, e com pelo menos um evento assistencial em 2022. Dos 4 867 que iniciaram tratamento em 2022, 1 546 eram utentes readmitidos e 3 321 novos utentes, ou seja, que recorreram pela primeira vez às estruturas desta rede (SICAD, 2023).

A autoestima é um conceito extremamente estudado e, associado aos comportamentos aditivos. Como tal, são diversas as formas de o descrever. Segundo Rosenberg (1965) é uma atitude positiva ou negativa que o indivíduo apresenta em relação a si próprio. Este conceito representa a capacidade que um indivíduo tem de confiar em si próprio, de se sentir capaz de poder enfrentar os desafios da vida, expressando de forma adequada para si e para os outros as próprias capacidades, necessidade e desejos.

Segundo Townsend (2011), a autoestima é parte de um conceito mais abrangente – o autoconceito – constituído pela tríade autoestima, identidade pessoal e imagem corporal, e refere-se ao grau de consideração que a pessoa tem por si própria, pelas suas decisões e capacidades.

O desenvolvimento da autoestima tem início na infância, e influencia amplamente as relações estabelecidas ao longo da vida, bem como a capacidade de enfrentar e resolver problemas. Neste sentido, a autoestima constitui um foco de atenção particularmente relevante no domínio da Enfermagem, dada a sua implicação no bem-estar e na adaptação psicossocial da pessoa (Nunes, 2018).

Tradicionalmente, este conceito, tem sido definido como um constructo unidimensional, mas evidências recentes de Schick et al. (2020) sugerem uma estrutura bidimensional crucial: a autoestima intrapessoal (vinda de fontes intrínsecas, como "eu gosto de mim") e a autoestima interpessoal (vinda de fontes extrínsecas, como "os outros gostam de mim"). Esta distinção é essencial, porque a autoestima nem sempre é universalmente protetora. Enquanto níveis elevados de autoestima global estão associados a menor ansiedade e depressão, a baixa autoestima está ligada a estratégias de *coping* ineficazes e ao aumento do consumo de bebidas alcólicas. Particularmente, a baixa autoestima atua como um moderador que potencia o consumo por motivos de integração em grupos (beber para se integrar ou "para pertencer"), enquanto indivíduos com maior autoestima são mais propensos a utilizar estratégias de proteção comportamental (Schick et al., 2022).

Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K (2004), acrescentam, que níveis diminuídos de autovalorização, podem desenvolver uma série de perturbações mentais e problemas sociais, como a anorexia nervosa, bulimia, violência, abuso de substâncias e comportamentos de alto risco.

Por outro lado, o estudo de Van den Berg et al., (2026), demonstra que indivíduos com elevada autoestima, apresentam menor ansiedade social, menos sintomas de depressão e maior capacidade de interação social.

Vários investigadores, têm correlacionado a baixa autoestima com o aumento do consumo de álcool, sugerindo que intervenções especializadas nesta área podem contribuir para a melhoria da abstinência alcoólica. A investigação de Khazaei-Pool et al. (2025) identifica a baixa autoestima, a solidão e a falta de suporte social como preditores críticos do consumo de bebidas alcólicas.

Schick et al. (2022), realizaram um estudo com 196 estudantes universitárias, e verificaram que, nas que apresentam uma baixa autoestima, o desejo de integração social leva a um consumo significativamente maior. O estudo sugere que o reforço da autoestima pode reduzir o consumo ao diminuir a necessidade de beber para ser aceite socialmente.

Em Portugal, foi efetuado um estudo (Brandão & Silva, 2012), a um grupo de doentes alcóolicos e com nível baixo de autoestima, aos quais foi aplicada uma intervenção psicoterapêutica. Os autores observaram melhorias significativas nos níveis de autoestima e diminuição craving.

Resultados semelhantes foram encontrados na China, onde Zhai et al. (2015) numa amostra de 5689 consumidores de álcool, identificaram uma forte relação entre a baixa autoestima, o consumo de álcool e estratégias de coping ineficazes, reforçando para importância de uma intervenção especializada nesta área.

No México, Maldonado et al. (2008) analisaram a autoestima e autoeficácia em adolescentes, tendo verificado a existência de uma correlação significativa entre o consumo de álcool, tabaco e autoestima. Os resultados mostraram que o aumento da autoestima estava associado à diminuição do consumo de bebidas alcoólicas.

No Brasil, um estudo realizado por Lemes et al. (2021), num grupo de consumidores de substâncias psicoativas, com implementação de uma Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na autoestima e na autoeficácia, foram observadas melhoria da autoestima e autoeficácia, bem como redução dos padrões de consumo.

Tendo em conta estes achados, torna-se evidente que a autoestima é um foco de enfermagem prevalente nas perturbações por abuso de álcool. Assim, justifica-se a implementação de intervenções especializadas (psicoterapêutica, socioterapêutica, psicossocial ou psicoeducacional) na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, com o objetivo de promover a recuperação da saúde mental e a adoção de padrões de funcionamento mais saudáveis e livres de consumo.

A intervenção psicoterapêutica de Enfermagem consiste na aplicação intencional e fundamentada de técnicas psicoterapêuticas, tendo por base os seguintes princípios: é estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; é realizada por um enfermeiro especialista em ESMP; é uma intervenção baseada em um ou mais referenciais teóricos de Psicoterapia; é decorrente da identificação de um diagnóstico de enfermagem no âmbito da saúde mental; é uma intervenção na qual o utente tem um papel ativo; tem várias sessões; tem na sua base a relação terapêutica e comunicação interpessoal e tem como objetivo a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo (Sampaio, Sequeira, & Lluch Canut, 2018).

Teixeira, A & Sampaio, F. (2019) desenvolveram um catálogo de intervenções CIPE para o foco de enfermagem “Autoestima”, utilizando como método uma Scoping Review. Para o diagnóstico baixa autoestima, e após a análise dos artigos selecionados, propuseram 29 intervenções de enfermagem: Promover a autoestima; Encorajar o cliente a identificar as suas forças; Reforçar as forças pessoais identificadas; Encorajar o cliente a falar de si mesmo, no sentido de verbalizar afirmações positivas; Providenciar experiências que permitam aumentar a autonomia do cliente; assistir o cliente na identificação de respostas positivas por parte dos outros; Transmitir confiança na capacidade do cliente para lidar com a situação; Assistir o cliente a lidar com o bullying ou as provocações; Transmitir confiança na capacidade do cliente para lidar com a situação; Assistir o cliente na definição de metas realistas que permitam aumentar a autoestima; Assistir o cliente a reavaliar as perceções negativas sobre si; encorajar o aumento da responsabilidade por si; Explorar sucessos prévios; Encorajar o cliente a avaliar o seu próprio comportamento; Encorajar o cliente a aceitar novos desafios; Recompensar ou elogiar os progressos do cliente em relação às suas metas; Facilitar um ambiente e o envolvimento em atividades que permitam aumentar a autoestima; Realizar verbalizações positivas acerca do cliente; Providenciar apoio emocional; Planear reestruturação cognitiva; Executar reestruturação cognitiva; Assistir na modificação de comportamento; Planear aconselhamento; Executar aconselhamento; Planear Terapia pela reminiscência; Executar Terapia pela reminiscência; Incentivar o cliente a fazer exercício físico; Planear terapia de grupo; Executar terapia de grupo e Orientar para terapia com grupo de apoio.

Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (Sampaio et al., 2023), para o diagnóstico de enfermagem baixa autoestima, o enfermeiro especialista em ESMP, deve realizar como intervenção principal, as intervenções psicoterapêuticas NIC “Melhoria do coping” e “Melhoria da autoestima”. Adicionalmente pode realizar uma ou mais das seguintes intervenções: Treino da assertividade, Reestruturação cognitiva, Aconselhamento, Intervenção em crise, Facilitação do processo de pensar e Melhoria da socialização.

Considerando todas estas propostas de intervenção especializada, para a baixa autoestima, pretende-se estruturar uma intervenção especializada que melhore o foco autoestima, e consequentemente traga ganhos em termos de abstinência dos consumos de álcool, nos utentes com PUA.

O tratamento dos indivíduos com problemas de álcool e outras comorbilidades psiquiátricas, tem uma relação custo/benefício efetiva. O uso nocivo de álcool tem um grande impacto nos sistemas de saúde e de segurança social, e acarreta custos elevados ao sistema de justiça e no que respeita à ordem e segurança públicas. (Resolução do Conselho de Ministros n.º 115, 2023).

Os indivíduos com dependência de álcool, bem como os que apresentam comorbilidade médica, ou psiquiátrica, devem por isso beneficiar de tratamentos mais individualizados, ministrados por profissionais especializados com intervenções cada vez mais especializadas, em unidades de tratamento específicas.

1.3. Perceber as causas:

Castro et al., em 2020 publicaram uma revisão de literatura que sintetiza os principais fatores etiológicos da baixa autoestima, bem como os sinais/sintomas mais comuns. Os autores destacam que as causas da baixa autoestima estão intimamente relacionadas com as vivências e características individuais, identificando fatores como: a ausência de apoio social, a falta de suporte emocional, a alteração da imagem corporal, o estigma, o perfeccionismo irrealista, os eventos stressantes, o humor deprimido, os problemas familiares e as dificuldades económicas.

No contexto da perturbação por uso de álcool (PUA), a etiologia da baixa autoestima resulta da interação entre fatores genéticos (30-60% da variação) e fatores ambientais (Van den Berg et al., 2026). A origem e a estrutura da autoestima do indivíduo constituem elementos determinantes no risco de consumo. Schick et al. (2020) evidenciaram que uma autoestima assente em fontes predominantemente interpessoais, como a necessidade de aprovação pelos pares, se associa positivamente ao consumo de álcool e a problemas relacionados, funcionando como fator de risco em vez de proteção.

Entre os fatores psicossociais adicionais, destaca-se a solidão, que aumenta o craving e diminui a autoeficácia para a abstinência (Khazaee-Pool et al., 2025). O estigma e o processo de rejeição da identidade de “alcoólico” (frequentemente utilizado como forma de proteger a autoimagem), constituem igualmente barreiras ao tratamento, promovendo uma perceção irrealista de controlo e uma sobreconfiança na própria força de vontade (Oldroyd et al., 2025).

Para perceber as causas, para além da consulta da revisão da literatura, também são utilizadas técnicas de análise de causa e efeito, e métodos de *brainstorming*² que nos permitem enquadrar localmente o problema, junto das equipas (OE, 2013).

Foi feito um questionário (Apêndice XXII) à equipa de enfermagem da unidade de internamento de psiquiatria, para perceber se o problema identificado neste projeto, era importante para a prática de cuidados.

A análise das respostas dos enfermeiros evidenciou uma perceção muito clara sobre a relevância do foco Autoestima nos utentes internados com perturbação de uso de álcool. A esmagadora maioria dos profissionais (94%) considera este foco extremamente importante, enquanto os restantes 6% o classificam como bastante

² O brainstorming é uma técnica colaborativa utilizada para gerar ideias, identificar problemas e construir soluções em equipa, promovendo a participação ativa, o pensamento crítico e a melhoria contínua dos cuidados (Nóbrega et al., 1997)

importante, revelando um consenso quase absoluto quanto à sua pertinência na prática clínica. Apesar desta valorização, apenas 12,5% dos enfermeiros referiram já ter realizado intervenções de enfermagem especializadas dirigidas à autoestima, nomeadamente técnicas de resolução de problemas e comunicação assertiva, contrastando com os 87,5% que afirmaram nunca ter desenvolvido este tipo de intervenção. Esta discrepância evidencia que o reconhecimento da importância do foco não se traduz, ainda, numa prática de cuidados no contexto clínico. Ainda assim, todos os enfermeiros (100%) consideram importante implementar uma intervenção especializada para melhorar a autoestima destes utentes, o que demonstra abertura e motivação para integrar novas abordagens terapêuticas na prática.

Relativamente ao impacto esperado na abstinência dos consumos, 56% dos profissionais acreditam que uma intervenção focada na autoestima poderá contribuir totalmente para ganhos na abstinência, enquanto 44% consideram que poderá contribuir em parte.

Perante os resultados obtidos, verifica-se que o problema é pertinente para a prática de cuidados, e considera-se importante a realização de uma intervenção especializada para a baixa autoestima, com ganhos para a abstinência de consumos.

Após análise do problema, com recurso a técnica de análise de causa e efeito, apresento a seguinte proposta do Diagrama de Ishikawa.

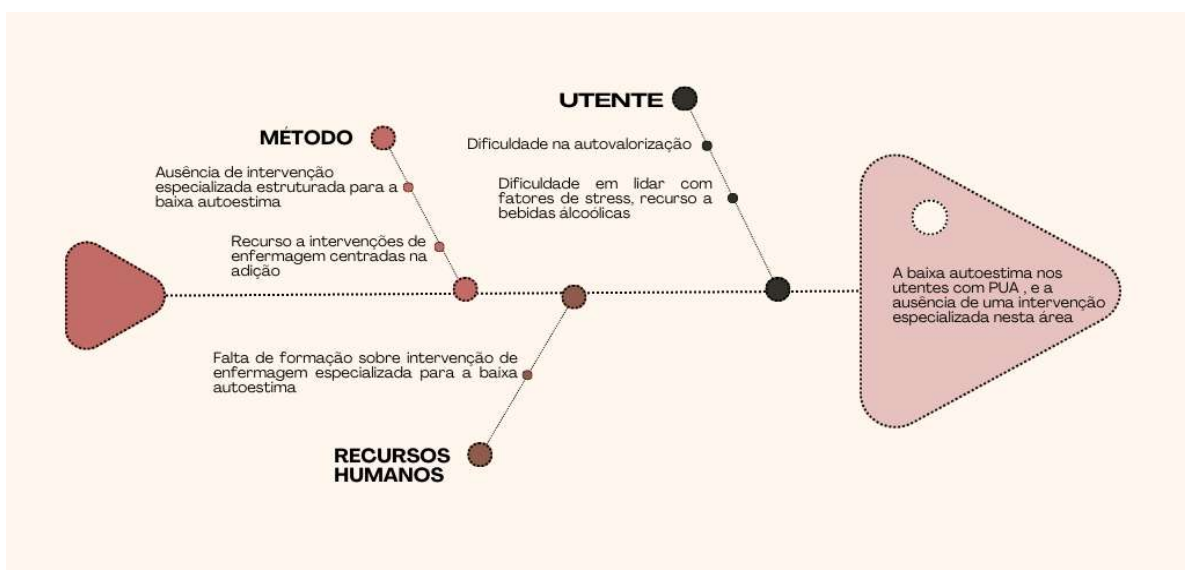


Figura 2 Diagrama de Ishikawa

1.4. Checklist de Heather Palmer

O PMCQCE “Promoção da Autoestima nos Utentes com Perturbação de Uso de Álcool” fundamenta-se na necessidade de otimizar a assistência prestada num contexto de internamento de psiquiatria, focando-se num problema identificado na prática clínica: a baixa autoestima em utentes com Perturbação do Uso de Álcool (PUA) e a ausência de uma intervenção de enfermagem estruturada para este foco.

A relevância desta problemática foi fundamentada através da pesquisa da evidência científica, e complementada pela sessão de brainstorming com a equipa de enfermagem, bem como pela elaboração de um diagrama de análise de causa-efeito. Este processo participativo resultou num consenso absoluto, a

considerar fundamental a implementação de uma intervenção de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) para melhorar a autoestima dos utentes.

A Checklist de Heather Palmer é aplicada como um instrumento fundamental para estruturar e monitorizar a qualidade da intervenção. O projeto foca-se na dimensão da adequação técnica científica, utilizando evidência e técnicas específicas para otimizar os cuidados aos utentes internados na Unidade de Psiquiatria que apresentam diagnósticos de "PUA" e "Baixa Autoestima".

A avaliação delineada na checklist baseia-se em dados de resultado, que visam demonstrar as mudanças efetivas no estado de saúde dos utentes após serem submetidos à intervenção especializada. A fonte primordial de informação é o processo clínico eletrónico (SClinico), onde são confirmados os diagnósticos e registados os scores das escalas aplicadas. Trata-se de uma avaliação interna e concorrente, realizada pela própria autora do projeto durante o período de internamento dos utentes.

Os critérios de avaliação definidos são de natureza explícita e normativa. Estes incluem a obrigatoriedade de apresentar e validar a intervenção especializada junto da equipa de enfermagem em contexto de formação em serviço (Apêndice XXIII), a garantia de que a intervenção é aplicada a todos os utentes elegíveis (salvaguardando as situações que se enquadrem nos critérios de exclusão).

1.5. Objetivos:

Geral:

- ✓ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados a pessoas com Baixa Autoestima e Perturbação do Uso de Álcool, através de uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Específicos:

- ✓ Avaliar os índices de autoestima e consumo de álcool.
- ✓ Estruturar uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para o diagnóstico: Baixa Autoestima e Perturbação de Uso de Álcool.
- ✓ Implementar a intervenção especializada aos utentes com baixa autoestima e perturbação de uso de álcool
- ✓ Avaliar os resultados da intervenção especializada na autoestima dos utentes com perturbação de uso de álcool.

1.6. Metodologia:

O método adotado neste estudo é o método exploratório, enquadrado na abordagem de Investigação-Ação, uma metodologia amplamente reconhecida pela sua natureza participativa e orientada para a mudança. De acordo com Reason e Bradbury (2013), a Investigação-Ação constitui um processo colaborativo que procura, simultaneamente, compreender uma realidade e promover mudanças significativas no contexto em que ocorre. Nesta abordagem, o investigador analisa uma situação concreta, formula questões pertinentes e desenvolve estratégias com o objetivo de resolver um problema vivido pelos participantes, articulando investigação e intervenção.

De acordo com Reason e Bradbury (2013), esta abordagem assume que o conhecimento é produzido com os participantes e não apenas sobre eles, valorizando a participação ativa e a reflexão crítica. Nesta perspetiva colaborativa e reflexiva, o método implica que o investigador explore uma situação real, formulando questões orientadas para a compreensão do problema e para a construção de respostas adequadas. Este processo possibilita a produção de conhecimento situado e relevante para uma realidade específica, incentiva a inovação em cada caso, promove mudanças efetivas e contribui para o desenvolvimento de competências nos intervenientes, através da sua participação ativa.

A escolha desta metodologia para este PMQCE, revelou-se particularmente adequada para trabalhar o foco de enfermagem autoestima, uma vez que se prevê favorecer processos de mudança pessoal, reforçar capacidades e envolver os participantes na construção das soluções.

Este projeto de investigação integra ainda métodos quantitativos para a análise dos resultados obtidos, de forma a complementar a dimensão interventiva, com dados objetivos que permitam avaliar o impacto das ações desenvolvidas.

POPULAÇÃO: é de base institucional, constituída pelos utentes adultos internados num serviço de psiquiatria.

AMOSTRA: é intencional, selecionada com base em critérios previamente definidos

Critérios de Inclusão:

Utentes internados numa unidade de psiquiatria com diagnóstico de enfermagem de Abuso de Álcool e Baixa autoestima, com capacidade de ler e escrever a língua portuguesa e que autorizem a sua participação no estudo com assinatura do consentimento informado.

Critérios de Exclusão:

Utentes com alteração da orientação espaço-temporal, que se encontrem em síndrome de privação e com alterações do pensamento, senso-perceção e do comportamento (dados consultados no processo eletrónico)

Utentes com domínio exclusivo de língua estrangeira;

Utentes sem capacidade de ler e escrever;

1.6.1. Colheita De Dados

Foi feita pela autora do projeto, entre dezembro 2025 e fevereiro de 2026, num serviço de internamento de psiquiatria, após obter o consentimento informado dos participantes em estudo.

No início do projeto (sessão 0) foi feita a recolha de dados, através de aplicação de formulário ao participante: dados sociodemográficos, para caracterização da amostra no seu todo (sexo, idade, estado civil) e dados sociofamiliares (onde vive, com quem vive). Também foram recolhidos dados do processo de enfermagem, no padrão de documentação Sclinico, relativos ao nº de internamentos anteriores na neste serviço de internamento, e relativos aos diagnósticos de enfermagem Baixa Autoestima e Abuso de álcool, consultando os scores das escalas de autoestima de Rosenberg e do consumo de álcool (Audit C).

No final da implementação da intervenção especializada em ESMP, procedeu-se a uma nova recolha de dados, recorrendo à aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg e de um inquérito de satisfação. Ambos os

instrumentos foram disponibilizados em formato papel e preenchidos individualmente pelos participantes, garantindo que as respostas refletiam exclusivamente a sua perceção, sem qualquer influência do investigador.

1.6.2. Instrumentos Do Estudo:

Foram utilizados os seguintes instrumentos (Anexo XI):

Formulário de caracterização socio demográfica, criado pela autora, para caracterização da amostra no seu todo, sem que haja identificação dos participantes. Este formulário recolhe dados relativos ao sexo, idade, estado civil, onde vive (em casa própria, em casa de familiares, numa instituição, ou em condição sem-teto), com quem vive (sozinho, com familiares, pessoas que desconhece ou com amigos/conhecidos), e nº de internamentos anteriores na Unidade de Psiquiatria. A aplicação do formulário está prevista para 5 minutos.

Escala de Rosenberg (presente no padrão de documentação de enfermagem - Sclinico) - versão portuguesa, analisada e validada por Santos & Maia (2003). Esta escala é constituída por 10 itens, sendo 5 deles de orientação positiva e os restantes 5 de orientação negativa. Os itens de orientação negativa são o 2, 5, 6, 8 e 9. Cada item, tem quatro opções de resposta (4=concordo fortemente, 3=concordo, 2=discordo, 1=discordo fortemente). A cotação dos itens de orientação negativa é invertida. A escala permite obter resultados que variam entre 10 e 40 pontos. Assim, pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais altos de autoestima.

O valor da consistência interna, avaliada com o alfa de Cronbach, foi de 0,86, valor que se situa acima do padrão recomendado (0,80) por Nunnally e Bernstein (1994). A estabilidade dos resultados entre duas aplicações da escala, com intervalo de duas semanas, avaliada com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson foi de 0,90 (Santos & Maia, 2003).

A aplicação desta escala tem um tempo previsto de 5 minutos.

Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test), versão Portuguesa (Cardoso, et al., 2021), integrada no padrão de documentação de enfermagem do Sclinico (Audit C). A AUDIT é um instrumento de rastreio do consumo excessivo do álcool, desenvolvido pela OMS. A versão AUDIT C (WHO, 2001) é um questionário composto 3 perguntas, que caracteriza o padrão de consumo de álcool, para homens e mulheres. Cada pergunta tem 5 opções de respostas, com pontuações de 0 a 4. A pontuação geral é obtida a partir da soma de pontos, podendo variar de 0 a 12. Quanto maior a pontuação, maior a gravidade do padrão de consumo.

O valor da consistência interna, avaliada com o alfa de Cronbach foi de 0,86, e a estabilidade dos resultados entre duas aplicações da escala, com intervalo de 45 dias, avaliada com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson foi de 0,94 (Santos et al., 2012).

A aplicação deste questionário tem uma duração prevista de 5 minutos.

Inquérito de satisfação, criado pela autora, para aplicar aos participantes, no final da intervenção especializada. Este inquérito tem seis questões de resposta fechada, cada uma com 5 opções de respostas do tipo likert, e tem uma questão de resposta aberta. A resposta a este inquérito de satisfação tem prevista a duração de 5 minutos.

1.6.3 Tratamento De Dados

Os dados recolhidos no início e no final da intervenção, foram tratados com recurso ao IBM® SPSS® (versão 31.0), recorrendo a estatística descritiva com medidas de tendência central (média, mediana, moda) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). Para avaliar a distribuição das variáveis, foi aplicado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, e tendendo aos resultados obtidos, recorreu-se ao teste estatístico não paramétrico de comparação para amostras emparelhadas (Wilcoxon).

1.6.4. Procedimentos, Questões Formais E Éticas

Previamente à implementação do projeto foi dado a conhecer à equipa de enfermagem, o programa de intervenção (Apêndice XXIII), em contexto de formação em serviço.

De forma a proceder-se à realização do presente estudo, foi solicitada a autorização formal à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde, tendo sido emitido parecer favorável (Anexo XII).

Após a autorização formal, procedeu-se à recolha dos participantes pela investigadora principal, mediante os critérios estabelecidos sendo solicitado consentimento informado aos participantes de forma escrita (Apêndice XXIV).

Os dados recolhidos durante o projeto, foram organizados e armazenados pela Autora/Investigadora principal, no computador do serviço, no seu perfil profissional, protegido por palavra passe. O acesso aos dados permaneceu, portanto, restrito exclusivamente à investigadora principal. Os consentimentos informados, bem como os questionários preenchidos pelos utentes, foram arquivados em dossier próprio e guardados no armário pessoal/privado da investigadora, devidamente fechado à chave, tal como todos os materiais resultantes das sessões.

O período de conservação dos dados será de um ano. Findo esse prazo, os dados digitais serão eliminados e todos os documentos em formato físico serão destruídos, garantindo o cumprimento das normas éticas e de proteção de dados aplicáveis.

2. FASE DO:

2.1. Enquadramento Com Referenciais Teóricos De Enfermagem:

Silva e Graveto (2008) salientam que os modelos teóricos de enfermagem constituem um alicerce fundamental para o crescimento da profissão, permitindo orientar a prática e conferir-lhe coerência, intencionalidade e direção. Para estes autores, mais importante do que o modelo específico adotado é a sua utilização consistente por todos os intervenientes no processo de cuidar (enfermeiro, pessoa e família) de modo a obter ganhos em saúde e assegurar que a intervenção se desenvolva com objetivos comuns e partilhados. A adoção de um modelo teórico não se limita, assim, a uma escolha conceptual, mas traduz-se numa forma de estruturar o pensamento clínico, organizar a intervenção e promover uma prática reflexiva e fundamentada.

Este PMQCE, é sustentado pela Teoria dos Sistemas de Betty Neuman e pela Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard E. Peplau.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman constitui um modelo conceptual particularmente adequado para orientar intervenções especializadas, como a “Promoção da autoestima em pessoas com Perturbação de Uso de Álcool (PUA)”, uma vez que integra uma visão holística da pessoa e dos múltiplos fatores de stress que influenciam a sua estabilidade (Tomey & Alligood, 2004).

Neuman, considera a pessoa (cliente) como um sistema aberto, dinâmico e em constante interação com o ambiente. Este sistema integra cinco variáveis fundamentais: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, que operam simultaneamente e influenciam a forma como a pessoa responde aos fatores de stress (Neuman, 1995; Aylward, 2010). A autoestima, enquanto variável psicológica e sociocultural da pessoa, condiciona a reação aos fatores de stress, nomeadamente na capacidade de resolver problemas e tomar decisões. Para além disso, a autoestima integra a estrutura do ego da pessoa, fazendo parte da estrutura básica do cliente, onde se organizam os recursos essenciais para a sobrevivência e estabilidade do sistema (Freese, 2004).

Os fatores de stress, são outro conceito fundamental da Teoria de Neuman, estando classificados como: intrapessoais, extrapessoais ou interpessoais (Freese, 2004). Durante a intervenção especializada, a baixa autoestima foi abordada como um fator de stress intrapessoal e o abuso de álcool como fator extrapessoal. Ambos os fatores fragilizaram a estrutura básica do utente, provocando o desequilíbrio no sistema, razão pela qual estão em tratamento no internamento no serviço de psiquiatria.

Para proteger a estrutura básica destes fatores de stress, Neuman descreve três tipos de linhas de defesa concêntricas que constituem mecanismos de proteção da estrutura básica e da integridade da pessoa, e que devem ser alvo da intervenção do EESMP. Estas linhas de defesa são: a linha de defesa normal, linha de defesa flexível e linha de resistência (Aylward, 2010).

A intervenção de enfermagem, é definida como intencional, orientada para reter, atingir e manter a estabilidade do sistema e organiza-se em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária (Neuman, 1995). A intervenção “Promoção da Autoestima em utentes com PUA” enquadra-se na prevenção secundária, pois os utentes já apresentaram a reação aos stressores (o consumo abusivo e a baixa autoestima). As atividades desenvolvidas ao longo das sessões, visaram mobilizar os recursos internos para restaurar a estabilidade do sistema e fortalecer as suas linhas de resistência contra futuras recaídas.

No contexto deste PMQCE, e à luz do Modelo de Neuman, Promover a autoestima em utentes com PUA, significa fortalecer a estrutura básica, melhorar a linha de defesa normal e reduzir a vulnerabilidade aos stressores identificados. Assim, a intervenção especializada em ESMP, fundamentada neste modelo, contribui para a recuperação global da pessoa com PUA, promovendo estabilidade, bem-estar e capacidade de mudança.

A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau foi também considerada, neste PMQCE, de forma complementar ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman, uma vez que ambas se articulam de modo particularmente eficaz na compreensão e intervenção junto da pessoa com Baixa autoestima e Perturbação de Uso de Álcool.

Este modelo, constitui um marco na Enfermagem de Saúde Mental, ao colocar a relação terapêutica como instrumento terapêutico no processo de cuidar e ao compreender a enfermagem como um processo interpessoal, terapêutico, significativo e educativo (Pinheiro et al., 2019).

Para Peplau (1990), a pessoa é um ser relacional, dinâmico e em desenvolvimento contínuo, que procura reduzir a ansiedade e satisfazer necessidades internas e interpessoais. O ambiente é constituído pelas forças

externas — físicas, sociais e relacionais — que influenciam o desenvolvimento da pessoa, e a saúde um processo de crescimento pessoal e de desenvolvimento da personalidade, diretamente ligada à capacidade da pessoa de desenvolver relações interpessoais satisfatórias, gerir a ansiedade e utilizar estratégias adaptativas.

A intervenção de enfermagem, segundo Peplau, concretiza-se através da relação terapêutica, desenvolvida em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução (Peplau, 1990).

Na fase de orientação, ocorre o primeiro encontro entre duas pessoas desconhecidas — o investigador e o utente. No contexto da intervenção especializada, este momento inicial é essencial para estabelecer a relação de ajuda. É aqui que se acolhe a pessoa sem julgamento, se valida e valoriza a sua experiência, se garante a confidencialidade e se esclarece o propósito da intervenção. Ao criar um ambiente seguro e de confiança, ficam reunidas as primeiras condições para iniciar o programa de intervenção.

Na fase de identificação, “o cliente pode idealizar o enfermeiro como uma figura, símbolo ou representação [...] cabe ao enfermeiro trabalhar com essa representação” (Pinheiro et al., 2019, p. 66). Esta dinâmica permite explorar padrões relacionais, história da dependência, ambivalência e sentimentos de culpa ou vergonha associados ao consumo.

Na fase de exploração, o cliente começa a atuar de forma mais autónoma. Este é o momento privilegiado para trabalhar as diferentes dimensões da autoestima — autoimagem, autoconfiança e autoaceitação — ajudando a pessoa a reconhecer as suas capacidades, recursos e possibilidades de mudança.

Por fim, na fase de resolução, reforça-se a autonomia do utente através da integração das aprendizagens e competências desenvolvidas ao longo do processo. Nesta etapa, consolida-se a importância da autoestima como fator protetor da saúde mental, bem como o papel ativo do utente na manutenção desse equilíbrio. É também o momento em que a pessoa se prepara para dar continuidade ao seu projeto de vida em abstinência, com maior confiança em si própria e nas suas decisões (Pinheiro et al., 2019).

Ao longo destas fases, o enfermeiro assume diferentes papéis terapêuticos descritos por Peplau (1990), como o de estranho (acolhimento inicial sem julgamento), pessoa-recurso (fornecendo informação clara sobre a doença, o tratamento e o impacto da autoestima na saúde mental), educador (ensinando estratégias de promoção da autoestima), líder (facilitando a definição de objetivos terapêuticos e promovendo a participação ativa da pessoa) e substituto.

Entre estes papéis, destaca-se o subpapel de assessor/counseling, que “demanda a aplicação de técnicas de comunicação terapêutica avançadas [...] possibilitando a integração de conteúdos” (Pinheiro et al., 2019, p. 67). Neste papel, e ao longo da intervenção especializada, o enfermeiro ajuda a pessoa a explorar e compreender as suas experiências, a reconhecer emoções, pensamentos e comportamentos, e a reconstruir uma narrativa de si mais coerente e menos autodepreciativa — processo central na promoção da autoestima.

Como referem os autores, “valorizar o uso consciente da dinâmica relacional é dar oportunidade ao paciente de falar sobre si mesmo e tomar consciência do que está a ser dito” (Pinheiro et al., 2019, p. 65). É precisamente neste espaço de partilha, escuta ativa e reflexão conjunta que a autoestima pode ser trabalhada de forma profunda e terapêutica.

Neste sentido, a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau oferece um enquadramento robusto para a intervenção especializada em ESMP. Através das fases da relação terapêutica e dos papéis assumidos pelo enfermeiro, torna-se possível criar um ambiente seguro, promover autoconhecimento, trabalhar emoções,

desenvolver competências e reforçar a autoestima, contribuindo para que a pessoa com PUA se perceba como alguém com valor, capaz de decidir, de se relacionar e de construir um projeto de vida para além do álcool.

Ambas as teorias, embora distintas na sua estrutura conceptual, convergem na compreensão da pessoa como um ser complexo, influenciado por múltiplas variáveis e profundamente marcado pelas interações com o ambiente. Neuman oferece uma visão holística e sistémica da pessoa, enfatizando a dinâmica entre stressores, linhas de defesa e estabilidade do sistema, e por outro lado, Peplau aprofunda a dimensão relacional, centrando-se na interação terapêutica como instrumento fundamental para promover crescimento, autonomia e mudança. Assim, enquanto Neuman permite identificar e compreender os fatores que fragilizam o equilíbrio do sistema (a baixa autoestima e consumo de álcool), Peplau fornece o enquadramento necessário para intervir diretamente sobre esses fatores através da relação terapêutica, da comunicação e dos papéis assumidos pelo enfermeiro. A articulação entre ambas as teorias enriquece, a prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo que a intervenção seja simultaneamente estruturada, compreensiva e profundamente holística, integrando a análise dos sistemas com a força transformadora da relação interpessoal.

2.2. Intervenção Especializada:

A implementação da intervenção de enfermagem especializada (Apêndice XXV), foi realizada individualmente em 4 sessões de 45 minutos (agendadas previamente com o participante). A intervenção teve uma abordagem psicoterapêutica, recorrendo à técnica de mediação Artístico-Expressiva, utilizando mediadores como o desenho, a escrita e a leitura ao longo das quatro sessões.

Esta intervenção teve por base o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, desenvolvido por Sampaio, Sequeira e Lluç Canut (2018). Estes autores definem a intervenção psicoterapêutica de enfermagem como “uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial [...] baseada em um ou mais racionais teóricos”, na qual o utente tem um papel ativo. Assente na relação terapêutica e na comunicação interpessoal, esta abordagem tem como objetivo a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente, através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.

Neste sentido, a intervenção realizada, integrou uma dimensão vivencial e relacional que permitiu ao participante aceder a conteúdos internos, atribuir significado às suas experiências e mobilizar recursos pessoais para aumentar a sua autoestima.

As sessões organizaram-se com enfoque na autoestima, que constituiu o foco da intervenção de enfermagem, integrando as dimensões: autoimagem, autoconfiança e autoaceitação. A exploração destas dimensões, sustentada pela literatura científica e pela evidência empírica recolhida, foi determinante para orientar a intervenção e favorecer mudanças significativas na forma como o participante percecionava a sua própria identidade e valor pessoal.

Para garantir a sustentabilidade da intervenção, tornou-se necessário clarificar a especificidade de cada uma destas dimensões, aprofundando o modo como contribuem para a construção e fortalecimento da autoestima.

A autoestima constitui um dos pilares da Saúde Mental. Rosenberg (1965) define-a como a avaliação global que o indivíduo faz do seu próprio valor, integrando sentimentos de competência e de valor. Branden (1995) acrescenta que a autoestima assenta em dois componentes fundamentais: o sentimento de eficácia pessoal e o sentimento de valor intrínseco.

A relevância deste constructo para a saúde mental é amplamente suportada pela literatura científica. Uma meta-análise de Sowislo e Orth (2013) mostrou que a baixa autoestima atua como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade, com base no modelo de vulnerabilidade — segundo o qual uma percepção negativa de si mesmo predispõe o indivíduo a perturbações afetivas — em contraste com o modelo de “cicatriz”, que defende que é a depressão que desgasta a autoestima ao longo do tempo.

Em consonância com estes resultados, o estudo longitudinal de Orth et al. (2012) verificou que níveis elevados de autoestima se associam a maior satisfação com a vida, melhor ajustamento social e menor envolvimento em comportamentos desadaptativos, como o consumo abusivo de álcool.

A autoimagem, por sua vez, refere-se à percepção subjetiva que o indivíduo tem do seu corpo, aparência e características pessoais. Cash e Pruzinsky (2002) descrevem-na como uma construção cognitivo-afetiva que integra crenças, emoções e atitudes sobre o próprio corpo, influenciada por fatores socioculturais, experiências interpessoais e processos de comparação social. A investigação tem demonstrado que a autoimagem desempenha um papel determinante na autoestima. Grogan (2016) identificou que a insatisfação com a imagem corporal é um dos preditores mais consistentes de baixa autoestima, especialmente em adolescentes e jovens adultos.

A autoconfiança, entendida como a crença nas próprias capacidades para agir, decidir e enfrentar desafios, é conceptualizada por Bandura (1997) através do constructo de autoeficácia. Esta crença influencia diretamente a motivação, a persistência e o desempenho em múltiplos domínios da vida. A evidência empírica confirma a sua importância: Luszczynska et al. (2005), num estudo realizado em 25 países, concluíram que a autoconfiança é um preditor robusto de comportamentos de saúde e de ajustamento emocional, independentemente do contexto cultural. Pajares (2001) demonstrou ainda que níveis elevados de autoconfiança se associam a melhor desempenho académico e maior capacidade de resolução de problemas.

A autoaceitação constitui outra dimensão estruturante da autoestima, contribuindo para a sua estabilidade e fortalecimento. Rogers (1961) descreve-a como a capacidade de aceitar incondicionalmente as próprias qualidades, limitações e imperfeições, sem autocritica destrutiva. Neff (2003), no âmbito da autocompaixão, reforça que a autoaceitação envolve tratar-se com compreensão e reconhecer que a imperfeição é parte da experiência humana. Estudos empíricos sustentam esta perspetiva: Neff e Vonk (2009) demonstraram que níveis elevados de autoaceitação se associam a maior estabilidade emocional, menor autocritica e maior bem-estar psicológico.

A relação entre estes conceitos revelou-se particularmente relevante na implementação da intervenção especializada em ESMP, uma vez que cada sessão foi estruturada para trabalhar dimensões específicas da autoestima, fazendo uso da técnica da mediação artístico-expressiva.

Na **primeira sessão**, dedicada ao tema **“Eu e a minha Autoestima”**, explorou-se o conceito de autoestima enquanto dimensão global, permitindo ao participante reconhecer os seus pilares fundamentais — autoimagem, autoconfiança e autoaceitação. Através do desenho simbólico da sua autoestima, o participante pôde representar visualmente as áreas mais fragilizadas, facilitando a tomada de consciência da sua autoestima e preparando o terreno para o trabalho terapêutico subsequente.

Intervenções de enfermagem (CIPE/NIC):

- Estabelecer Relação terapêutica
- Executar Intervenção Psicoterapêutica: Promover autoestima

- Executar Técnica de Mediação Artístico Expressiva (mediador expressivo - desenho). Abordar e esclarecer as dimensões Autoestima, Autoimagem, Autoconfiança e Autoaceitação; Reforçar a importância da Autoestima para a Saúde Mental.

Atividades propostas:

É sugerido ao utente que represente sob a forma de desenho, pintura ou construção/estrutura a sua Autoestima (um símbolo que represente a autoestima e que simbolize proteção da saúde mental). Depois é sugerido que nesse símbolo identifique 3 áreas distintas com: Autoimagem, Autoconfiança e Autoaceitação. Deve ter em conta que as áreas mais desenvolvidas são maiores, e as menos importantes ou aquelas em que tem maior dificuldade são menores.

- Encorajar o utente a descrever a sua criação artística;
- Ajudar a identificar as áreas/pilares (Autoestima), mais afetadas(os);
- Encorajar para melhorar essas áreas, e trabalhá-las noutras sessões;
- Reforçar a importância da autoestima, como fator protetor para a saúde mental
- Esclarecer os conceitos: Autoestima/Autoimagem/Autoconfiança/Autoaceitação
- Ritual de encerramento: Leitura de frase de Autoajuda; fornecer cartão com pensamento, para ler e guardar até à próxima sessão

A **segunda sessão**, intitulada *“O meu espelho”*, centrou-se na autoimagem, promovendo uma reflexão aprofundada sobre a forma como o participante percebe o seu corpo e a sua imagem corporal. A atividade artística permitiu externalizar essa percepção através do desenho, funcionando como mediador expressivo para aceder a conteúdos internos relacionados com a forma como se vê. Paralelamente, a intervenção abordou a relação entre autoimagem e autocuidado, incentivando a adoção de práticas que reforçam uma percepção mais positiva de si. Cash (2012) refere que uma autoimagem positiva favorece comportamentos de autocuidado. Em sentido inverso, Orem (2001) sublinha que o autocuidado reforça a percepção de competência e bem-estar contribuindo para uma autoimagem mais positiva.

Intervenções de Enfermagem (CIPE/NIC):

- Estabelecer Relação terapêutica
- Executar Intervenção Psicoterapêutica: Promover a autoestima
- Executar Técnica de mediação Artístico expressiva (mediador artístico – desenho ou pintura). Explorar o conceito Autoimagem e Autocuidado. Reforçar a aquisição de estratégias de autocuidado. Assistir o utente na identificação de estratégias de autocuidado.

Atividades propostas:

É sugerido ao utente que represente sob a forma de desenho ou pintura a sua autoimagem.

- Encorajar o utente a descrever a sua criação artística;
- Ajudar a identificar os aspetos físicos que gostaria de melhorar;
- Explorar estratégias de autocuidado, que possam melhorar a autoimagem;
- Ensinar sobre a importância do Autocuidado e Autoimagem, para melhorar a Autoestima.
- Ritual de encerramento: Leitura de frase de Autoajuda; fornecer cartão com pensamento, para ler e guardar até à próxima sessão

Na **terceira sessão**, *“Eu sou e tenho valor”*, o foco deslocou-se para a autoconfiança e a autovalorização. A escrita de uma lista de qualidades pessoais permitiu ao participante identificar recursos internos frequentemente desvalorizados, promovendo uma maior consciência das suas capacidades. A exploração

verbal dessas qualidades, associada ao reforço positivo, contribuiu para fortalecer a percepção de competência e o sentimento de valor pessoal, elementos essenciais para a construção de uma autoestima elevada. Nesta sessão integrou-se também a atividade do *pote da autoestima*, na qual o participante retirou do pote afirmações positivas sobre si, previamente escritas por outros participantes, permitindo-lhe contactar com uma visão externa de reconhecimento e valorização, e reforçar a interiorização dos seus atributos pessoais positivos. A autoconfiança e a autovalorização reforçam-se mutuamente: Bandura (1997) demonstrou que o sucesso em tarefas aumenta a autoconfiança, o que, por sua vez, potencia a percepção de valor pessoal; Judge et al. (2002) identificaram que autoconfiança e autovalorização integram um núcleo comum de bem-estar mental, influenciando o desempenho, a motivação e o ajustamento emocional.

Intervenções de Enfermagem (CIPE/NIC):

- Estabelecer Relação terapêutica
- Executar Intervenção Psicoterapêutica: Promover a autoestima
- Executar Técnica de mediação Artístico expressiva (mediador artístico - escrita) Explorar a Autovalorização e autoconfiança

Atividades propostas:

É sugerido ao utente que escreva uma lista de 5 aspetos positivos/qualidades pessoais

- Encorajar o utente a falar sobre as suas qualidades;
- Explorar com o utente as pessoas que reconhecem as suas qualidades;
- Ajudar a identificar outras qualidades que não estão presentes na sua lista;
- Elogiar as suas qualidades;
- Encorajar o utente a confiar nas suas capacidades e qualidades;
- Convidar o utente a retirar uma frase do “Pote da Autoestima”, e guardá-la para si, para poder relembra-la no seu dia a dia.
- Esclarecer sobre a importância da Autovalorização e Autoconfiança, para melhorar a Autoestima.
- Ritual de encerramento: Leitura de frase de Autoajuda; fornecer cartão com pensamento, para ler e guardar até à próxima sessão

Por fim, a **quarta sessão, “Sim, aceito-me”**, abordou a autoaceitação e o autorrespeito. A leitura e interpretação de um texto selecionado funcionaram como mediador expressivo para aceder a conteúdos internos relacionados com a aceitação das próprias imperfeições e com a importância de estabelecer limites saudáveis. A intervenção reforçou a ideia de que aceitar-se e respeitar-se são processos interdependentes e fundamentais para a manutenção da autoestima.

A autoaceitação e o autorrespeito constituem processos complementares que se influenciam mutuamente, contribuindo de forma significativa para o fortalecimento da autoestima. Schick et al. (2020) sugerem que a dimensão intrapessoal da autoestima (vinda de fontes intrínsecas, como "eu gosto de mim") se reflete no autorrespeito e se manifesta em comportamentos coerentes com o valor pessoal, como estabelecer limites e proteger-se de situações prejudiciais, evidenciando a sua importância na preservação do bem-estar. De forma convergente, Neff (2003) demonstra que a autoaceitação aumenta a capacidade de definir limites saudáveis, sugerindo que aceitar-se é um passo fundamental para agir em conformidade com o próprio valor. Esta relação torna-se ainda mais evidente nos trabalhos de Neff e Germer (2013), que verificaram que intervenções centradas na autocompaixão promovem maior autorrespeito, assertividade e autocuidado emocional. Assim,

aceitar-se facilita o desenvolvimento do autorrespeito, e o autorrespeito, por sua vez, reforça a aceitação de si, criando um ciclo virtuoso que sustenta e consolida a autoestima.

Intervenções de Enfermagem (CIPE/NIC):

- Estabelecer Relação terapêutica
- Executar Intervenção Psicoterapêutica: Promover a autoestima
- Executar Técnica de mediação Artístico expressiva (mediador artístico – leitura de um recurso literário)
Explorar a Autoaceitação e Autorrespeito

Atividades propostas:

É sugerido ao utente que leia um texto previamente selecionado para si (conto, letra de música). Posteriormente é solicitado que o faça em voz alta.

- Encorajar o utente a interpretar o texto;
- Explorar com o utente a mensagem do texto;
- Encorajar o utente a utilizar a leitura de textos de autoajuda, como estratégia promotora da autoestima;
- Ensinar sobre a importância do Autoaceitação e Autorrespeito, para melhorar a Autoestima.
- Ritual de encerramento: Leitura de frase de Autoajuda; fornecer cartão com pensamento, para ler e guardar até à próxima sessão
- Aplicação de Escala de Autoestima de Rosenberg
- Aplicação de questionário de satisfação da intervenção

À medida que a intervenção especializada foi sendo implementada, tornou-se evidente que, para além da dimensão psicoterapêutica inicialmente prevista, emergiu também uma componente psicoeducativa, sobretudo nos momentos em que era necessário esclarecer determinados conceitos e aprofundar a compreensão do participante sobre si próprio e sobre o processo terapêutico.

A psicoeducação constitui uma forma específica de educação nas dimensões mental, psicológica, cognitiva e emocional, estando diretamente relacionada com atitudes, competências e comportamentos (Morgado, Loureiro & Rebelo Botelho, 2022). Trata-se de uma abordagem transversal, aplicável a diferentes contextos e áreas da saúde, que visa promover conhecimento, autonomia e capacidade de autorregulação.

No âmbito da intervenção desenvolvida, a psicoeducação assumiu um papel complementar e facilitador, uma vez que permitiu ao participante adquirir informação estruturada, desenvolver maior consciência de si e mobilizar recursos internos essenciais ao fortalecimento da autoestima. Este processo contribuiu para consolidar aprendizagens, apoiar a reflexão e potenciar a eficácia da intervenção psicoterapêutica.

3. FASE CHECK:

3.1. Apresentação Dos Resultados:

No seguimento da implementação do projeto de melhoria, procede-se de seguida à apresentação dos seus resultados.

Para sistematizar a informação obtida, através da aplicação do formulário, escalas e inquérito de satisfação, utilizaram-se técnicas de medida descritiva: frequência (absoluta e relativa), medidas de tendência central (média, mediana, moda) e medidas de tendência de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e máximo). Os resultados são apresentados em tabelas e gráficos, facilitando a sua leitura e análise.

A amostra foi constituída por 15 utentes (12 homens e 3 mulheres). Os dados de caracterização sociodemográfica (Tabela 1), mostram que a amostra tem uma média de idade de 50 anos, tendo o utente mais novo 19 e o mais velho 69 anos. No que diz respeito ao estado civil, observa-se a mesma prevalência entre solteiros e divorciados (6 de cada), enquanto apenas 3 são casados.

Relativamente ao nº de internamentos anteriores neste serviço de psiquiatria, os resultados mostram que a média é 1,27, sendo que a maioria (10 utentes) ou não teve nenhum internamento, ou teve apenas 1. O número máximo de internamentos teve o valor de 5, e foi reportado apenas por 1 utente.

Quanto à questão: “com quem vive?”, a maioria (10 utentes) respondeu em “casa própria”, e apenas 1 utente respondeu em “condição sem teto” e outro “numa instituição”. Para a questão: “com quem vive?”, 8 utentes responderam “Sozinho”, seguindo-se 6 utentes que responderam “com familiares” e apenas 1 com “conhecidos/amigos”.

		N	%	$\bar{x}$	Med	Mod	σ
Sexo	Masculino	12	80,0				
	Feminino	3	20,0				
Estado civil	Solteiro	6	40,0				
	Casado	3	20,0				
	Divorciado	6	40,0				
Idade (anos)	(Min 19, Máx 69)			50,07	51,00	50	15,092
Nº de internamentos anteriores	0	6	40,0	1,27	1,00	0	1,486
	1	4	26,7				
	2	2	13,3				
	3	2	13,3				
	5	1	6,7				
Onde vive	Em casa própria	10	66,7				
	Em casa de familiares	3	20,0				
	Numa instituição	1	6,7				
	Em condição sem teto	1	6,7				
Com quem vive	Sozinho	8	53,3				
	Com familiares	6	40,0				
	Com conhecidos/amigos	1	6,7				
Total		15	100				

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra

A avaliação do padrão de consumo de bebidas alcoólicas, através dos itens do AUDIT C, evidenciou níveis muito elevados de consumo em toda a amostra. Quase todos os utentes (93,3%; n=14) referiram consumir bebidas alcoólicas quatro ou mais vezes por semana, sendo que 80% (n=12) relataram ingestão diária igual ou superior

a dez bebidas por dia. Adicionalmente, 73,3% (n=11) indicaram episódios de consumo excessivo (*Binge Drinking*³) diariamente ou quase diariamente. Estes resultados traduzem-se em scores totais elevados no AUDIT, com 60% dos utentes (n=9) a apresentarem pontuação de 12 e os restantes distribuídos por scores de 8 a 11, confirmando um padrão de consumo de risco acentuado (Tabela 2).

		Frequência	Percentagem
Com que frequência consome bebidas que contém álcool?	Duas a três vezes por semana	1	6,7
	Quatro ou mais vezes por semana	14	93,3
	Total	15	100,0
Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	Três ou quatro	1	6,7
	Cinco ou seis	1	6,7
	Sete a nove	1	6,7
	Dez ou mais	12	80,0
	Total	15	100,0
Com que frequência consome bebidas alcoólicas numa única ocasião?	Pelo menos uma vez por semana	4	26,7
	Diariamente ou quase diariamente	11	73,3
AUDIT SCORE TOTAL	8,00	1	6,7
	10,00	2	13,3
	11,00	3	20,0
	12,00	9	60,0

Tabela 2: Resultados da aplicação da escala AUDIT C

A avaliação da autoestima através da aplicação da escala de Rosenberg, no momento pré intervenção, revelou que a maioria dos utentes (80%) apresentava níveis baixos de autoestima (12 utentes), enquanto apenas 3 utentes (20%) evidenciavam níveis moderados de autoestima (Tabela 3).

Após a implementação da intervenção, observou-se uma melhoria expressiva nos níveis de autoestima, sobretudo entre os utentes que inicialmente apresentavam valores mais baixos. Na avaliação pós-intervenção, verificou-se que 13 utentes passaram a apresentar níveis moderados de autoestima (86,7%), enquanto 2 utentes atingiram níveis elevados, não se registando qualquer caso de baixa autoestima (Tabela 3).

Este padrão sugere um efeito globalmente positivo da intervenção ao nível da autoestima.

	Pré intervenção		Pós intervenção	
	N	%	N	%
Baixa Autoestima	12	80,0	0	0,0
Moderada Autoestima	3	20,0	13	86,7
Elevada Autoestima	0	0,0	2	13,3
Total	15	100,0	15	100,0

Tabela 3: Resultados aplicação Escala Autoestima Rosenberg nos momentos pré e pós intervenção

³ “Binge Drinking” é uma modalidade de consumos de álcool, caracterizada pelo consumo de grandes quantidades da substância numa mesma ocasião (Terra et al., 2021)

Para verificar se as variáveis em estudo apresentavam uma distribuição normal, foram realizados testes de normalidade, cujos resultados se encontram sintetizados na Tabela 4.

A aplicação do teste de Shapiro-Wilk revelou que apenas a variável “Escala de Autoestima (total)”, tanto no momento pré-intervenção como no pós-intervenção, apresentou uma distribuição normal (Sig. > 0,05), enquanto os itens individuais que compõem a escala revelaram distribuições assimétricas, com valores de significância inferiores a 0,05. Esta discrepância justifica a opção por testes não paramétricos na análise inferencial, sobretudo para a comparação item a item, atendendo também à reduzida dimensão da amostra e ao carácter intencional da amostragem.

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.
AUDIT C Score Total	,696	15	<,001
Escala Autoestima Score Total - Pré Intervenção	,983	15	,985
Escala Autoestima Score Total - Pós intervenção	,953	15	,577
No geral estou satisfeito comigo próprio (Pré intervenção)	,561	15	<,001
Por vezes penso que não presto (Pré intervenção)	,798	15	,003
Sinto que tenho algumas boas qualidades (Pré intervenção)	,790	15	,003
Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas (Pré intervenção)	,284	15	<,001
Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio (Pré intervenção)	,790	15	,003
Por vezes sinto que sou um inútil (Pré intervenção)	,798	15	,003
Sinto que sou uma pessoa de valor (Pré intervenção)	,694	15	<,001
Gostaria de ter mais respeito por mim próprio (Pré intervenção)	,499	15	<,001
De um modo geral sinto-me um fracassado (Pré intervenção)	,561	15	<,001
Tenho uma boa opinião de mim próprio (Pré intervenção)	,413	15	<,001
No geral estou satisfeito comigo próprio (Pós intervenção)	,603	15	<,001
Por vezes pendo que não presto (Pós intervenção)	,766	15	,001
Sinto que tenho algumas boas qualidades (Pós intervenção)	,530	15	<,001
Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas (Pós intervenção)	,643	15	<,001
Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio (Pós intervenção)	,798	15	,003
Por vezes sinto que sou um inútil (Pós intervenção)	,643	15	<,001
Sinto que sou uma pessoa de valor (Pós intervenção)	,284	15	<,001
Gostaria de ter mais respeito por mim próprio (Pós intervenção)	,761	15	,001
De um modo geral sinto-me um fracassado (Pós intervenção)	,758	15	,001
Tenho uma boa opinião de mim próprio (Pós intervenção)	,734	15	<,001

Tabela 4: Resultados da aplicação de Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

Face às características da amostra e aos resultados dos testes de normalidade, recorreu-se ao teste de Wilcoxon para comparar as pontuações em cada item da Escala de Rosenberg entre os momentos pré intervenção e pós-intervenção (Tabela 6).

Em termos globais, verificou-se que, em 100% dos casos (n=15), o score total final de autoestima foi superior ao inicial (Escala Autoestima Score total - Pós intervenção > Escala Autoestima Score total - Pré intervenção), confirmando a eficácia global da intervenção.

Houve ganhos expressivos em itens como "estar satisfeito consigo próprio" (12 classificações positivas), o item invertido "Por vezes penso que não presto" (13 classificações positivas), "sinto que tenho algumas boas qualidades" (13 classificações positivas) e "ter uma boa opinião de si próprio" (13 classificações positivas).

Os itens relativos ao sentimento de ser "uma pessoa de valor", "ter respeito por si próprio" e não "se sentir um fracassado" obtiveram 11 classificações positivas cada, espelhando melhoria ao nível da autoaceitação e autorrespeito.

O item "Por vezes sinto que sou um inútil" apresentou 10 classificações positivas, enquanto o item "Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas" registou o maior número de empates (9). Este último resultado sugere que a perceção de competência comparativa pode exigir mais tempo para que os utentes reconheçam mudanças significativas.

No conjunto da escala, apenas se observaram duas classificações negativas, nos itens "sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio" e "por vezes sinto que sou um inútil".

Todas as comparações dos itens da escala apresentaram significância estatística ($p < 0,05$), e os valores de Z confirmam a magnitude da mudança positiva entre o pré e o pós-intervenção.

A análise de estatística descritiva confirma igualmente que todos os itens evidenciaram melhoria do momento pré para o pós-intervenção, reforçando a robustez dos resultados.

	Teste Wilcoxon	Estatísticas			Estatística descritiva							
		de teste	Pré intervenção				Pós intervenção					
			N	z	Sig	$\bar{x}$	Med	Mod	σ	$\bar{x}$	Med	Mod
No geral estou satisfeito comigo próprio	Classificações Negativas	0	-3,276	0,001	1,73	2,00	2	0,457	2,67	3,00	3	0,488
	Classificações Positivas	12										
	Empates	3										
Por vezes penso que não presto	Classificações Negativas	0	-3,286	0,001	1,47	1,00	1	0,516	2,67	3,00	3	0,488
	Classificações Positivas	13										
	Empates	2										
Sinto que tenho algumas boas qualidades	Classificações Negativas	0	-3,314	<0,001	1,87	2,00	2	0,639	3,00	3,00	3	0,378
	Classificações Positivas	13										
	Empates	2										
Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas	Classificações Negativas	0	-2,449	0,014	2,07	2,00	2	0,258	2,47	2,00	2	0,516
	Classificações Positivas	6										
	Empates	9										
Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio	Classificações Negativas	1	-2,496	0,013	2,14	2,00	2	0,639	2,73	2,00	2	0,704
	Classificações Positivas	9										
	Empates	5										
Por vezes sinto que sou um inútil	Classificações Negativas	1	-2,653	0,008	1,74	2,00	2	0,703	2,47	2,00	2	0,516
	Classificações Positivas	10										
	Empates	4										
Sinto que sou uma pessoa de valor	Classificações Negativas	0	-3,207	0,001	2,13	2,00	2	0,516	2,93	3,00	3	0,258
	Classificações Positivas	11										
	Empates	4										
Gostaria de ter mais respeito por mim próprio	Classificações Negativas	0	-3,207	0,001	1,80	2,00	2	0,414	2,60	3,00	2	0,632
	Classificações Positivas	11										
	Empates	4										
De um modo geral sinto-me um fracassado	Classificações Negativas	0	-3,035	0,002	1,73	2,00	2	0,457	2,73	3,00	3	0,59
	Classificações Positivas	11										
	Empates	4										
Tenho uma boa opinião de mim próprio	Classificações Negativas	0	-3,500	<0,001	1,87	2,00	2	0,352	2,80	3,00	3	0,561
	Classificações Positivas	13										
	Empates	2										
Escala Autoestima Score Total (Pós intervenção) - Escala Autoestima Score Total (Pré intervenção)	Classificações Negativas	0	-3,418	<0,001	18,53	19,00	20	2,669	27,07	27,00	27	3,411
	Classificações Positivas	15										
	Empates	0										

Tabela 5: Resultados da aplicação de teste Wilcoxon, estatísticas de teste e estatística descritiva para cada item da escala da Autoestima

O inquérito de satisfação aplicado no final da intervenção revelou um elevado nível de aceitação e perceção de benefício por parte dos utentes. Todos os participantes (100%) concordaram ou concordaram completamente que a intervenção contribuiu para aumentar a sua autoestima (Gráfico 1), em consonância com os resultados obtidos na Escala de Rosenberg, onde 100% dos utentes apresentaram um score final

superior ao inicial. No global, 86,7% dos utentes referiram sentir-se muito satisfeitos (Gráfico 2) com a sua participação (soma de “concordo” e “concordo completamente”), reforçando a exequibilidade e pertinência desta intervenção em contexto de internamento psiquiátrico.

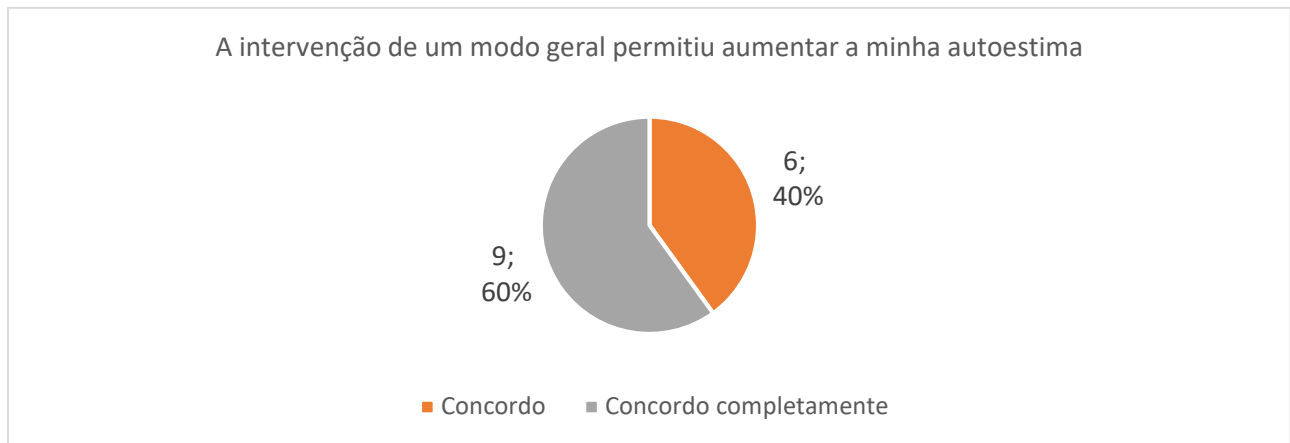


Gráfico 1: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 1 “A intervenção de um modo geral permitiu aumentar a minha autoestima”

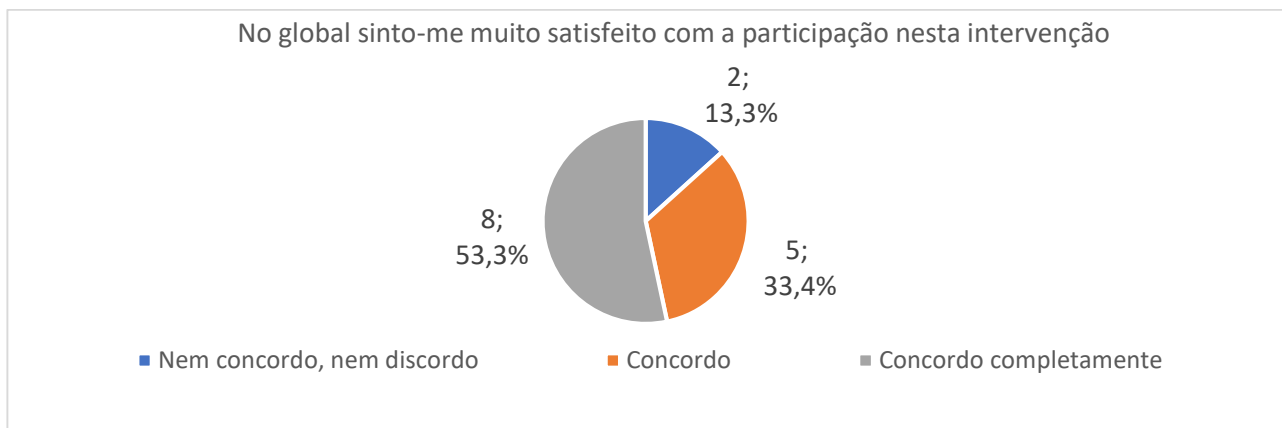


Gráfico 2: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 2 “No global sinto-me muito satisfeito com a participação nesta intervenção”

Relativamente à avaliação dos conteúdos, e à estruturação da intervenção em quatro sessões temáticas, mostrou-se ajustada às necessidades da população-alvo. A maioria dos utentes considerou os temas (autoimagem, autoconfiança, autovalorização e autoaceitação) muito interessantes (Gráfico 3), sendo que 86,7% concordaram completamente que estes correspondiam às suas necessidades. A abordagem utilizada, de natureza psicoterapêutica e artístico-expressiva, foi percecionada como adequada às suas capacidades, o que sugere uma boa adaptação dos materiais e da metodologia (Gráfico 4). Embora 93,3% tenham considerado a duração global da intervenção adequada (Gráfico 5), 13,3% discordaram que o número de atividades fosse suficiente (Gráfico 6), indiciando a possibilidade de rever o número de sessões e/ou reforçar os momentos de treino experiencial em futuras implementações.



Gráfico 3: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 3 "Os temas abordados corresponderam aos meus interesses"

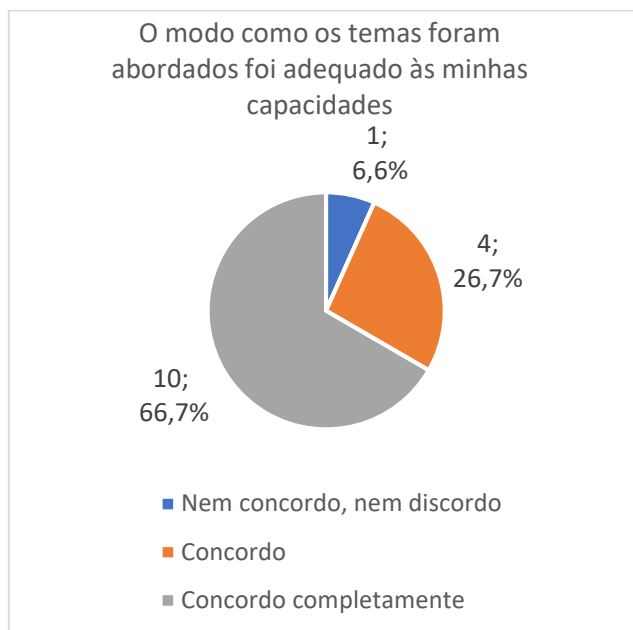


Gráfico 4: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 4 "O modo como os temas foram abordados foi adequado às minhas capacidades"

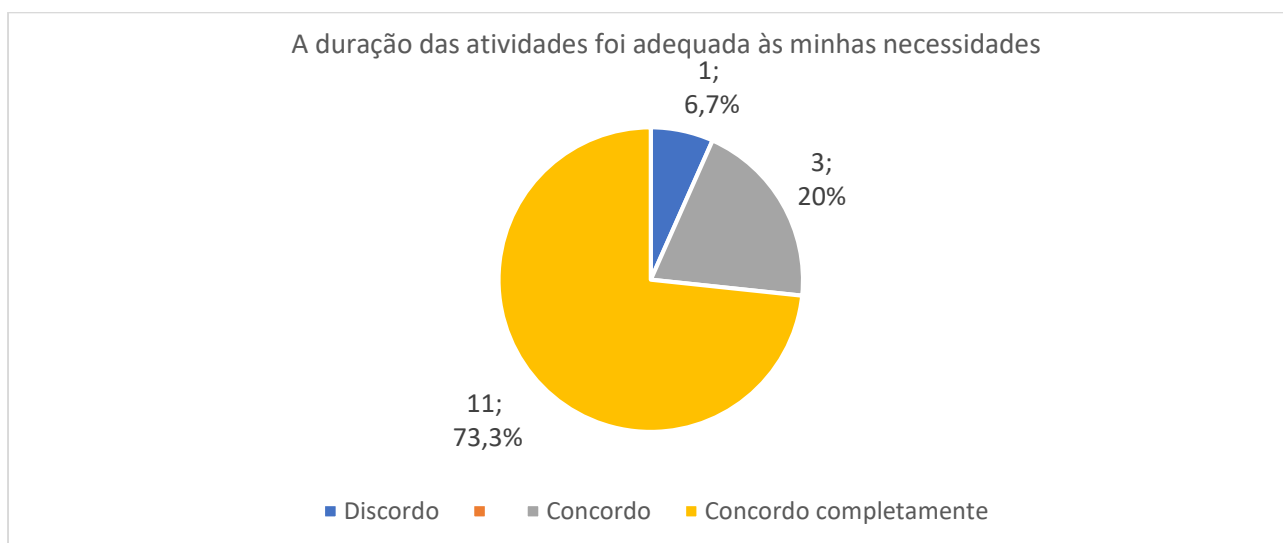


Gráfico 5: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 5 "A duração das atividades foi adequada às minhas necessidades"

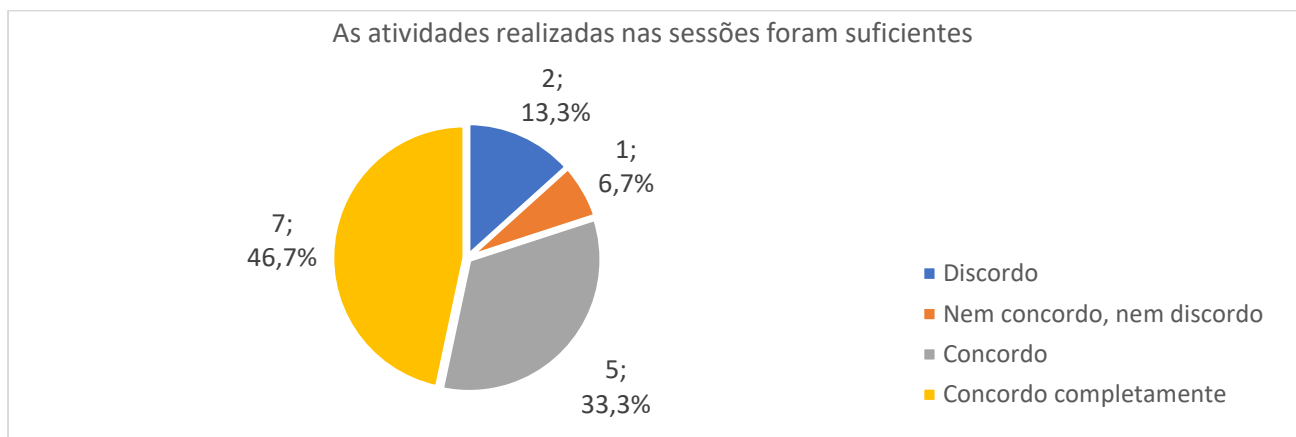


Gráfico 6: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 6 "As atividades realizadas nas sessões foram suficientes"

No domínio dos recursos mobilizados, a relação estabelecida entre o enfermeiro/investigador e os participantes emergiu como um fator determinante, com 73,3% dos utentes a concordar totalmente que esta foi essencial para o sucesso da intervenção (Gráfico 7). Este resultado é coerente com a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, que conceptualiza a relação terapêutica como base para qualquer intervenção em saúde mental. O desempenho dos papéis de "pessoa-recurso" e "conselheiro" permitiu criar um ambiente seguro, facilitador da exploração de experiências pessoais relacionadas com a autoestima.

Os recursos materiais foram considerados adequados por 60% dos utentes (Gráfico 8), e 86,7% avaliaram positivamente as instalações e condições disponibilizadas (Gráfico 9), sugerindo um enquadramento físico globalmente favorável à intervenção.

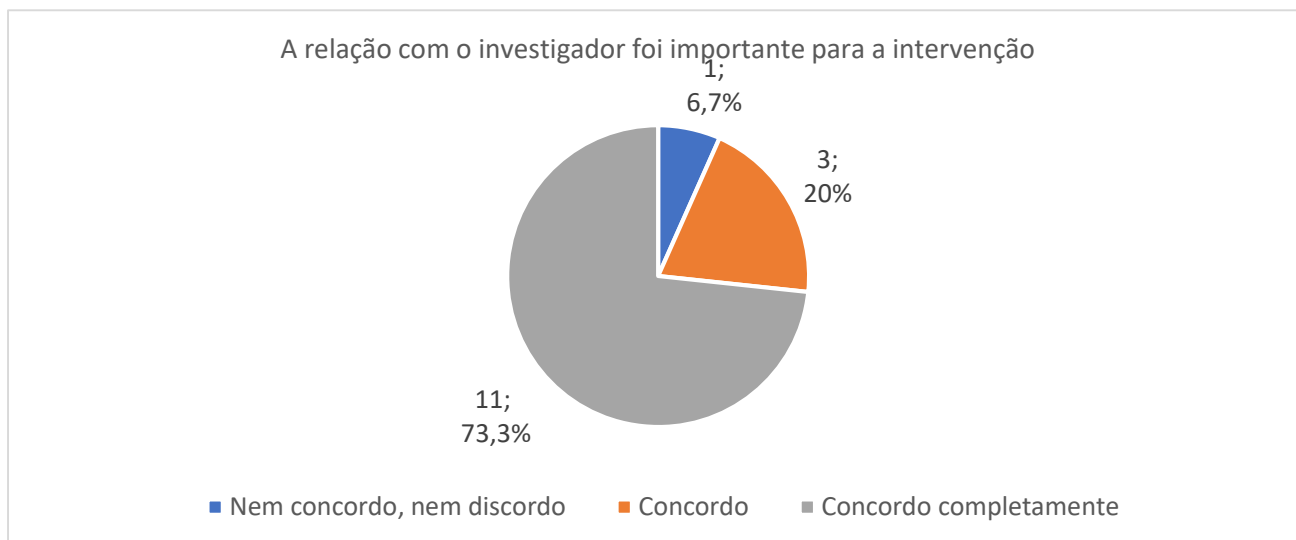


Gráfico 7: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 7 "A relação com o investigador foi importante para a intervenção"

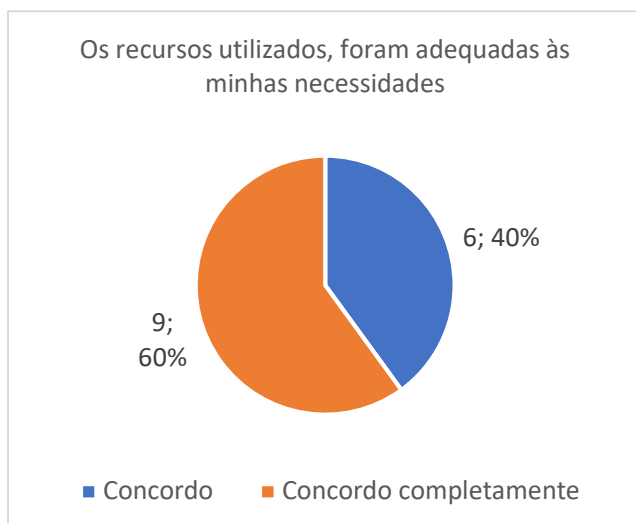


Gráfico 8: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 8 "Os recursos utilizados, foram adequadas às minhas necessidades"

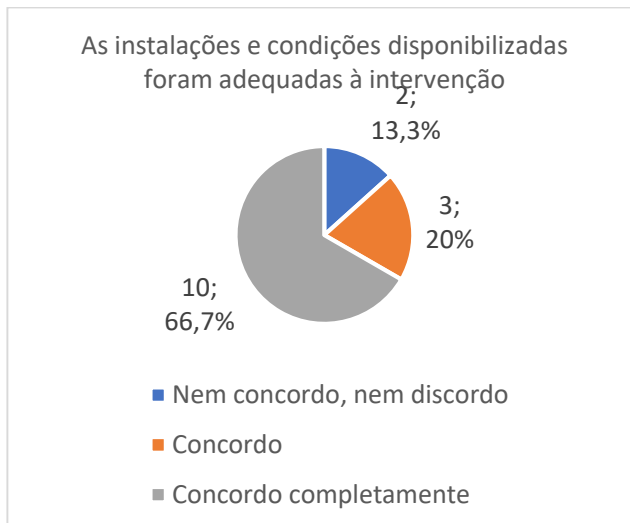


Gráfico 9: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 9 "As instalações e condições disponibilizadas foram adequadas à intervenção"

Relativamente à participação dos utentes na intervenção, a maioria (66,7%) referiu ter-se sentido motivada durante as sessões, indicando um envolvimento positivo ao longo do processo (Gráfico 10). De igual modo, para a maioria dos participantes (60%), a intervenção superou as suas expectativas, reforçando a perceção de utilidade e pertinência das atividades desenvolvidas (Gráfico 11).

Registaram-se apenas dois casos isolados: um utente referiu não se ter sentido motivado durante a intervenção (Gráfico 10) e outro indicou que a sua participação não superou as expectativas (Gráfico 11).

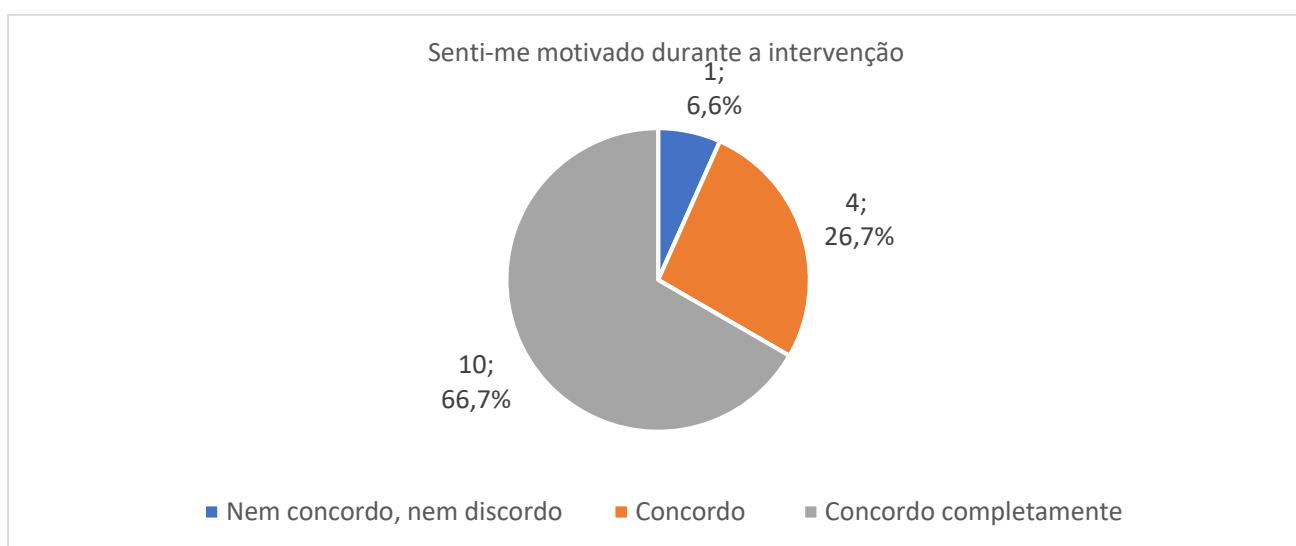


Gráfico 10: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 10 "Senti-me motivado durante a intervenção"

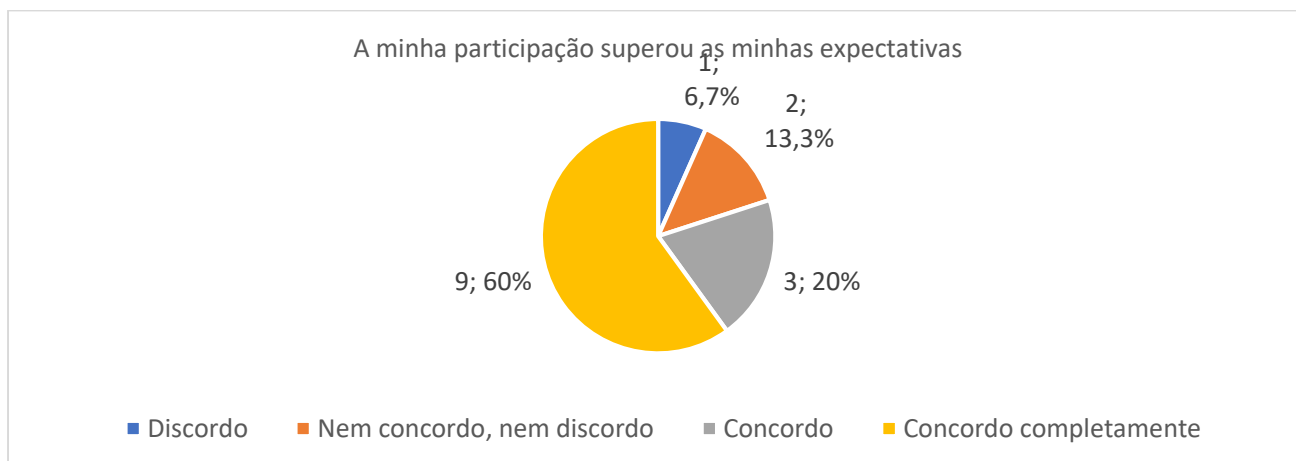


Gráfico 11: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 11 "A minha participação superou as minhas expectativas"

Os dados do inquérito refletiram ainda ganhos subjetivos ao nível das dimensões trabalhadas. Na Autovalorização, 86,7% dos utentes referiram conseguir agora reconhecer qualidades positivas em si e dizer coisas positivas a seu respeito (Gráfico 12 e 15), o que se articula diretamente com as atividades da terceira sessão ("Eu sou e tenho valor"), nomeadamente a elaboração da lista de qualidades e a dinâmica do "pote da autoestima".

Quanto à Autoconfiança, a maioria dos participantes afirmaram ter aumentado a confiança em si (Gráfico 13). Ao nível da Autoimagem, a totalidade dos utentes indicou melhorias na forma como se vê, confirmando a relevância das intervenções da segunda sessão ("O meu espelho"), centrada na reconstrução de uma autoimagem mais positiva (Gráfico 14).

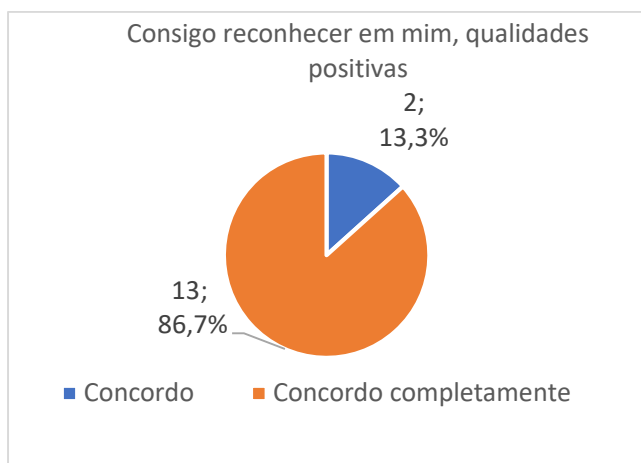


Gráfico 12: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 12 "Consigo reconhecer em mim, qualidades positivas"

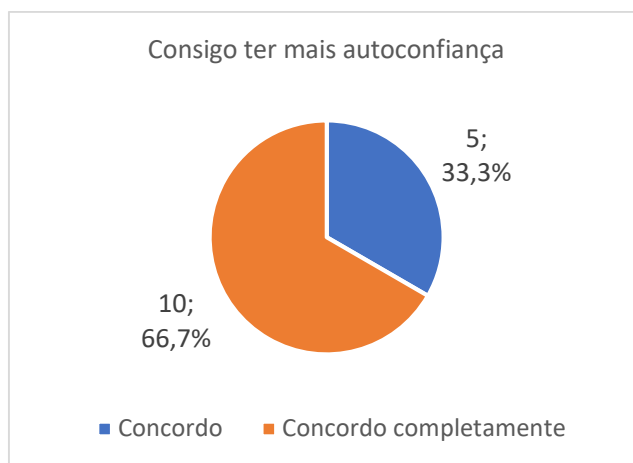


Gráfico 13: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 13 "Consigo ter mais autoconfiança"

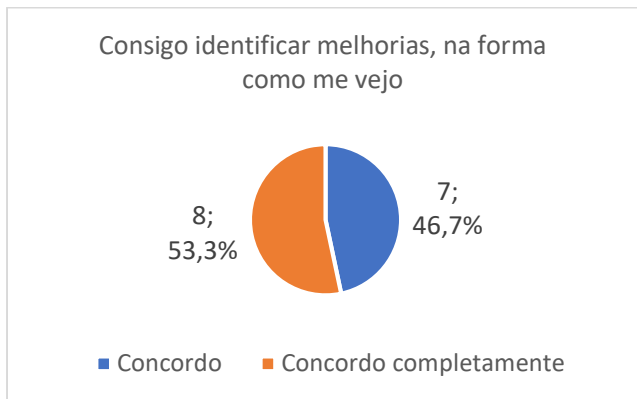


Gráfico 14: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 14
“Consigo identificar melhorias, na forma como me vejo”

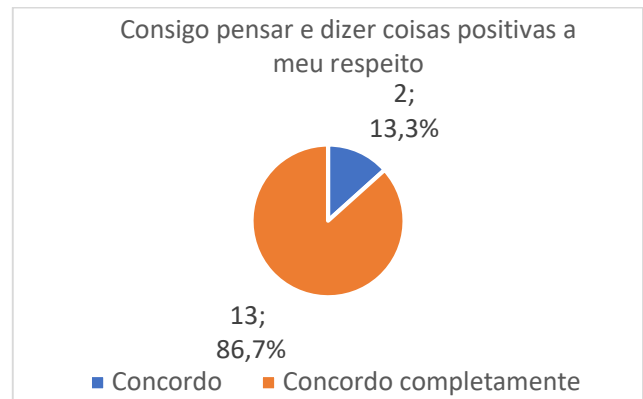


Gráfico 15: Resultado do inquérito de satisfação: Questão 15
“Consigo pensar e dizer coisas positivas a meu respeito”

Os resultados do inquérito de satisfação corroboram os dados quantitativos apresentados, com 100% dos participantes a declararem que a intervenção permitiu aumentar a sua autoestima. No global, 86,7% dos utentes (Gráfico 2) sentiram-se muito satisfeitos com a sua participação, reforçando a exequibilidade e a pertinência desta intervenção no contexto de internamento.

3.2. Discussão Dos Resultados:

Os resultados obtidos com a implementação do PMCQE evidenciam que a implementação da intervenção especializada de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica cumpriu o seu objetivo geral, tendo-se verificado uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados a pessoas com Baixa Autoestima e PUA, bem como um aumento estatisticamente significativo nos níveis de autoestima dos participantes.

O presente estudo, identificou a coexistência de padrões de consumo muito elevados com níveis iniciais reduzidos de autoestima, o que confirma a tendência descrita pela evidência científica e reforça a pertinência de intervenções de Enfermagem de Saúde Mental focadas no fortalecimento do valor próprio em contextos de abuso de álcool.

A literatura tem demonstrado de forma consistente que níveis mais baixos de autoestima se associam a maior consumo problemático de álcool e a uma probabilidade acrescida de desenvolver perturbações relacionadas com o uso de substâncias. Zhai et al. (2015), num estudo com utentes com PUA, mostraram que uma baixa autoestima se relaciona com problemas associados ao consumo de álcool, sendo esta relação mediada por estratégias de coping negativas. Também, Martínez Maldonado et al. (2008) encontraram, uma associação entre uma baixa autoestima, menor autoeficácia percebida e maior consumo de álcool, sugerindo que o reforço destas dimensões pode funcionar como fator protetor em populações de risco. Schick et al. (2022), num estudo com 196 estudantes universitárias, também verificaram que, uma baixa autoestima aliada ao desejo de integração e validação social leva ao aumento do consumo de álcool.

O fator solidão também foi identificado neste grupo de utentes, uma vez que a maioria vive sozinha, o que vai ao encontro do estudo de Khazaee-Pool et al. (2025), que destaca este elemento como determinante para o aumento do *craving* e para a diminuição da autoeficácia na manutenção da abstinência.

Após a implementação deste programa de intervenção, verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa da autoestima, com eliminação dos casos de baixa autoestima e migração da maioria dos participantes para níveis moderados ou elevados de autoestima. A eficácia da intervenção é validada pelo teste de Wilcoxon ($p < 0,05$), que confirmou que na totalidade dos casos, a pontuação final de autoestima foi superior à inicial. Estes dados são corroborados pelo inquérito de satisfação, onde a totalidade dos participantes concordou que a intervenção permitiu aumentar a sua autoestima.

A análise detalhada dos itens da Escala de Rosenberg permite validar a eficácia específica das sessões. Os ganhos máximos nos itens “Tenho uma boa opinião de mim próprio” e “Sinto que tenho algumas boas qualidades” evidenciam o impacto da 3.ª sessão (“Eu sou e tenho valor), centrada na autoconfiança e autovalorização, com a realização da “lista de qualidades” e “o pote da autoestima”.

Esta opinião positiva de si próprio, é corroborada pela literatura que destaca a autoestima intrapessoal como a dimensão verdadeiramente protetora contra o consumo e problemas associados (Schick et al., 2020). Ao focar a intervenção na aceitação incondicional e no reconhecimento de qualidades internas, trabalhou-se a resiliência contra a pressão social para os consumos que, segundo Schick et al. (2022), são gatilhos críticos para a recaída.

Segundo a evidência, o aumento da autoestima e da autoconfiança está associado à redução do desejo de substâncias e à mitigação de sentimentos de solidão (Khazaee-Pool et al., 2025). Embora a genética influencie a autoestima, os fatores ambientais, neste caso a implementação da intervenção especializada, desempenham um papel decisivo no reajuste da autoconfiança e autovalorização e na promoção da saúde mental (Van den Berg et al., 2026).

Do mesmo modo, as classificações positivas nos itens: “Sinto que sou uma pessoa de valor” e “Gostaria de ter mais respeito por mim próprio”, reforçam a pertinência da 4.ª sessão (“Sim, aceito-me”), com a realização da atividade: leitura e reflexão de um texto sobre aceitação incondicional e autorrespeito, fundamentada nas teorias de Rogers (1961) e Neff (2003).

O item “sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas” foi o que apresentou maior número de empates, sugerindo uma menor variação na perceção de competência comparativa. Este padrão é coerente com a literatura que aponta que algumas dimensões da autoestima, especialmente as ligadas à competência percebida em contexto social (trabalho, desempenho, participação), tendem a mudar de forma mais lenta e dependem de experiências de sucesso em contextos reais. Zhai et al. (2015) referem que indivíduos com baixa autoestima recorrem com maior frequência ao álcool como estratégia de coping face ao stress, o que pode prejudicar a construção de experiências de domínio e eficácia em várias áreas de vida. No contexto de internamento, o contacto com situações quotidianas desafiantes é necessariamente limitado; assim, é plausível que aspetos mais relacionais e internos (valor pessoal, autoaceitação) mudem mais rapidamente do que a perceção de competência comparativa, que poderá exigir intervenções mais prolongadas e articuladas com a reabilitação psicossocial e a reintegração comunitária.

Registou-se apenas uma classificação negativa nos itens “Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio” e “Por vezes sinto que sou um inútil”; embora residual, este dado sugere que, no contexto da Perturbação de Uso de Álcool (PUA), alguns utentes continuam a experienciar sentimentos de culpa, vergonha

e estigma social associados à doença, fatores que podem contribuir para uma percepção de utilidade e orgulho pessoal aquém do desejável. O estigma associado à PUA, e sensação de “não reconhecimento de si”, podem dificultar a plena aceitação de uma nova identidade social (Oldroyd et al., 2025). Esta tendência é consistente com o que Luoma et al. (2012) descrevem, ao identificarem estes sentimentos como elementos centrais do ciclo de dependência, contribuindo simultaneamente para a manutenção do consumo e para a diminuição da autoestima.

As diferenças estatisticamente significativas em todos os itens da Escala de Rosenberg sugerem que a estrutura da intervenção, centrada na autoimagem, autoconfiança, autovalorização e autoaceitação, foi particularmente ajustada às necessidades desta população com consumo de álcool.

A estruturação da intervenção psicoterapêutica em sessões temáticas, com uma componente psicoeducativa e recurso à componente artístico-expressiva, também se articula com evidência recente sobre programas de promoção da saúde mental e da literacia em diferentes populações. Morgado et al. (2022) salientam que intervenções psicoeducativas cuidadosamente desenhadas, suportadas em teoria e orientadas para o desenvolvimento de competências pessoais, contribuem para melhorar a literacia em saúde mental e reduzir estigma e vulnerabilidade psicológica. Transpondo esta ideia para o contexto do internamento psiquiátrico e do consumo de álcool, é plausível considerar que a intervenção desenvolvida, ao trabalhar de forma estruturada a autoimagem, autoconfiança, autovalorização e autoaceitação, tenha promovido não só um aumento da autoestima, mas também um maior conhecimento e consciência de si, com potencial impacto na gestão futura do problema de consumo.

Os resultados obtidos, embora reflitam uma abordagem psicoterapêutica individual, estão igualmente em consonância com estudos que mostram o impacto positivo de intervenções de grupo em pessoas com baixa autoestima e perturbações relacionadas com o álcool. Brandão e Silva (2012), demonstraram que a psicoterapia de grupo em doentes alcoólicos se associa a ganhos significativos de autoestima e a melhor controlo do craving, reforçando o potencial destas abordagens na reconfiguração da autoimagem e do sentido de valor pessoal. Noutro estudo, a evidência aponta para a eficácia de intervenções grupais psicoterapêuticas ou comunitárias na promoção da autoestima e da autoeficácia em consumidores de substâncias psicoativas (Guimarães Lemes et al., 2021), o que sustenta os resultados obtidos neste projeto. Também revisões sobre autoestima crónica e situacional, salientam que alterações positivas nas dimensões da autoestima se associam a melhor adaptação psicológica e a menor risco de depressão e ansiedade (Castro et al., 2020; Sowislo & Orth, 2013), o que permite inferir que a intervenção pode ter efeitos para além do domínio estrito da autoestima.

No âmbito da enfermagem de saúde mental, vários autores sublinham que a intervenção psicoterapêutica promoção da autoestima constitui um foco central e legítimo da prática especializada. Sampaio et al. (2018) propõem um modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem que enfatiza a utilização de intervenções estruturadas, com base relacional, visando a mudança de padrões cognitivos e emocionais associados a problemas de saúde mental. Em linha com esta perspetiva, Nunes (2018) evidencia que intervenções autónomas e especializadas de enfermagem centradas na autoestima podem contribuir para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, reforçando a importância do enfermeiro especialista enquanto terapeuta de grupo. A scoping review de Teixeira e Sampaio (2019) sobre o foco de enfermagem “autoestima” reforça igualmente a necessidade de intervenções sistematizadas e fundamentadas em classificações de diagnóstico e intervenções, o que se articula com a estrutura do presente programa.

Por outro lado, a discussão e reflexão, sobre atitudes dos profissionais face a pessoas com problemas concomitantes de saúde mental e dependência de substâncias mostra que a forma como os serviços se

organizam e se posicionam pode facilitar ou dificultar intervenções mais centradas na pessoa e no recovery (Anandan et al., 2024). Os resultados positivos deste projeto, em termos de autoestima e satisfação dos utentes, sugerem que intervenção liderada pelo investigador principal, com uma postura relacional não estigmatizante, contribuiu para os resultados da intervenção e para fortalecer trajetórias de recuperação.

A importância atribuída pelos utentes à relação estabelecida com o enfermeiro/investigador, reconhecida como essencial para o sucesso da intervenção pela maioria dos participantes, encontra suporte em referenciais clássicos da enfermagem de saúde mental. A Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1990) ofereceu o enquadramento para o modo de intervir, valorizando a relação terapêutica como principal ferramenta de mudança. Ao longo das fases de orientação, identificação, exploração e resolução, o enfermeiro assumiu os papéis de “pessoa-recurso” e “conselheiro”, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor que facilitou a reconstrução de uma narrativa pessoal menos autodepreciativa e mais coerente com o processo de recuperação.

De forma complementar, à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), a intervenção conseguiu fortalecer a estrutura básica do utente e as suas linhas de defesa. No contexto deste projeto, a baixa autoestima foi abordada como um fator de stress intrapessoal e o uso de álcool, como um fator extrapessoal, que fragilizavam o sistema. A implementação da intervenção, durante as sessões, enquadrou-se ao nível da prevenção secundária, mobilizando os recursos internos do utente para restaurar a estabilidade do seu sistema e aumentar a resiliência contra futuros stressores associados à dependência.

Apesar do impacto positivo da intervenção na autoestima dos utentes, e na autoperceção do impacto da intervenção através do questionário de satisfação, importa alertar para o risco da sobreconfiança. A literatura indica, que a elevada motivação sentida no internamento e a crença exclusiva da força de vontade, podem ser efémeras e atuar como uma “faca de dois gumes”, desencorajando o seguimento pós-alta (Oldroyd et al., 2025). Assim, os ganhos obtidos devem ser consolidados através de apoio social contínuo e acompanhamento em regime ambulatorio para manter a estabilidade do sistema contra futuros stressores (Neuman, 1995; Khazaei-Pool et al., 2025).

Por fim, é fundamental ressaltar que, embora os resultados demonstrem ganhos estatisticamente significativos na autoestima, estes devem ser interpretados considerando determinadas limitações. Em primeiro lugar, a dimensão reduzida da amostra constitui uma limitação importante, o que implica que os resultados obtidos não podem ser generalizados para a população global de utentes com Perturbação de Uso de Álcool (PUA).

Adicionalmente, importa notar que, uma vez que a intervenção decorreu num contexto de internamento em unidade de psiquiatria, o tratamento do utente é de natureza multidisciplinar. Assim, deve-se considerar que o tratamento farmacológico, durante o período de internamento pode ter contribuído na estabilização clínica do utente e na melhoria do bem-estar geral, influenciando positivamente os scores de autoestima registados no momento pós-intervenção.

Ainda assim, a convergência entre a satisfação dos utentes, a significância estatística dos resultados, a evidência científica consultada e o suporte teórico das abordagens de Neuman e Peplau, consolida esta intervenção como uma ferramenta eficaz e exequível para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde mental neste contexto específico de internamento.

4. FASE ACT

4.1. Propor Medidas Corretivas, Standardizar E Treinar:

A elaboração deste PMQCE, em resposta às necessidades específicas de um serviço de internamento de psiquiatria, permitiu criar uma intervenção especializada para essas necessidades, até então inexistente.

A intervenção “Promoção da Autoestima em Utentes com PUA” demonstrou elevada aceitabilidade, exequibilidade e eficácia, justificando a sua continuidade em contexto de internamento.

Como medida corretiva estrutural, propõe-se que esta intervenção seja prolongada após a alta clínica, em regime ambulatorio, num formato follow-up, que assegure a continuidade dos ganhos terapêuticos e permita recolher dados adicionais. Assim, sugere-se a implementação de uma 5.ª sessão de follow-up.

A articulação com os cuidados de saúde primários, também surge como proposta de melhoria, no sentido de dar a conhecer a intervenção realizada ao utente, e a importância da sua vigilância e seguimento.

Também a adequação dos sistemas de informação, especificamente o SClinico, se revela uma medida de extrema pertinência para assegurar a sistematização do registo da intervenção especializada. Atualmente, o suporte informático é utilizado para a documentação de diagnósticos de enfermagem e para o registo de *scores* de escalas, como a de Rosenberg e o Audit-C; contudo, carece de campos específicos que permitam o registo individualizado e sequencial das sessões psicoterapêuticas e psicoeducativas. No contexto deste projeto de melhoria contínua, a adaptação do SClinico configura-se como uma medida corretiva de carácter estrutural indispensável para que a intervenção transcenda o exercício teórico e se consolide como uma ferramenta prática, integrada no quotidiano assistencial de enfermagem na unidade, garantindo a continuidade e a visibilidade dos cuidados prestados. Em alternativa, considero importante a elaboração de um protocolo de intervenção e instrumento de trabalho, para assegurar a continuidade da implementação e documentação da intervenção, no serviço de psiquiatria.

As medidas corretivas de natureza educacional materializam-se na divulgação dos resultados e na formação em serviço, com o propósito de capacitar a equipa para a implementação deste projeto de forma consistente. Atendendo ao escasso intervalo de tempo entre a execução da intervenção especializada e a redação do presente relatório, a divulgação formal dos dados ainda se encontra pendente. Contudo, será realizada assim que possível, reconhecendo-se que a partilha de resultados bem-sucedidos constitui um catalisador de mudança. Esta prática permite ao enfermeiro especialista cumprir a sua competência de análise e revisão das práticas, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Para apoiar a avaliação interna do projeto e promover a sua melhoria contínua, foi realizada uma análise SWOT⁴(Figura 2). Esta ferramenta é amplamente utilizada para examinar fatores internos e externos que influenciam o desempenho de um projeto, constituindo um recurso valioso para processos de planeamento estratégico (Gürel & Tat, 2017). Uma análise dos pontos fortes, fracos, oportunidades e ameaças, pode ser útil para perceber a viabilidade de um determinado projeto, ajudando a definir alternativas para os pontos fracos e para as ameaças.

⁴ A análise SWOT é uma ferramenta de planeamento estratégico que permite avaliar, de forma integrada, os fatores internos e externos que influenciam o desempenho de uma organização, projeto ou serviço (Gürel & Tat, 2017)

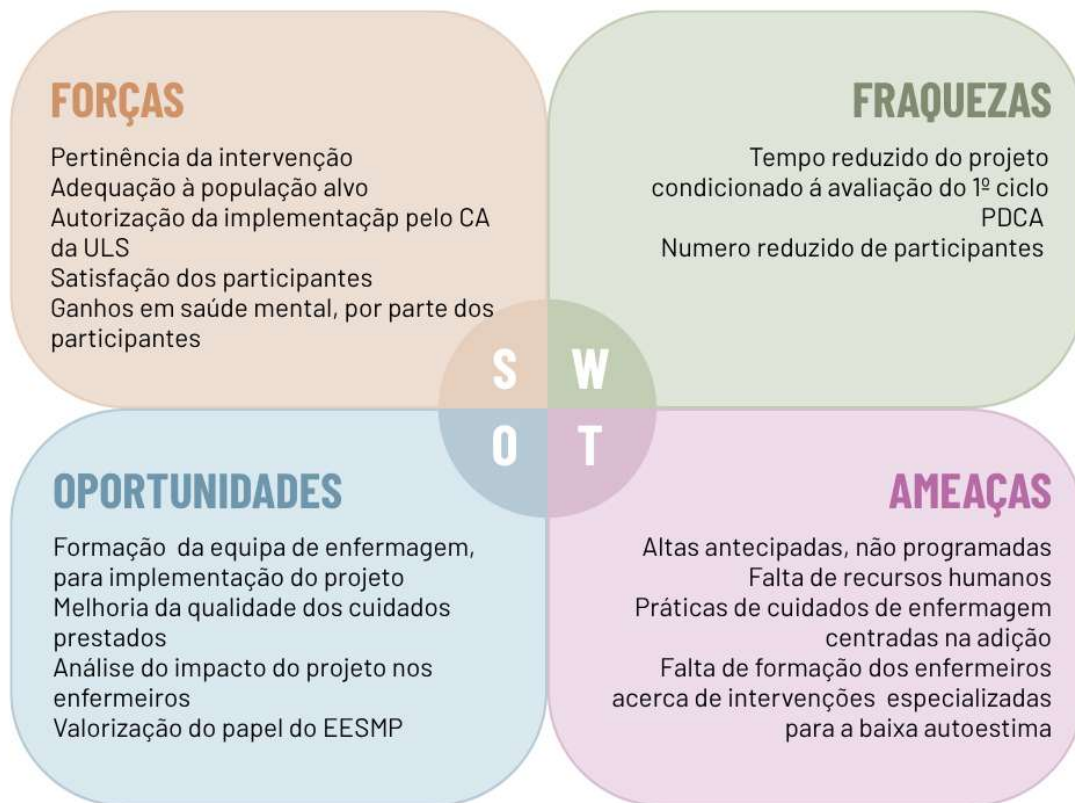


Figure 2: Análise SWOT do PMCQCE "Promoção da Autoestima em Utentes com PUA"

4.2. Implicações Para A Prática, Educação E Investigação:

O desenvolvimento deste PMCQCE demonstrou que a estruturação de uma intervenção especializada em ESMP foi fundamental para colmatar a lacuna assistencial anteriormente identificada numa unidade de internamento de psiquiatria. Os objetivos inicialmente definidos para o projeto, foram atingidos, tendo em conta os resultados obtidos.

A implementação das quatro sessões estruturadas permitiu que 100% da amostra apresentasse melhorias estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na sua autoestima, fortalecendo a estrutura básica do utente e as suas linhas de defesa contra stressores associados ao consumo de álcool (Neuman, 1995).

Para garantir que esta prática se torne consistente, é imperativo que os decisores institucionais assegurem a dotação de recursos humanos especializados com horas afetas à sua execução. A integração dos Enfermeiros Especialistas ESMP como dinamizadores e a adequação do SClínico para o registo destas sessões são passos essenciais para a sistematização da intervenção e visibilidade dos ganhos em obtidos.

As implicações para a educação e formação revelam-se particularmente relevantes, uma vez que um dos critérios de avaliação do projeto é a validação da intervenção especializada por toda a equipa através de formação em serviço. Este processo é necessário para que a estrutura do projeto deixe de ser um exercício teórico e passe a ser uma ferramenta prática e integrada na prática de cuidados.

No contexto da formação, pretende-se que os enfermeiros adquiram conhecimentos e competências, necessários para a implementação da intervenção especializada *Promoção da Autoestima em Utentes com*

PUA, assegurando que a equipa integre de forma consistente os procedimentos e objetivos definidos. Relativamente às implicações para a Investigação, este estudo, validou a exequibilidade e eficácia de um protocolo de intervenção específico para utentes com *PUA*. Embora a dimensão da amostra seja reduzida e limite a generalização dos resultados, a significância estatística obtida pelo teste de Wilcoxon fundamenta a relevância de replicar este projeto em amostras maiores e em diferentes contextos assistenciais para consolidar a evidência científica da intervenção. Como medida de melhoria, a proposta de uma 5.ª sessão de follow-up em regime ambulatorio abre portas para uma investigação longitudinal sobre a manutenção dos ganhos terapêuticos a longo prazo e a sua influência na prevenção de recaídas.

CONCLUSÃO:

A realização do presente relatório, relata as experiências e aprendizagens desenvolvidas ao longo do percurso formativo nos diversos contextos de EC, de prática especializada em ESMP. Este processo permitiu uma reflexão aprofundada sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas da especialidade, evidenciadas na prática clínica em unidade de internamento, na comunidade e em respostas diferenciadas. Simultaneamente, promoveu reflexões pessoais e profissionais orientadas para a procura de boas práticas, sustentadas na evidência científica, com o objetivo de garantir a prestação de cuidados de elevada qualidade.

No Ensino Clínico I (Internamento de Psiquiatria Agudos), a prática foi alicerçada no Modelo Assistencial Hospitalareiro e na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman focando-se na estabilização clínica da doença mental aguda, na segurança dos cuidados e na reabilitação psicossocial. As intervenções especializadas abrangeram áreas como o treino de assertividade, a promoção da autoestima, a biblioterapia e a reabilitação psicossocial, destacando-se o Projeto CASA para o desenvolvimento de competências sociais e treino de ABVD.

No Ensino Clínico II (Cuidados na Comunidade), a atuação na UCC permitiu transpor o cuidar para o ambiente natural da pessoa, tendo como referência a Teoria das Transições de Meleis. A comunidade constitui o espaço onde as pessoas vivem e experienciam as suas necessidades, e os Cuidados de Saúde Primários assumem um papel fundamental pela sua proximidade e capacidade de resposta. As UCC revelam-se estratégicas na promoção da saúde mental, através da saúde escolar, de iniciativas de literacia em saúde mental, de intervenções especializadas junto de grupos vulneráveis e de cuidados individualizados. Ao longo deste período foram implementados programas estruturados, como o “CuidarMente”, dirigido ao stress do prestador de cuidados, e o projeto de saúde escolar “Ser Positivamente”, que capacitou adolescentes com estratégias de coping e relaxamento para a gestão da ansiedade. Paralelamente, foram realizadas intervenções especializadas individuais em consulta de enfermagem e no âmbito dos cuidados às pessoas em Cuidados Continuados Integrados.

No Ensino Clínico III (Respostas Diferenciadas), a prática teve por base o Modelo Assistencial Hospitalareiro e os modelos teóricos de enfermagem: Teoria dos sistemas de Betty Neuman e Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. A intervenção centrou-se na reabilitação psicossocial e nos processos de recovery e empowerment, pelo que o trabalho desenvolvido visou a melhoria da funcionalidade e da autonomia dos utentes, através do treino de ABVD, da promoção da adesão ao regime terapêutico e ocupação. A nível individual, tive a oportunidade de implementar a intervenção psicoterapêutica Treino Metacognitivo, essencial para promover o insight, num utente com doença mental grave. Paralelamente, também implementei a intervenção psicoterapêutica de grupo “Promoção da Esperança” revelando-se eficaz no aumento dos níveis de esperança deste grupo de utentes. Adicionalmente, desenvolvi o PMCQCE de follow-up – “Cuidar + Além”, que surgiu como uma oportunidade para elevar a qualidade dos cuidados deste serviço de internamento, promovendo uma resposta mais estruturada após a alta e garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados prestados a esta população.

O culminar deste percurso refletiu-se no Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade (PMCQCE), que recorreu à metodologia de investigação-ação e ao ciclo PDCA para implementar a intervenção especializada “Promoção da Autoestima em Utentes com Perturbação de Uso de Álcool”. Os objetivos definidos foram plenamente atingidos, tendo sido estruturada uma intervenção especializada em ESMP para o foco *Autoestima*, posteriormente implementada e avaliados os seus resultados. Os dados obtidos revelaram-se bastante positivos, verificando-se um aumento dos níveis de autoestima em todos os participantes.

Pelos elevados níveis de satisfação demonstrados pelos participantes, conclui-se que a intervenção revelou-se eficaz e constitui uma mais-valia para o tratamento integrado de utentes com PUA e Baixa Autoestima. Recomenda-se a sua replicação noutros contextos de internamento, em amostras de maior dimensão, de forma a reforçar a evidência científica relativa à sua eficácia e a consolidar o seu potencial contributo para a melhoria dos cuidados em saúde mental.

Como pontos fortes do projeto, destaca-se a pertinência da implementação de uma intervenção especializada num contexto de internamento que, até então, não dispunha de respostas estruturadas neste domínio. A elevada satisfação e adesão dos participantes, bem como os ganhos em saúde observados, reforçam a relevância e o impacto positivo da intervenção.

Como limitação, identificou-se o reduzido tamanho da amostra, o que condiciona a generalização dos resultados e a avaliação robusta da efetividade da intervenção. Acresce ainda a influência de outros fatores que possam ter contribuído para os resultados obtidos, como o tratamento farmacológico ou variáveis individuais não controladas.

Este percurso revelou-se profundamente enriquecedor, tanto a nível pessoal como profissional. As experiências vivenciadas, os desafios enfrentados e as aprendizagens consolidadas contribuíram para o desenvolvimento de uma prática mais consciente, crítica e fundamentada. Levo comigo a convicção de que as competências adquiridas continuarão a ser aprimoradas em qualquer contexto de prestação de cuidados, sustentadas na compreensão de que a saúde mental é transversal a todas as áreas da enfermagem e acompanha a pessoa ao longo de todo o ciclo de vida.

Concluo este relatório com um sentimento de crescimento e responsabilidade acrescida, comprometida em promover cuidados de qualidade, humanizados e baseados na evidência, contribuindo para a dignidade, autonomia e bem-estar das pessoas que confiam nos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alyward, P.D. (2010). Betty Neuman's systems model. In M. E. Parker & M.C. Smith, *Nursing theories and Nursing practice* (3rd ed., pp. 182–201). Philadelphia: F.A. Davis.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5). Retrieved from: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anandan, R. C. W. M., Nguyen, H., & Olasoji, M. (2024). Mental health nurses' attitudes towards consumers with co-existing mental health and drug and alcohol problems: A descriptive study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jpm.13068>
- Andrade, A. M., Braga, P. P., Lacerda, M. R., Duarte, E. D., Borges Junior, L. H., & Silva, K. L. da . (2020). Standards Of Knowledge That Found Nursing Performance In Home Care. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 29, e20190161. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0161>
- 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. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/H0095655>
- Asselin, M. E., & Fain, J. A. (2013). Effect of reflective practice education on self-reflection, insight, and reflective thinking among experienced nurses: a pilot study. *Journal for nurses in professional development*, 29(3), 111–119. Retrieved from: <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e318291c0cc>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Barry, M. M., Clarke, A. M., Jenkins, R., & Patel, V. (2013). A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle income countries. *BMC Public Health*, 13(835). Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
- Beattie, M. C., & Longabaugh, R. (1999). General and alcohol-specific social support following treatment. *Addictive behaviors*, 24(5), 593–606. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(98\)00120-8](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(98)00120-8)
- 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*. Prentice Hall.
- Benner, P. (2002). Caring for the silent patient. Current controversies in critical care. *American Journal of Critical Care*, 11(5), 480–481. Retrieved from: <https://doi.org/10.4037/ajcc2002.11.5.480>
- Brandão, M., & Silva, C. (2012). Impacto da Psicoterapia de Grupo em Doentes Alcoólicos relativamente à Auto-Estima e Controlo do Craving. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 8. Retrieved from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0070>
- Branden, N. (1995). *Six Pillars Of Self Esteem*. New York: Random House USA Inc.
- Buckley, P. F., Wirshing, D. A., Bhushan, P., Pierre, J. M., Resnick, S. A., & Wirshing, W. C. (2007). Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS drugs*, 21(2), 129–141. Retrieved from: <https://doi.org/10.2165/00023210-200721020-00004>
- Campos, C. M. (2017). A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91–101. Retrieved from: <https://doi.org/10.25752/psi.9725>

- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). *Inventário de Depressão de Beck - II (BDI-II): Versão portuguesa*. Atas do XI Congresso Internacional de Psicologia Clínica e da Saúde. Retrieved from: hdl.handle.net
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T., & Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* [Psychological Assessment: Instruments validated for the Portuguese population] (Vol. III, pp. 77-100). Quarteto Editora.
- Cardoso, D. P., Oliveira, D., Antunes, B., Saraiva, R., Angus, K., Gallardo, E., & Rosário, F. (2021). Portuguese validated versions of the alcohol use disorders Identification test: A systematic review protocol. In *Acta Medica Portuguesa* (Vol. 34, Issue 13). CELOM. Retrieved from: <https://doi.org/10.20344/AMP.15765>
- Cash, T. F. (2012). *Encyclopedia of body image and human appearance*. Academic Press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press.
- Castro, N. B., de Oliveira Lopes, M. V., & Monteiro, A. R. M. (2020). Low Chronic Self-Esteem and Low Situational Self-Esteem: a literature review. In *Revista Brasileira de Enfermagem* (Vol. 73, Issue 1). Associacao Brasileira de Enfermagem. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0004>
- Carapeto, M. J. (2021). Autoconhecimento: uma breve revisão narrativa. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 237-244. Retrieved from: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v2.2230>
- Chen, Q., Wang, H., & Zhang, Y. (2020). Application of the PDCA cycle in healthcare quality improvement. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 1–8. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/ionm.13018>
- Cleary, M., Escott, P., Lees, D., & Sayers, J. (2017). High Hopes and Expectations: Consumer Disappointment and Recovery. *Issues in mental health nursing*, 38(3), 280–282. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1297073>
- Davidson, L. (2011). Hope and Recovery. In Schrank, B., Hayward, M., Stanghellini, G. & Davidson, L. Hope in psychiatry. *Advances in psychiatric treatment*, (17), pp. 227–235). Retrieved from: <https://doi.org/10.1192/apt.bp.109.007286>
- Decreto Lei Nº 101/2006: Ministério Da Saúde (2006). Diário da república, Série I, nº 109/2006, de 2006 -06 - 06 (p. 3856). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 136/2015: Ministério da Saúde. (2015). Diário da República. Série I, nº 145/2015, de 2015- 07-28, (p. 5081). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/136-2015-69879425>
- Decreto-Lei n.º 65/2018: Presidência Do Conselho De Ministros (2018). Diário da República: Série I, n.º 157/2018, de 2018-08-16 (p. 4147). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Dias, M., (2024). Organização dos cuidados hospitalares. In Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. *Enfermagem avançada*. Lidel. ISBN 978-989-752-924-5.

- Direção Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Retrieved from: https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-015_2015-pnse-pdf.aspx
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Fernandes, R. L., & Nunes De Miranda, F. A. (2016). Análise Da Teoria Das Relações Interpessoais: Cuidado De Enfermagem Nos Centros De Atenção Psicossocial Analysis Of The Theory Of Interpersonal Relationships: Nursing Care In Psychosocial Care Centers. *Rev Enfermagem UFPE*. Retrieved from: <https://doi.org/10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201624>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem sistémica em enfermagem de família*. Loures: Lusodidacta.
- Franzoi, M. A. H., Lemos, K. C., Jesus, C. A. C. de, Pinho, D. L. M., Kamada, I., & Reis, P. E. D. dos. (2016). Teoria das relações interpessoais de Peplau: uma avaliação baseada nos critérios de Fawcett. *Revista De Enfermagem UFPE on Line*, 10(4), 3653–3661. Retrieved from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11140p3653-3661-2016>
- Freese, B. (2004). Modelo de sistemas. In Tomey, A. M., & Alligood, M. R. *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed., pp335-355). Loures. Lusociência
- Gcawu, S., & van Rooyen, D. (2022). Clinical teaching practices of nurse educators: An integrative literature review. *Health SA Gesondheid*, 27, 9 pages. Retrieved from: <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1728>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford: Oxford FurtherEducation Unit
- Goleman, D. (2020). *Trabalhar com inteligência emocional* (9.ª ed.). Temas e Debates.
- Gomes, S., Santos, I., Cabral, E., & de Melo, M. C. (2022). Genograma e Ecomapa: revisão bibliométrica das publicações globais: Análise bibliométrica sobre genograma e ecomapa. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*, 4, 1–7. Retrieved from: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v4i.204>
- Gonçalves, J. (2019). A biblioterapia como intervenção especializada no cuidar da pessoa com doença mental. 10.13140/RG.2.2.26600.60169. Retrieved from: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26600.60169>
- Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3rd ed.). Routledge.
- Guimarães Lemes, A., Marcelino da Rocha, E., Ferreira do Nascimento, V., Jacinto Volpato, R., Sousa Oliveira Almeida, M. A., & Villar Luis, M. A. (2021). Efecto de una intervención con terapia comunitaria integrativa sobre la autoestima y la autoeficacia de los usuarios de sustancias psicoactivas. *Cultura de Los Cuidados*, 25(60), 305–319. Retrieved from: <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.60.21>
- Gürel, E., & Tat, M. (2017). SWOT analysis: A theoretical review. *The Journal of International Social Research*, 10(51), 994–1006. Retrieved from: <https://www.sosyalarastirmalar.com/articles/swot-analysis-a-theoretical-review.pdf>
- Happell, B., Wynaden, D., Tohotoa, J., Platania-Phung, C., Byrne, L., Martin, G., & Harris, S. (2015). Mental health lived experience academics in tertiary education: the views of nurse academics. *Nurse education today*, 35(1), 113–117. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.07.006>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem*. Lusociência.

- Hughes, R. G. (Ed.). (2008). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ishikawa, R., Ishigaki, T., Shimada, T., et al. (2019). The efficacy of extended metacognitive training for psychosis: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 215, 399-407. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.08.006>
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 693–710. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.693>
- Khazaee-Pool, M., Pashaei, T., Yazdani, F., Ghara, A. A. N., & Ponnet, K. (2025). The pathways between abstinence self-efficacy, perceived social support and substance use craving. *Scientific reports*, 15(1), 19504. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-04194-y>
- Koerich, M. S., Machado, R. R., & Costa, E. (2005). Ética e bioética: para dar início à reflexão. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(1). Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000100014>
- Kolb, D.A. (2015) *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 2nd Edition, Pearson Education, Inc
- LaMontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A., & Landsbergis, P. A. (2014). Job stress as a preventable upstream determinant of common mental disorders: A review for practitioners and policymakers. *Advances in Mental Health*, 12(1), 33–50. Retrieved from: <https://doi.org/10.5172/jamh.9.1.17>
- Laranjeira, C. A., & Querido, A. I. F. (2022). The multidimensional model of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0474>
- Lei n.º 35/2023: Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Diário da República n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21 (p. 2). Retrieved from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>
- Li, T., Jiang, T., Shi, G., Song, C., & Shi, T. (2022). Correlation between self-awareness, communication ability and caring ability of undergraduate nursing students/A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 116. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105450>
- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*. 7-14. 10.19131/rpesm.0082. Retrieved from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0082>
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 43–53. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/a0026070>
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of psychology*, 139(5), 439–457. Retrieved from: <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>

- Luz, E. L., Bastos, F. S., & Vieira, M. M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto da doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20025. Retrieved from: <https://doi.org/10.12707/RV20025>
- Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health education research*, 19(4), 357–372. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Martínez Maldonado, R., Pedrão, L. J., Alonso Castillo, M. M., López García, K. S., & Oliva Rodríguez, N. N. (2008). Self-esteem, perceived self-efficacy, consumption of tobacco and alcohol in secondary students from urban and rural areas of Monterrey, Nuevo León, México. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16 Spec No, 614–620. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692008000700018>
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Meleis, A. I. (2015). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 15-23.
- Mendes, L., Ramos, L., Nicolau, C., & José, S. (2022). Intervenções De Enfermagem Promotoras De Esperança Na Reabilitação Psicossocial Orientada Para O Recovery - Revisão Integrativa Da Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (28), 197–209. Retrieved from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.357>
- Ministério da Saúde. (2008) *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro: Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Diário da República — 1.ª série, n.º 38. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Ministério da Saúde. (2023). *Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro: Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde*. Diário da República, 1.ª série, n.º 215. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Morgado, T. M. M. et al (2014). A tomada de decisão ético-deontológica dos enfermeiros. *Revista Portuguesa de Bioética*, vol. 20, 113-129. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.4/1756>
- Morgado, T. M. M., Loureiro, L. M. J., & Rebelo Botelho, M. A. M. (2022). Psychoeducational interventions to promote adolescents' mental health literacy in schools: Identifying theory for the development of a complex intervention. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing: official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 35(4), 331–340. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jcap.12386>
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., et al. (2014). Sustained and "sleeping" effects of group metacognitive training for schizophrenia: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(10), 1103–1111. Retrieved from: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1038>

- Mruk, C. J. (2013). *Self-esteem and positive psychology: Research, theory, and practice* (4th ed.). Springer Publishing Company.
- Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23–50. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28–44. Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th Edition). EUA: Pearson Education
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Harrison.
- Nóbrega, M. de M., Lopes Neto, D., & Santos, S. R. (1997). Uso da técnica de brainstorming para tomada de decisões na equipe de enfermagem de saúde pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671997000200009>
- Nunes, I. da C. B. R. (2018). *Promoção da autoestima: intervenções autónomas e especializadas de enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/36178>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill
- OCDE (2021), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2021*, OECD Publishing, Paris. Retrieved from: https://www.oecd.org/pt/publications/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2021_766c3111-pt.html.
- Oldroyd, C., Avades, T., Martin, G. P., Notley, C., & Allison, M. E. D. (2025). Motivation, self-efficacy, and identity-double-edged swords for relapse prevention in patients with alcohol related cirrhosis. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 60(4), agaf027. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agaf027>
- Oliveira, M. J. S., Souza, A. de, Calvetti, P. Ü., & Filippin, L. I. (2018). A escuta ativa como estratégia de humanização da assistência em saúde. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, 6(2), 33. Retrieved from: <https://doi.org/10.18316/sdh.v6i2.4732>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de enfermagem: Enquadramento Concetual. Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos enfermeiros, MCEESMP (2012) *Guia Orientador De Boas Práticas Para A Prevenção De Sintomatologia Depressiva E Comportamentos Da Esfera Suicidária*. Ordem dos enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8902/gobp_mceesmp.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional De Enfermagem Ordem Dos Enfermeiros 2015*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, MCEESIP (2021). *Guia orientador de boas práticas: A criança e o jovem com necessidades de saúde especiais em contexto escolar*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp_nseemmeioescolar_v5n.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, MCEESMP (2021). *Guia orientador de Boas práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave 2*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25680/guiabp_cuidenfesprecupessdoen%C3%A7amentalgrave_ordenferm_ok_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros, MCEESM. (2022). *Guia Orientador De Boas Práticas De Cuidados De Enfermagem Especializados Em Cuidados Continuados Integrados*. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/guia-orientador-de-boas-pr-tica-sa-de-mental/full-view.html>
- Ordem dos Enfermeiros, MCEESMP (2023). *Guia Orientador De Boas Práticas De Promoção Da Literacia Em Saúde Mental*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30916/gobp_literaciasaudemental_v3ok.pdf
- Ordem dos enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. World Health Organization
- Organização Mundial da Saúde (2021). *Mental health promotion in schools*. WHO.
- Organização das Nações Unidas. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos* (Resolução 217 A [III] da Assembleia Geral, de 10 de dezembro de 1948). Retrieved from: https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/declaracao_universal_do_s_direitos_do_homem.pdf
- Organização das Nações Unidas. (1975). *Declaração dos direitos das pessoas deficientes* (Resolução 3447 [XXX] da Assembleia Geral, de 9 de dezembro de 1975). Retrieved from: <https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/decl-dtosdeficientes.pdf>
- Organização das Nações Unidas. (2006). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Organização das Nações Unidas. Retrieved from: https://dcjri.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/instrumentos/pessoas_deficiencia_convencao_sobre_direitos_pessoas_com_deficiencia.pdf

- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 102(6), 1271–1288. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Pais-Ribeiro, Jose & Morais, Rita. (2010). Adaptação portuguesa da escala breve de coping resiliente. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 11. 5-13. Retrieved from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26581/2/86487.pdf>
- Pajares, F. (2001). Toward a positive psychology of academic motivation. *The Journal of Educational Research*, 95(1), 27–35. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/00220670109598780>
- Parveen, S. R. (2015). Self-Awareness as a Therapeutic Tool for Nurse/Client Relationship. In *International Journal of Caring Sciences* (Vol. 8, Issue 1). Retrieved from: www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). *Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com adolescentes Portugueses em contexto forense e escolar*. ArquiMed - Edições Científicas AEFMUP.
- Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* (2nd ed.). Springer Publishing Company.
- Peplau H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing science quarterly*, 10(4), 162–167. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Peplau, H. (2016). *Interpersonal relationships in nursing: A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. Spinger publishing company. ISBN 9780826197863
- Pereira, P., & Rebelo Botelho, M. A. (2014). Personal qualities of the nurse and the therapeutic relationship in mental health: systematic review of the literature. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 61–73. Retrieved from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v18i2.96>
- Pinheiro, C., Ângelo Marques Araújo, M., Maria Carneiro Rolim, K., Moreira de Oliveira, C., & Batista de Alencar, A. (2019). Teoria Das Relações Interpessoais: Reflexões Acerca Da Função Terapêutica Do Enfermeiro Em Saúde Mental. *Enfermagem em Foco* (Vol. 10, Issue 3). Retrieved from: <https://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.2291>
- Querido, A., & Dixe, M. dos A. (2016). A esperança na saúde mental: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Spe. 3. Retrieved from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0124>
- Querido, A., Tomás, C., & Laranjeira, C. (2019). *ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO*. Retrieved from: <https://doi.org/10.25766/m459-3b92>
- Querido, A. (2020). 60 Promoção da Esperança em Saúde Mental. In C. Sequeira & F. Sampaio (Coords.), *Enfermagem em Saúde Mental – Diagnósticos e Intervenções* (pp. 243-246). Lisboa: Lidel.
- Querido, A., Marques, R., & Dixe, M. A. (2011). *EXERCITAR A ESPERANÇA (Volume I) - Um Guia Prático Promotor de Esperança nas Pessoas com Doença Crónica Avançada*. Leiria: Escola Superior de Saúde de Leiria. Retrieved from: <https://doi.org/10.25766/w09w-6m42>

- Reason, P., & Bradbury, H. (2013). *The SAGE handbook of action research: Participative inquiry and practice* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Regulamento n.º 356/2015 (OE) - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. (2015). Diário da República, Série II, N.º 122, de 25-06-2015. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_356_2015_PadroeQualidadeCuidadosEspEnfSaudeMental.pdf.
- Regulamento n.º 515/2018 (OE) - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. (2018). Diário da República, Série II, N.º 151, de 07-08-2018. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Regulamento n.º 140/2019 (OE). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª série., N.º 26 (06-02-19), 4744-4750. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 115/2023 DE 29 DE SETEMBRO. Diário da República: I série, No 187 (2023). Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/115-2023-222046014>
- Rasheed, S. P., Younas, A., & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 28(5-6), 762–774. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jocn.14708>
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. Retrieved from: <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press
- Salvador, M. C., Matos, A. P., Oliveira, S., March, J. S., Arnarson, E., Carey, S. C., & Craighead, W. E. (2017). A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC): Propriedades psicométricas e análise fatorial confirmatória numa amostra de adolescentes portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 3(45), 33–46. Retrieved from: <https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.03>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 77–84. Retrieved from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Sampaio, F. M. C., Martins; Ana Elisabete Coelho, Marques; João Pedro Ribeiro, Barreto, M. O. C., Seabra, P. R. C., & Lopes, S. da C. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. *Ordem Dos Enfermeiros*. Retrieved from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencaoopsicoterapeutica_ok.pdf
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253–268. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10216/16170>

- Santos, E. R. P., Coelho, J. C. F., Ribeiro, I., & Sampaio, F. (2023). Translation, cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Hamilton Anxiety Scale among a sample of Portuguese adult patients with mental health disorders. *BMC psychiatry*, 23(1), 520. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05010-5>
- Santos, A. S. P. G. D. (2007). *Estudo psicométrico da escala de comportamento adaptativo versão portuguesa (ECAP)* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa
- Santos, W. S., Gouveia, V. V., Fernandes, D. P., Souza, S. S. B., & Grangeiro, A. S. M. (2012). Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852012000300001>
- Sequeira, C., (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência, II Série, nº 12, março*, 9 - 16. Retrieved from: <https://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2022). *Enfermagem em saúde mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2023). *Relatório Anual 2022: A Situação do País em Matéria de Álcool*. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/51628/2/Relat%c3%b3rio%20Anual%202022%20-%20A%20Situa%c3%a7%c3%a3o%20do%20Pa%c3%ads%20em%20Mat%c3%a9ria%20de%20c3%81lcool.pdf>
- Schick, M. R., Nalven, T., & Spillane, N. S. (2020). The factor structure of self-esteem and its association with alcohol use in American Indian (AI) adolescents. *The American journal of orthopsychiatry*, 90(6), 712–719. <https://doi.org/10.1037/ort0000504>
- Schick, M. R., Nalven, T., & Spillane, N. S. (2022). Drinking to Fit in: The Effects of Drinking Motives and Self-Esteem on Alcohol Use among Female College Students. *Substance use & misuse*, 57(1), 76–85. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1990334>
- Silva, Margarida & Graveto, Joao. (2008). Modelo Conceptual versus "Modelo Oculto" para a (na) prática da enfermagem. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*. 12. 67-70. 10.56732/pensarenf.v12i2.9. Retrieved from: <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.9>
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 139(1), 213–240. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Silva, A. C., Santos, J. L., & Erdmann, A. L. (2017). *Gestão da qualidade e melhoria contínua em serviços de saúde*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 1–7. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0569>
- Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *ESC. Anna Nery* 14(3), 485-489. Retrieved from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>
- Smith, L. (2020). *De-escalation Techniques: A Guide for Healthcare Professionals*. Springer Publishing Company.

- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ quality & safety*, 23(4), 290–298. Retrieved from: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001862>
- Teixeira, Ana Catarina, & Sampaio, Francisco. (2019). Desenvolvimento de um catálogo CIPE® para o foco de enfermagem autoestima: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21), 62-71. Retrieved January 14, 2025, from. Retrieved from: <https://doi.org/10.19131/rpesm.0239>
- Telles-Correia, D., Barbosa-Rocha, N., Gama-Marques, J., Moreira, A. L., Alves-Moreira, C., Saraiva, S., Antunes, F., Almeida, C., Machado, S., & Haddock, G. (2017). *Validation of the Portuguese version of the Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS)*. *Actas espanolas de psiquiatria*, 45(2), 56–61.
- Terra, André & Santos, Jéssica & Pontes, Leandro & Fernandes, Dione & Ribeiro, Diogo. (2021). Consumo de álcool e outras substâncias psicoativas entre universitários e a prática de binge drinking. *South American Sciences* ISSN 2675-7222. 2. 10.52755/sas.v2i2.105. Retrieved from: <https://doi.org/10.52755/sas.v2i2.105>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed). Loures. Lusociência.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Treviso, P., Peres, S. C., Silva, A. D. da, & Santos, A. A. dos. (2017). Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. *Revista de Administração Em Saúde*, 17(69). Retrieved from: <https://doi.org/10.23973/ras.69.59>
- Van den Berg, H. F., Bartels, M., Sauce, B., Palviainen, T., Rose, R. J., Kaprio, J., Vuoksimaa, E., & Silventoinen, K. (2026). Association of Self-esteem with Mental Health and Personality: The Contribution of Genetic and Environmental Factors. *Behavior genetics*, 56(1), 29–38. <https://doi.org/10.1007/s10519-025-10249-7>
- Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M. L., Góis, C., Santos, J., & Markova, I. (2010). Adaptação para português da escala de Insight Marková e Berrios [Portuguese version of the Marková and Berrios Insight Scale]. *Acta medica portuguesa*, 23(6), 1011–1016.
- Viana, A., Querido, A., Dixe, M., & Barbosa, A. (2012). Avaliação da esperança em cuidados Paliativos: Tradução e Adaptação Cultural do Herth Hope Index. (Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa) Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10400.8/335>
- Weare, K., & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?. *Health promotion international*, 26 Suppl 1, i29–i69. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/heapro/dar075>
- World Health Organization. (2001). *AUDIT: the alcohol use disorders identification test : guidelines for use in primary health care*, 2nd ed. World Health Organization. Retrieved from: <https://iris.who.int/handle/10665/67205>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. Geneva: WHO.

- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. Retrieved from: <https://iris.who.int/handle/10665/356119>
- World Health Organization. (2024). *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Geneva. World Health Organization.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5.ª ed.). Roca
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: A guide to family assessment and intervention* (6th ed.). F. A. Davis.
- Zhai, H., Yang, Y., Sui, H., Wang, W., Chen, L., Qiu, X., Yang, X., Qiao, Z., Wang, L., Zhu, X., & Yang, J. (2015). Self-Esteem and Problematic Drinking in China: A Mediated Model. *PloS one*, 10(10), e0140183. Retrieved from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140183>