



Relatório Final de Estágio

**“Melhor Convívio, Melhor Caminho” - Programa de Melhoria
Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
Especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica**

Adelaide João Santos Guilherme

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Professora Doutora Ana Querido

Leiria

Junho 2026



Relatório apresentado ao Instituto Politécnico de Leiria para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, realizada sob a orientação científica da Doutora Ana Querido, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

EPÍGRAFE

"The nurse-patient relationship is an instrumental and transformative process that fosters understanding, comfort, and healing."

Hildegard E. Peplau

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio, incentivo e contribuição de várias pessoas, às quais expresso a minha mais sincera gratidão.

À Professora Ana Querido, pelo acompanhamento, orientação, disponibilidade e apoio ao longo deste percurso académico, contribuindo de forma significativa para o meu crescimento pessoal e profissional.

Às Enfermeiras Especialistas Sandrina Cunha, Mónica Conde e Margarida Pereira, pelo acompanhamento, orientação e partilha de conhecimentos ao longo dos diferentes Ensinos Clínicos, cujo contributo foi fundamental para a consolidação das minhas competências em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

À Enfermeira Especialista Ana Rita Lourenço, pela supervisão, orientação, disponibilidade e apoio prestados ao longo do desenvolvimento deste projeto, bem como pela partilha de conhecimentos e pelo incentivo constante à reflexão e ao desenvolvimento profissional.

Ao meu marido, por ser o meu porto seguro, pela paciência, compreensão e apoio incondicional em todos os momentos, especialmente nos mais desafiantes.

À minha mãe, que já não está fisicamente presente, mas cujo exemplo de força, coragem e resiliência continua a acompanhar-me todos os dias. Foi ela quem me ensinou a lutar pelos meus objetivos, a nunca desistir perante as dificuldades e a acreditar que é sempre possível seguir em frente.

Ao meu padrinho, pelo exemplo de perseverança, determinação e dedicação, bem como pela motivação e apoio que sempre me transmitiu.

Às minhas colegas de trabalho, pela compreensão, incentivo e apoio constante, que tornaram este caminho mais leve e motivador.

A todos os meus amigos e familiares, pelo carinho, incentivo e confiança demonstrados ao longo deste percurso e pela motivação para concretizar este trabalho.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

CASEL – Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DB – Diário de Bordo

DP – Desvio Padrão

EC – Ensino Clínico

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL-r – Escala de Comportamento Interpessoal (versão reduzida)

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EPVA – Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESSLei – Escola Superior de Saúde de Leiria

FIFE – Feelings, Ideas, Functioning and Expectations

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

MoCA – Montreal Cognitive Assessment

OE – Ordem dos Enfermeiros

PMQCCE – Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UHDP – Unidade de Hospitalização Domiciliária de Pedopsiquiatria

ULS – Unidade Local de Saúde

SUPedo – Serviço de Urgência de Pedopsiquiatria

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TO – Terapeuta Ocupacional

VD – Visitas Domiciliares

WHO – Organização Mundial de Saúde

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Teve como objetivo descrever e refletir criticamente sobre o percurso formativo realizado em diferentes contextos de Ensino Clínico, evidenciando o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e das competências inerentes ao grau de mestre.

O percurso decorreu em contextos hospitalar, comunitário e de pedopsiquiatria, permitindo a integração de conhecimentos e o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais, éticas, científicas e de gestão, sustentadas na evidência científica e nos referenciais da especialidade.

O relatório integra ainda o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “Melhor Convívio, Melhor Caminho”, desenvolvido numa unidade de internamento de psiquiatria de agudos. O projeto teve como finalidade promover a interação social dos utentes internados, favorecendo a recuperação psicossocial e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A sua implementação permitiu mobilizar competências de liderança, planeamento, intervenção e avaliação de resultados.

Em síntese, o relatório evidencia um percurso de consolidação de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, sustentado na reflexão crítica e na prática baseada na evidência, contribuindo para a promoção da saúde mental e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

ABSTRACT

This report was developed within the scope of the “Internship with Report” Course Unit of the Master's Degree in Nursing, in Mental Health and Psychiatric Nursing specialization area, at the School of Health Sciences of the Polytechnic Institute of Leiria. Its aim was to describe and critically reflect on the educational pathway undertaken across different Clinical Teaching settings, highlighting the development of the common competencies of the specialist nurse, the specific competencies of the Mental Health and Psychiatric Nurse Specialist, and the competencies associated with the master's degree.

The training pathway took place in hospital, community, and child and adolescent psychiatry settings, enabling the integration of knowledge and the development of clinical, relational, ethical, scientific, and management competencies, supported by scientific evidence and the professional frameworks of the specialty.

The report also includes a Continuous Quality Improvement Project in Nursing Care entitled “Melhor Convívio, Melhor Caminho”, developed in an acute psychiatric inpatient unit. The project aimed to promote social interaction among hospitalized service patients, fostering psychosocial recovery and contributing to the improvement of the quality of care provided. Its implementation enabled the mobilization of leadership, planning, intervention, and outcome evaluation competencies.

In summary, this report demonstrates a process of consolidating specialized competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing, grounded in critical reflection and evidence-based practice, contributing to the promotion of mental health and the continuous improvement of the quality of nursing care.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE DE TABELAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – DIFERENTES MODELOS DOS LOCAIS DE EC	3
1. Diferentes contextos de prática clínica.....	3
1.1. Contexto Hospitalar.....	3
1.2. Contexto Comunitário	6
1.3. Contexto de Respostas Diferenciadas	7
PARTE II – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NOS DIFERENTES EC	10
1. Competências adquiridas e desenvolvidas em EC.....	10
1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	10
1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	10
1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	14
1.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados	16
1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	18
1.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP	21
1.2.1. Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional	21
1.2.2. Assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental 23	
1.2.3. Ajuda na recuperação da saúde mental, de pessoas, grupos e comunidades	26
1.2.4. Prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais	28
2. Competências de mestre	30

PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE	
ENFERMAGEM	33
NOTA INTRODUTÓRIA	33
1. Identificação e justificação da temática	34
2. Perceber e dimensionar o problema.....	36
3. Análise do problema/perceção das causas.....	37
4. Objetivos do projeto	38
5. Metodologia.....	38
6. Planear e executar as tarefas/atividades	42
7. Verificação e discussão dos resultados.....	44
7.1. Discussão de resultados	52
8. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa	56
9. Reconhecer e partilhar o sucesso.....	57
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

Apêndice I – Planos de sessão do PMCQCE “Melhor Convívio, Melhor Caminho”

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação na Jornada “Do Mar à Mente: Redes Locais de Saúde Mental”

Anexo II – Certificado de apresentação do póster “Luto Antecipatório: Intervenção Familiar Sistémica no Serviço de Internamento de Psiquiatria”

Anexo III – Certificado de apresentação do póster - Estudo de caso: “Para além da Adição”

Anexo IV – Certificados de participação nos Encontros de Supervisão Clínica em Enfermagem (II e III)

Anexo V – Certificado de participação e organização das IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental

Anexo VI – Certificado de atribuição de prémio de Melhor Póster ao trabalho “Melhor Convívio, Melhor Caminho” nas IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e resultado do teste de screening.....	45
Tabela 2 – Resultados da diferença de médias relativas à frequência de comportamentos, antes e depois da aplicação do projeto.....	46
Tabela 3 – Resultados da diferença de médias relativas ao desconforto, antes e depois da aplicação do projeto.....	46
Tabela 4 – Análise dos resultados da subescala Assertividade Negativa, relativamente ao Desconforto e Frequência do Comportamento antes e após a intervenção.....	47
Tabela 5 – Análise dos resultados da subescala Expressão e Gestão de Limitações Pessoais, relativamente ao Desconforto e Frequência do Comportamento antes e após a intervenção.....	48
Tabela 6 – Análise dos resultados da subescala Assertividade de Iniciativa, relativamente ao Desconforto e Frequência do Comportamento antes e após a intervenção.....	49
Tabela 7 – Análise dos resultados da subescala Assertividade Positiva, relativamente ao Desconforto e Frequência do Comportamento antes e após a intervenção.....	50
Tabela 8 – Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais.....	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama de Ishikawa.....	37
Figura 2 – Fases do Projeto.....	39
Figura 3 – Atividades e tarefas desenvolvidas ao longo do projeto.....	42
Figura 4 – Desenho do programa.....	43
Figura 5 – Gráfico dos resultados da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais ao longo do projeto.....	51

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final de Estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 5.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. O relatório resulta do percurso formativo desenvolvido entre abril de 2025 e janeiro de 2026 e tem como finalidade descrever, analisar e refletir criticamente sobre as atividades realizadas nos diferentes ensinamentos clínicos, evidenciando o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e das competências inerentes ao grau de mestre, definidas nos referenciais profissionais e académicos aplicáveis (Decreto-Lei nº 65/2018 de 16 de agosto; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

A saúde mental constitui atualmente uma área prioritária dos cuidados de saúde, atendendo ao impacto crescente das perturbações mentais na qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades. Em Portugal, as perturbações psiquiátricas representam cerca de 12% da carga global de doença, constituindo a principal causa de incapacidade e a segunda maior causa de morbilidade e morte prematura, apenas ultrapassadas pelas doenças cérebro-cardiovasculares. Paralelamente, a prevalência anual de perturbações psiquiátricas situa-se nos 22,9%, destacando-se as perturbações de ansiedade e depressivas como as mais frequentes (Almeida et al., 2013; Xavier et al., 2024). Nos Cuidados de Saúde Primários, estima-se que a prevalência de problemas de saúde mental varie entre 29% e 59%, evidenciando a magnitude deste problema de saúde pública e a necessidade de respostas especializadas ao longo dos diferentes níveis de cuidados (Xavier et al., 2024). Perante esta realidade epidemiológica, torna-se evidente a necessidade de profissionais altamente diferenciados, capazes de responder à crescente complexidade das necessidades em saúde mental.

Neste contexto, o EEESMP assume um papel diferenciador na promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, diagnóstico e implementação de intervenções dirigidas às respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, suscetíveis de gerar sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2018). Para concretizar esta intervenção especializada, o EEESMP mobiliza conhecimentos científicos, competências clínicas avançadas e capacidades terapêuticas específicas, integrando na sua prática competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, ajustadas às necessidades da pessoa, família, grupo e comunidade (OE, 2018). De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMP, esta prática especializada concretiza-se através do estabelecimento de relações terapêuticas de ajuda e confiança, promotoras da compreensão das dificuldades experienciadas, do desenvolvimento de estratégias adaptativas e da capacitação da pessoa para lidar com os desafios inerentes ao seu processo de vida e saúde (OE, 2015b). Neste sentido, o EEESMP assume-se como um facilitador de processos de mudança e recuperação, contribuindo para a promoção da autonomia, do *empowerment* e do bem-estar psicológico.

O percurso formativo decorreu em diferentes contextos de prática clínica, nomeadamente em contexto hospitalar, comunitário e em respostas diferenciadas, na área da pedopsiquiatria. A diversidade destes contextos possibilitou o contacto com diferentes modelos organizacionais, populações-alvo e abordagens terapêuticas, contribuindo para o desenvolvimento de uma visão

abrangente da atuação do EEESMP ao longo do ciclo vital e para a consolidação progressiva das competências especializadas.

No presente relatório é igualmente apresentado o Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE), intitulado “Melhor Convívio, Melhor Caminho”, desenvolvido a partir de uma problemática identificada no contexto clínico onde exerço funções. A seleção da temática da promoção da interação social resultou de um processo de observação sistemática, reflexão crítica sobre a prática clínica e auscultação da equipa de enfermagem, que permitiram identificar dificuldades ao nível da interação interpessoal e da participação social dos utentes internados como uma necessidade prioritária de intervenção. A análise desta problemática evidenciou que, apesar da estabilização da sintomatologia aguda constituir um objetivo central do internamento psiquiátrico, persistem frequentemente dificuldades relacionadas com as competências socioemocionais e relacionais, fundamentais para o processo de recuperação e reintegração comunitária. O projeto teve como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiátrica, promovendo ganhos em saúde ao nível do funcionamento interpessoal, da participação social e do *empowerment* dos utentes. A sua conceção e implementação permitiram mobilizar competências do EEESMP nos domínios da melhoria contínua da qualidade, liderança clínica, prática baseada na evidência e gestão da mudança. A fundamentação teórica, o processo de implementação e os resultados obtidos serão apresentados e discutidos na terceira parte deste relatório.

O relatório encontra-se estruturado em três partes complementares. A primeira é dedicada à caracterização e análise dos diferentes contextos de ensino clínico (EC). A segunda centra-se na demonstração das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo, sustentada numa reflexão crítica das experiências vivenciadas e das aprendizagens adquiridas. A terceira parte apresenta o PMCQCE, incluindo a identificação da problemática, fundamentação teórica, metodologia, implementação das intervenções e avaliação dos resultados obtidos. O relatório termina com a conclusão, onde são sintetizados os principais contributos do percurso desenvolvido.

Assim, o presente relatório pretende evidenciar um percurso de desenvolvimento profissional e académico sustentado na integração entre conhecimento científico, reflexão crítica e prática clínica especializada, reafirmando o compromisso com a excelência dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Este trabalho está redigido de acordo com o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos da Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei, 2024) e cumpre as normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa em vigor.

PARTE I – DIFERENTES MODELOS DOS LOCAIS DE EC

1. Diferentes contextos de prática clínica

Os diversos contextos da prática clínica também designados por Ensinos Clínicos (EC) e estágio, do Curso de Mestrado em ESMP têm como objetivo garantir aos estudantes a aquisição e consolidação do perfil de competências especializadas preconizadas por entidades de referência, tais como a Organização Mundial de Saúde (WHO), a Comissão Europeia e a OE (OE, 2018; OE, 2019).

Os estágios decorreram ao longo dos 2.º e 3.º semestres do curso de mestrado, em diferentes contextos de prática clínica e estruturas de resposta em saúde, o que permitiu uma formação diversificada. A prática clínica especializada supervisionada foi realizada em contexto hospitalar, comunitário e em respostas diferenciadas, possibilitando a articulação entre diferentes níveis de cuidados e a compreensão das especificidades organizacionais, funcionais e assistenciais de cada contexto.

A diversidade dos locais de estágio contribuiu de forma significativa para a melhoria observada nos resultados de aprendizagem, a qual pode ser atribuída tanto à contribuição singular de cada componente de prática clínica, como ao efeito sinérgico resultante da articulação entre estes diferentes contextos formativos (Choi et al., 2016).

1.1. Contexto Hospitalar

O presente relatório integra o EC realizado em contexto hospitalar, em regime de internamento, numa unidade de internamento de doentes agudos de psiquiatria, de um serviço integrado de psiquiatria de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro do país, entre abril e julho de 2025.

A unidade de internamento dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por psiquiatras, enfermeiros (41% EEESMP) psicólogo, nutricionista e técnicos auxiliares de saúde. Encontra-se organizada em duas alas: uma ala feminina (Ala B), com 21 camas, e uma ala masculina (Ala A), com 22 camas, sendo esta última o local onde decorreu o estágio.

A unidade tem como principal objetivo o tratamento de pessoas com patologia mental em fase aguda de descompensação clínica, que necessitam de estabilização em regime de internamento. O tempo médio de internamento é de 26 dias (dados de casuística do serviço datados de maio de 2025), registando-se um aumento face ao período homólogo de 2024, em que o tempo médio foi de 24,4 dias. O circuito de admissão do utente inicia-se, preferencialmente, no serviço de urgência, sendo a decisão de internamento da responsabilidade do médico psiquiatra.

O internamento em psiquiatria apresenta especificidades próprias, nomeadamente o funcionamento em regime de “porta fechada”, com controlo rigoroso das entradas e saídas, e vigilância permanente, justificado no regulamento interno do serviço, pela necessidade de garantir a segurança da pessoa internada, da equipa e de terceiros, bem como pela prevenção do risco de fuga.

Segundo a Lei de Saúde Mental em vigor em Portugal, este regime deve ser entendido como uma medida de carácter excecional, orientada pelos princípios da proporcionalidade, necessidade e menor restrição possível da liberdade individual. A sua aplicação exige uma avaliação clínica contínua, individualizada e fundamentada, devendo ser permanentemente reavaliada, de modo a salvaguardar os direitos, a dignidade e a autonomia da pessoa em situação de vulnerabilidade (Lei nº35/2023).

Simultaneamente, os referenciais internacionais de boas práticas em saúde mental reforçam uma mudança no paradigma, devendo os cuidados ser centrados na pessoa, nos direitos humanos e orientados para a recuperação (WHO, 2021). Neste enquadramento, a segurança não deve ser assegurada exclusivamente por medidas restritivas, mas sim através da construção de um ambiente terapêutico seguro, relacional e promotor de confiança.

A evidência científica demonstra que a qualidade da relação terapêutica constitui um dos principais determinantes da percepção positiva dos cuidados, sendo essencial que os profissionais adotem uma postura empática, respeitadora e centrada na pessoa (Modini et al., 2021; Staniszewska et al., 2019). Durante o EC observei que a relação terapêutica era valorizada pela equipa de enfermagem, sendo frequente a preocupação em estabelecer uma comunicação respeitadora e promotora de confiança. Contudo, a elevada carga laboral, associada à gestão simultânea de múltiplas necessidades dos utentes, parecia condicionar o tempo disponível para intervenções terapêuticas individualizadas e para momentos estruturados de escuta ativa. Esta realidade levou-me a refletir sobre o desafio de conciliar as exigências organizacionais do serviço com a necessidade de desenvolver intervenções relacionais mais consistentes e centradas na pessoa, aspeto que reconheço igualmente no meu contexto profissional.

Relativamente ao ambiente físico, a literatura evidencia que a salvaguarda da privacidade, o conforto, o acesso à luz natural e a redução de estímulos stressantes contribuem para a diminuição de comportamentos agressivos e para a promoção do bem-estar da pessoa internada (Weber et al., 2022). No contexto observado, a unidade dispunha de espaços comuns amplos e os utentes com indicação clínica poderiam ter acesso ao exterior em períodos previamente definidos, o que constituía um aspeto facilitador do bem-estar dos utentes. Contudo, identificaram-se algumas limitações estruturais que se afastam dos referenciais de boas práticas, nomeadamente a inexistência de cortinas ou outros dispositivos que assegurassem maior privacidade nas unidades dos utentes durante a prestação de cuidados, bem como a ausência de uma sala de baixa estimulação destinada à gestão de situações de maior agitação emocional ou comportamental. Estas características levaram-me a refletir sobre a influência do ambiente terapêutico na experiência de internamento e na promoção de cuidados verdadeiramente centrados na pessoa.

A promoção da autonomia e do consentimento informado constitui igualmente um pilar fundamental da qualidade dos cuidados, devendo a pessoa ser envolvida ativamente no processo de tomada de decisão, sempre que a sua condição clínica o permita (WHO, 2021). Durante a prática clínica observei esforços da equipa multidisciplinar para envolver os utentes nas decisões relacionadas com o plano terapêutico, particularmente através do fornecimento de informação sobre a terapêutica e os objetivos do internamento. No entanto, a utilização sistemática de estratégias de decisão partilhada e de planeamento antecipado dos cuidados nem sempre se encontrava formalizada ou integrada na prática clínica. Esta constatação permitiu-me reconhecer uma oportunidade de melhoria, alinhada com os referenciais internacionais, reforçando a importância do papel do EEESMP na promoção da autonomia, participação ativa e *empowerment* da pessoa com necessidade de cuidados de saúde do foro mental (Royal College of Psychiatrists, 2019; WHO, 2021).

No que respeita à segurança, os referenciais atuais enfatizam a necessidade de reduzir ao mínimo o recurso a medidas coercivas, privilegiando intervenções preventivas, como técnicas de desescalada, comunicação terapêutica e adaptação do ambiente (Svensson, 2022; WHO, 2021). Neste sentido a

segurança não deve ser apenas o cumprimento de normas restritivas, mas sim como um processo dinâmico, construído em parceria com a pessoa (Svensson, 2022). Por último os referenciais também abordam o planeamento da alta e continuidade de cuidados, devendo ocorrer articulação entre o internamento e os cuidados de saúde primários, com intuito de prevenção de recaídas e re-hospitalizações, sendo considerado boa prática a realização de um contacto de acompanhamento num período de 72 horas após a alta, preferencialmente pela equipa que acompanhará a pessoa na comunidade, devendo a mesma ser elaborada em conjunto com a pessoa e a sua rede de suporte (National Health Service England, 2025; Royal College of Psychiatrists, 2019).

Esta discrepância entre o referencial de boa prática e a realidade, evidencia a complexidade dos contextos de cuidados em saúde mental, frequentemente condicionados por fatores organizacionais, limitações de recursos humanos e materiais, cultura institucional e exigências de segurança. Contudo, não deve ser encarada como um obstáculo, mas antes como uma oportunidade de reflexão crítica e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, torna-se particularmente relevante o papel do EEESMP enquanto agente de mudança, promotor de práticas baseadas em evidência e facilitador da transição para modelos de cuidados mais humanizados, centrados na pessoa e nos seus direitos. A promoção de espaços de reflexão em equipa, nomeadamente através de reuniões clínicas, supervisão e discussão de casos, assume-se como uma estratégia fundamental para questionar as práticas instituídas, alinhar as intervenções com os referenciais atuais e impulsionar mudanças sustentadas na prestação de cuidados (Royal College of Psychiatrists, 2019).

Esta análise reflexiva permitiu-me reconhecer que a excelência em saúde mental não se constrói apenas pelo conhecimento dos referenciais normativos, mas pela capacidade de os questionar, adaptar e operacionalizar na prática, exigindo do enfermeiro especialista uma postura crítica, interventiva e eticamente comprometida com a transformação dos paradigmas atuais.

No serviço, à data, não se encontrava implementado nenhum programa de intervenção especializada, tendo sido fundamental, em colaboração com os enfermeiros supervisores, o delineamento de intervenções sustentadas na identificação e análise de focos e diagnósticos de enfermagem prevalentes, tais como ansiedade, autocontrolo comprometido, insónia, défice de conhecimento para a promoção do autocuidado, coping ineficaz, não adesão ao regime terapêutico e gestão do regime terapêutico comprometida. Este processo permitiu estruturar a intervenção de forma individualizada e baseada nas necessidades identificadas, reforçando a importância do diagnóstico de enfermagem enquanto eixo orientador da prática clínica especializada.

Oficialmente, o método de trabalho adotado no serviço é o método individual de trabalho, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade por um grupo de doentes durante o turno. Este modelo reforça a centralidade da pessoa nos cuidados de enfermagem em saúde mental e revela-se particularmente benéfico quando existe continuidade do enfermeiro responsável ao longo de vários turnos, prática que se verifica com frequência neste serviço (Parreira et al., 2023). Não obstante, na prática observou-se a operacionalização deste modelo mesclado com a distribuição à tarefa, e a ausência da sistematização da distribuição dos doentes ao mesmo enfermeiro, perdendo-se a vantagem na criação de relação terapêutica. O modelo de prestação de cuidados de enfermagem adotado no serviço é a Teoria das Necessidades de Virgínia Henderson, que sustenta a prestação de cuidados centrada na satisfação das catorze necessidades fundamentais da pessoa. Paralelamente, os

enfermeiros especialistas mobilizam a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau como referencial estruturante da relação terapêutica, valorizando a interação enfermeiro–utente como elemento central no processo de cuidados em saúde mental.

1.2. Contexto Comunitário

O EC realizado no contexto de resposta comunitária decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa ULS da região Oeste. A UCC adota um modelo de cuidados de saúde centrado no utente, que privilegia a acessibilidade, a continuidade dos cuidados e a intervenção no contexto natural da pessoa e da respetiva família.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 239/2015, a UCC tem como missão prestar cuidados de saúde, e apoio social e psicológico, em contextos domiciliários e comunitários, dirigidos a pessoas, famílias e comunidades vulneráveis, em situações de risco, dependência física ou funcional, ou doença. Esta trabalha em redes de apoio integradas que favorecem a inclusão social e a promoção da saúde, assumindo um papel complementar e essencial na rede de cuidados de saúde mental, uma vez que atua na prevenção primária e secundária, contribuindo para reduzir internamentos e reforçar a integração comunitária das pessoas em situação de vulnerabilidade.

A população-alvo da UCC corresponde aos munícipes de dois concelhos da região oeste, totalizando cerca de 41 000 utentes (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2025). A equipa multidisciplinar é composta por um médico, enfermeiros, fisioterapeuta, técnicas superiores de serviço social e, ao abrigo das competências partilhadas com os municípios, dois assistentes operacionais.

Na UCC encontra-se integrada a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que se encontra em fase de alargamento para 35 vagas, num processo condicionado pela escassez de recursos humanos e materiais.

A UCC desenvolve múltiplas atividades que vão além da resposta domiciliária, nomeadamente em projetos e programas como: o Conselho Local de Ação Social do Conselho e Rendimento Social de Inserção; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Intervenção precoce na infância; Núcleo de Intervenção Local para a Área de Violência Doméstica; Preparação para a Parentalidade e readaptação Pós-Parto; Estatuto de Cuidador Informal; Núcleo de Apoio a Projeto de Aprendizagem em Contexto Comunitário; Crianças e Jovens em Risco; Comissão de Apoio aos Idosos; Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA); Projeto Respira (Intervenção no controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva); Programa de Saúde Mental e Programa de Saúde Escolar.

No âmbito da UCC a intervenção do EEESMP revela-se ampla e diversificada, incluindo a realização de consultas individualizadas, visitas domiciliárias em articulação com a Saúde Pública, a avaliação de riscos e do estado mental, a participação ativa e a coordenação de projetos comunitários, bem como o envolvimento em reuniões do departamento de psiquiatria da ULS, nomeadamente nas áreas comunitária e de pedopsiquiatria.

O circuito do utente em saúde mental inicia-se com o encaminhamento da Saúde Pública, de outros profissionais de saúde, de entidades da comunidade (como o contexto escolar) ou por iniciativa do próprio utente. Após o encaminhamento, realiza-se uma consulta ou visita domiciliária, consoante a necessidade identificada, o que permite avaliar o estado mental e definir intervenções adequadas.

Neste contexto clínico, a prática foi sustentada por diferentes modelos teóricos de enfermagem, nomeadamente a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e, no âmbito da promoção da saúde, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, permitindo uma abordagem integrada, centrada na pessoa e orientada para a promoção da autonomia e adaptação aos processos de saúde-doença.

De forma particular, o estudo de caso desenvolvido neste contexto evidenciou a centralidade da Teoria das Transições na saúde mental. À luz deste referencial, as mudanças experienciadas pela utente configuram uma transição simultaneamente situacional e de saúde/doença, traduzindo um processo dinâmico de adaptação a novas circunstâncias, frequentemente marcado por vulnerabilidade emocional e risco de desorganização (Meleis, 2010; Im & Meleis, 2021). Neste enquadramento, o enfermeiro assume um papel determinante enquanto facilitador de transições saudáveis, exigindo-se a capacidade de identificar criticamente fatores facilitadores e inibidores do processo adaptativo, bem como planear e implementar intervenções individualizadas, sensíveis à singularidade da pessoa e ao seu contexto de vida.

Este contexto de estágio constituiu uma experiência particularmente enriquecedora, ao permitir compreender a relevância da comunidade, da família e do contexto sociocultural na promoção e na prevenção da saúde mental.

1.3. Contexto de Respostas Diferenciadas

O estágio referente ao contexto de respostas diferenciadas, foi realizado num serviço integrado de Pedopsiquiatria da região da grande Lisboa, em três contextos distintos na área da pedopsiquiatria, nomeadamente serviço de urgência de pedopsiquiatria (SUPedo), Serviço de internamento de Pedopsiquiatria e Unidade de Hospitalização Domiciliária de Pedopsiquiatria (UHDP).

O SUPedo é uma das três urgências pedopsiquiátricas a nível nacional, tendo uma extensa área de abrangência para além da região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, sendo destinado ao atendimento de situações que exigem resposta imediata e que não podem esperar por consulta programada.

Mediante a avaliação pediátrica, são encaminhados casos como: psicose aguda, risco ou tentativa de suicídio, agitação psicomotora grave sem causa orgânica e situações clínicas graves ou complexas que exigem intervenção pedopsiquiátrica urgente (SNS, 2023). Este serviço comporta recursos humanos e estruturais particulares, nomeadamente ser assegurado por EEESMP e possuir uma sala destinada à observação e gestão de situações de crise, equipada com revestimento almofadado nas paredes e colchões, de forma a minimizar o risco de lesão em situações de agitação psicomotora ou alterações comportamentais. Este espaço permite a permanência e observação de situações problemáticas, garantindo condições apropriadas para avaliação, estabilização e encaminhamento terapêutico. A natureza aguda das situações clínicas implica uma avaliação contínua do risco, bem como uma tomada de decisão fundamentada, que assegure a proteção da criança/jovem e da equipa, sem comprometer o estabelecimento da relação terapêutica.

O serviço de internamento de pedopsiquiatria, tem disponibilidade de 16 vagas, sendo maioritariamente proveniente do SUPedo, contudo podem ser encaminhados de outros serviços, após estabilização do foro orgânico. Nesta unidade de internamento de pedopsiquiatria, as perturbações mais frequentes são as perturbações do comportamento alimentar, os comportamentos suicidários

com quadros autolesivos, perturbações do comportamento, perturbações da personalidade e perturbações do espectro do autismo.

A equipa multidisciplinar que constitui o serviço, é composta por Pedopsiquiatras, Enfermeiros generalistas, EEESMP, Psicólogos, Terapeuta Ocupacional (TO), Psicomotricista, Assistentes Técnicos e Técnicos Auxiliares de Saúde, trabalhando em conjunto para assegurar a recuperação e capacitação das crianças e adolescentes internados.

O método de trabalho neste serviço consiste no método enfermeiro de referência, que atribui a um enfermeiro a responsabilidade pelos cuidados de enfermagem de cada utente, desde a admissão até à alta, coordenando, supervisionando e ajustando o plano terapêutico, garantindo continuidade e personalização dos cuidados, sempre centrados nas necessidades e preferências do utente, reforçando assim a comunicação, o envolvimento familiar e o apoio social (Ventura-Silva et al., 2021). Contudo, também é utilizado o método à tarefa, para algumas atividades, como preparação da terapêutica medicamentosa, vigilância e assistências nos cuidados de higiene. Segundo Ventura-Silva et al (2021), este método apresenta algumas vantagens, como maior produtividade e economia de tempo, tal como desvantagens que implicam a segurança do utente, como aumento do risco de eventos adversos, a fragmentação e impessoalidade dos cuidados, e a dificuldade em individualizar e avaliar a intervenção de enfermagem.

O enfermeiro de referência assume particular relevância na pedopsiquiatria, uma vez que favorece a construção de uma relação terapêutica, a continuidade dos cuidados e a avaliação integrada das necessidades da criança e família. Esta abordagem vai ao encontro da necessidade, destacada na literatura, de modelos de cuidados mais integrados, colaborativos e centrados no utente, que promovam melhores resultados em saúde mental infantil e juvenil (Kumar et al., 2020).

A complementaridade pontual com o método à tarefa, embora funcional do ponto de vista organizacional e de gestão, exige uma supervisão contínua e uma prática reflexiva, com o intuito de minimizar a fragmentação dos cuidados e salvaguardar a sua qualidade, segurança e humanização (Parreira et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2026).

A UHDP é um projeto iniciado em 2024, que surgiu como uma nova forma de dar resposta às necessidades emergentes na área da pedopsiquiatria, tendo duas vagas para crianças e adolescentes que apresentem estabilidade orgânica, adesão ao projeto terapêutico e condições sociofamiliares adequadas para internamento no domicílio. Os critérios necessários são diversos, nomeadamente um cuidador disponível, recursos de comunicação para teleconsultas, e residência situada num raio de 30 km do hospital (Silva et al., 2024). A unidade funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, oferecendo visitas presenciais diárias de diversos membros da equipa multidisciplinar, teleconsultas e apoio telefónico, com intervenções equivalentes às do internamento hospitalar, adaptadas ao plano terapêutico individual (Silva et al., 2024). A equipa multidisciplinar é composta por pedopsiquiatras, pediatrias, EEESMP, TO, psicomotricista, psicólogos e nutricionista.

A identificação das necessidades da criança/jovem e respetiva família é realizada de forma contínua e dinâmica, com especial enfoque na avaliação inicial conduzida pelo enfermeiro de referência, através da entrevista clínica, observação sistematizada e análise do contexto familiar e social, sendo posteriormente enriquecida pelos contributos dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar.

A articulação da equipa ocorre através de reuniões multidisciplinares, que permitem a partilha de informação, discussão de casos e tomada de decisão conjunta, promovendo uma intervenção consistente e integrada. Paralelamente, os momentos de visita constituem uma oportunidade privilegiada de interação com a família, favorecendo o estabelecimento de uma comunicação terapêutica eficaz, a clarificação de dúvidas e o seu envolvimento ativo no processo de cuidados. Sempre que necessário, são realizadas reuniões familiares estruturadas, com o objetivo de aprofundar a compreensão das dinâmicas familiares, alinhar expectativas e promover estratégias de intervenção partilhadas.

Este contexto permitiu observar a assunção da família como elemento central no processo terapêutico, sendo integrada ativamente na avaliação, planeamento e implementação dos cuidados. Este envolvimento concretiza-se através de intervenções psicoeducativas e estratégias de capacitação parental, reconhecendo-se o seu papel determinante na adesão ao tratamento, na continuidade dos cuidados e na promoção da saúde mental da criança/jovem (Mesarič et al., 2023).

O Plano Individual de Cuidados é elaborado pelos enfermeiros de referência, em articulação com a equipa multidisciplinar, com base na integração de dados clínicos e psicossociais, na definição de prioridades e no estabelecimento de objetivos terapêuticos individualizados (O'Leary et al., 2024). O plano assume um carácter dinâmico, sendo sujeito a reavaliação contínua, garantindo a adequação das intervenções às necessidades e evolução clínica da criança/jovem.

Foi possível perceber que o contexto domiciliário oferece várias vantagens, tais como a promoção da humanização dos cuidados, a redução de custos em comparação com o internamento hospitalar e a otimização da disponibilidade de camas para doentes agudos no internamento de pedopsiquiatria. No contexto de atuação domiciliária, o EEESMP incentiva e capacita a família, com apoio técnico no seu próprio contexto, e facilita uma articulação mais estreita com os cuidados de saúde primários, setor social ou comunitário (SNS, 2024).

PARTE II – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS NOS DIFERENTES EC

1. Competências adquiridas e desenvolvidas em EC

O desenvolvimento de competências especializadas resulta da consolidação e aprofundamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, integrando simultaneamente um conjunto de competências de tronco comum a todos os enfermeiros especialistas, bem como competências específicas do EEESMP e competências de nível de mestre (OE, 2019). Este percurso formativo implicou uma articulação contínua entre conhecimento teórico, prática clínica e reflexão crítica, promovendo o desenvolvimento de uma intervenção diferenciada, autónoma e fundamentada na evidência científica.

1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

No âmbito do processo de certificação das suas competências, o enfermeiro especialista demonstra aptidão para adquirir, integrar e mobilizar competências na prática profissional, intervindo em diversos contextos e fases do ciclo vital. Esta intervenção pressupõe a articulação consistente de conhecimentos, capacidades e habilidades, permitindo uma resposta qualificada, ajustada e eficaz às necessidades da pessoa, da família e da comunidade.

1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Os enfermeiros especialistas detêm, um conjunto de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Estas competências referem-se ao desenvolvimento da prática profissional, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantem práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, a segurança, a privacidade, a dignidade da pessoa e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

Na área da saúde mental, existem diversos aspetos importantes suscetíveis à reflexão, como o internamento involuntário, a dignidade, a autonomia e a privacidade da pessoa internada no serviço de psiquiatria.

Durante o estágio em contexto hospitalar, observei que pessoas internadas em regime involuntário nem sempre compreendem o motivo do internamento, o que frequentemente gera ansiedade, desconfiança e sentimentos de revolta. Uma situação concreta que suscitou particular necessidade de reflexão ocorreu na admissão de um utente, na entrevista inicial que tive oportunidade de realizar. A pessoa desconhecia a tipologia do internamento e o seu enquadramento legal, questionando e recusando o internamento numa atitude de revolta. Nesse momento foi necessário, clarificar o motivo clínico e o respetivo enquadramento legal do regime involuntário e mobilizar competências de comunicação (escuta ativa, assertividade empática, clarificação, reformulação).

Esta experiência despertou em mim sentimentos de inquietação e responsabilidade acrescida, ao reconhecer o impacto que a falta de informação e compreensão pode ter na vivência subjetiva do internamento. A situação evidenciou a importância do enfermeiro possuir conhecimento atualizado da legislação aplicável, mas também competências comunicacionais que permitam explicar e esclarecer em linguagem clara, acessível e ajustada ao estado emocional da pessoa.

A reflexão decorrente desta vivência contribuiu para o desenvolvimento da minha competência ética e relacional, reforçando a importância da empatia, da comunicação terapêutica e da transparência no

cuidar, independentemente da tipologia do internamento de cada pessoa que necessita de cuidados do foro mental.

A privação da liberdade das pessoas internadas deve ser refletida, e não apenas implementada por prática comum nos serviços de internamento em psiquiatria, devendo haver inovação e revisão das práticas realizadas, tendo por base o modelo principialista (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) e os princípios éticos de autonomia, dignidade, integridade e vulnerabilidade, que integram os modelos bioéticos europeus (Rendtorff & Kemp, 2019).

Tratando-se de um serviço à “porta fechada”, existem regras que não se aplicam a outros serviços no contexto hospitalar nomeadamente restrições à saída dos utentes, visitas em horários específicos, proibição do uso da roupa própria, limitação do acesso a determinados objetos pessoais potencialmente perigosos, e mecanismos de exceção como disponibilizar uma sala de fumo e controlo do consumo tabágico. Numa reflexão inicial, interpretei algumas destas medidas como potencialmente contraditórias aos princípios da autonomia e da liberdade individual, levando-me a questionar o seu impacto na experiência de internamento e no processo de recuperação da pessoa.

Numa reflexão mais aprofundada sobre o meu pensamento, enquanto enfermeira que exerce funções num serviço similar, reconheci que estas normas não decorrem apenas de tradições institucionais ou da cultura organizacional, mas também da necessidade de gerir riscos associados à autoagressão, heteroagressão, fuga ou incapacidade temporária da pessoa para tomar decisões seguras em consequência da sua condição clínica. Neste sentido, as restrições procuram dar resposta aos princípios da beneficência e da não maleficência, assegurando a proteção da pessoa e de terceiros.

Ainda assim, esta reflexão levou-me a questionar até que ponto determinadas restrições são continuamente reavaliadas e individualizadas ou se, por vezes, são aplicadas de forma generalizada a todos os utentes. Considero que o verdadeiro desafio ético reside no equilíbrio entre a proteção e o respeito pela autonomia, dignidade e liberdade da pessoa, exigindo uma avaliação clínica contínua que garanta que qualquer limitação de direitos é proporcional, justificada e aplicada apenas durante o tempo estritamente necessário.

Esta análise permitiu-me reconhecer que a segurança não deve ser entendida apenas como controlo do risco, mas também como a capacidade de criar um ambiente terapêutico promotor de autonomia e *recovery*. Embora a literatura descreva como vantagens deste tipo de regime a maior proteção das pessoas internadas, a prevenção de situações de risco e a facilitação da vigilância clínica, são igualmente apontadas desvantagens como a sensação de confinamento, o impacto emocional associado à perda de liberdade, o aumento da dependência institucional e o risco de criação de ambientes menos terapêuticos (Butterworth et al., 2022; Haglund et al., 2006).

Apesar do enquadramento legal e dos referenciais de boas práticas apresentados anteriormente, importa referir que, na prática clínica experienciada, nem sempre foi possível identificar a implementação consistente de alguns destes princípios, quer no contexto de estágio, quer no meu contexto profissional atual. Em particular, aspetos como a promoção da autonomia, a utilização estruturada da decisão partilhada, a redução efetiva de medidas restritivas ou o planeamento formalizado da alta com articulação precoce com a comunidade, nem sempre se evidenciaram de forma clara e integrada na prática assistencial. Esta constatação reforçou a necessidade de desenvolver uma postura crítica e reflexiva perante as práticas instituídas, reconhecendo que a concretização dos princípios éticos e legais exige não apenas conhecimento normativo, mas também

capacidade de questionamento, advocacia pela pessoa cuidada e compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em contexto comunitário, em todas as atividades desenvolvidas, tais como visitas domiciliárias (VD), consultas individualizadas, intervenção em âmbito escolar, etc., procurei guiar a minha atuação por estes princípios éticos e deontológicos, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia e confidencialidade.

As VD são um momento crucial na identificação das necessidades e perceção do contexto em que a pessoa se encontra inserido, no qual respeitei sempre a privacidade do indivíduo e respetiva família, adotando uma postura discreta e respeitando o espaço do indivíduo e respetiva família. Durante uma visita domiciliária, vivenciei uma situação que suscitou reflexão. Esta VD ocorreu devido à referenciação de um casal pelo serviço de ação social do município no qual a UCC se encontra inserida. Esta VD foi realizada pelo EEESMP e pela assistente social no contexto da doença mental do marido, da esposa ter problemas oftalmológicos, e de ambos não apresentarem comportamento de procura de saúde. Durante a visita, o marido não deixou a equipa entrar na habitação, nem conversar com a esposa, referindo que a mesma estava a descansar, que mantinha acompanhamento no setor privado e que tinha ido a uma consulta recentemente, com o médico de medicina geral e familiar. Após a visita, a equipa verificou que a informação obtida, não coincidia com a informação do SClínico. Na semana seguinte, a equipa retornou ao domicílio e ambos recusaram explicitamente qualquer cuidado prestado, o que me despertou um sentimento de frustração e impotência, acompanhado de pensamentos de repulsa por este tipo de comportamento de recusa de ajuda. Estes sentimentos salientaram a dificuldade de aceitar a recusa de encaminhamento ao acesso aos cuidados de saúde, após percecionar a vulnerabilidade e necessidade dos mesmos. Esta situação originou a necessidade de refletir em conjunto com a minha supervisora clínica, analisar a minha perspetiva paternalista e rever conhecimentos na área da ética e deontologia, e aprofundar a análise sobre a tomada de decisão relativa aos cuidados de saúde.

A experiência foi muito positiva e enriquecedora para o autoconhecimento, para uma melhor compreensão dos limites da intervenção comunitária e para a consciência da importância do respeito da autonomia do utente e, neste caso, do casal. A autonomia é um dos conceitos fundamentais da bioética, que dependem de diversos fatores como a informação fornecida e capacidade de raciocínio reduzida (Rendtorff & Kemp, 2019). Na área de ESMP, é necessária uma avaliação completa da capacidade de decisão da pessoa, devido a alterações do estado mental que podem comprometer a autonomia. A prestação de cuidados sem consentimento, apenas se justifica quando o indivíduo representa risco para si ou para terceiros, ou quando é incapaz de satisfazer as necessidades básicas, devendo existir um equilíbrio entre o respeito pela autonomia e o dever de proteção (Pirotte & Benson, 2023; Tunzi & Spike, 2014).

A lei de Saúde Mental (Lei n.º 35/2023), vai de acordo com o referido, sendo mencionadas na lei, medidas em caso de o utente apresentar critérios tais como colocar a sua vida ou de terceiros em perigo, devendo estas ser implementadas pelo tempo estritamente necessário. No entanto nesta situação, não havia critérios para restringir a autonomia do utente, o que tivemos de respeitar a tomada de decisão do casal.

A situação vivenciada evidencia a complexidade da intervenção em saúde mental comunitária, onde a autonomia, a confidencialidade e a resistência ao cuidado podem constituir desafios significativos.

Nas consultas individualizadas, mobilizei uma comunicação terapêutica assente em princípios éticos, nomeadamente o respeito pela dignidade da pessoa, a aceitação incondicional e a não emissão de juízos de valor, promovendo um ambiente seguro e de confiança que facilitasse a expressão de sentimentos e emoções.

A realização de intervenções em contexto de saúde escolar e reuniões interdisciplinares de pedopsiquiatria e comunitárias permitiu-me compreender a importância da articulação entre diferentes profissionais e instituições, reconhecendo que o respeito pelos princípios ético-legais deve estender-se também à cooperação e à partilha responsável de informação.

Durante a prática clínica em contexto de respostas diferenciadas, procurei orientar a minha intervenção pelos princípios éticos e deontológicos da profissão, não apenas como referência normativa, mas como eixo orientador da tomada de decisão em situação real. A aplicação destes princípios exigiu um exercício contínuo de reflexão sobre a adequação das minhas atitudes e intervenções, sobretudo em contextos de maior vulnerabilidade e complexidade clínica.

Na UHDP, as visitas domiciliárias contribuíram para o desenvolvimento de competências na identificação das necessidades da criança/jovem e da sua família, bem como na adequação das intervenções. A prestação de cuidados em contexto familiar permitiu-me compreender de forma mais aprofundada o impacto do ambiente no processo de saúde-doença da criança/jovem, reforçando a importância de uma abordagem centrada na pessoa e no seu contexto de vida.

Durante estas intervenções, procurei respeitar a privacidade da criança/jovem e da sua família, adotando uma postura ética, empática e respeitadora do espaço domiciliar, enquanto promotora de uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito mútuo.

A participação nas reuniões multidisciplinares, que decorrem em internamento diariamente, reforçou a importância da articulação entre diferentes profissionais, reconhecendo que o respeito pelos princípios ético-legais deve estender-se também à cooperação e à partilha responsável de informação, do mesmo modo que permitem reforçar a importância da participação do enfermeiro especialista na tomada de decisão em equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar. Segundo diversos estudos, os enfermeiros especialistas assumem uma participação mais ativa nos processos de tomada de decisão, maior autonomia e controlo sobre a prática de enfermagem, desempenham funções de liderança acrescida, beneficiando de um reconhecimento ampliado da sua perícia clínica (Lopes et al., 2018).

No contexto do internamento de pedopsiquiatria, deparei-me com uma situação que suscitou a necessidade de reflexão ética. Um jovem de 14 anos, muçulmano praticante, que durante o período de internamento mantinha práticas religiosas regulares, nomeadamente a realização de higiene reforçada, em particular antes de orações, e a oração várias vezes ao dia. Estas práticas exigiam vigilância contínua por parte da equipa multidisciplinar, implicando a presença de um profissional durante determinados momentos do dia, o que requeria uma maior gestão dos recursos humanos do serviço.

A acomodação das práticas religiosas revelou-se benéfica para o bem-estar do jovem, promovendo sentimentos de segurança e preservação da identidade em contexto de internamento, tendo colocado desafios organizacionais, exigindo o equilíbrio entre a segurança e o respeito pelas crenças do utente. Esta experiência evidenciou a importância da competência cultural na prestação de cuidados centrados na pessoa, reforçando que, em pedopsiquiatria, a integração da dimensão cultural e

espiritual contribui para cuidados mais humanizados, eficazes e ajustados às necessidades da criança/jovem e da família (Swihart et al., 2023).

Esta experiência suscitou a reflexão sobre a importância de reconhecer e respeitar a dimensão espiritual e religiosa como parte integrante da identidade da criança/jovem, mesmo em contextos de internamento psiquiátrico. A prática religiosa, para este jovem, contribuía para o sentido de identidade e segurança, sendo a sua acomodação fundamental para a promoção do bem-estar emocional e para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada no respeito e na confiança, assim como na articulação entre a garantia da segurança e o respeito pelas suas crenças religiosas. A necessidade de vigilância durante determinados rituais implicou uma adaptação da distribuição dos profissionais e uma reflexão contínua sobre a melhor forma de conciliar as necessidades individuais do utente com o funcionamento global do serviço.

Esta situação reforçou a necessidade de uma prática profissional sensível à diversidade cultural e religiosa, integrando sistematicamente estas dimensões no planeamento dos cuidados, através da articulação com a equipa multidisciplinar, promovendo cuidados seguros, éticos e centrados na pessoa.

De forma global, a reflexão desenvolvida ao longo dos diferentes contextos de EC, permitiu-me compreender que as competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal não se consolidam apenas pelo conhecimento normativo, mas sobretudo pela confrontação com situações reais, complexas e eticamente exigentes. A atuação supervisionada, o reconhecimento dos limites do meu papel enquanto estudante e a fundamentação ética das decisões constituíram elementos estruturantes deste percurso de aprendizagem.

A exposição continuada a problemas e dilemas ético-legais e relacionais, posteriormente reforçada pela prática atual em internamento de psiquiatria - unidade de agudos, contribuiu para aprofundar a minha capacidade de análise crítica, ponderação e decisão responsável. Assim, considero que esta competência foi desenvolvida através da articulação entre experiência, supervisão e reflexão sistemática, permitindo transformar vivências em aprendizagem significativa.

Este percurso traduziu-se numa evolução na forma como interpreto situações complexas, comunico com responsabilidade e sustento decisões clínicas, integrando a reflexão contínua como parte constitutiva da minha identidade profissional e do exercício de uma prática especializada em saúde mental.

1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No processo de melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista deve ter um papel dinamizador no suporte e desenvolvimento das iniciativas institucionais na área da governação clínica, colaborando e gerindo programas de melhoria contínua, bem como garantir um ambiente terapêutico seguro (OE, 2019).

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem evidenciam o papel abrangente do enfermeiro, quer junto da pessoa cuidada, quer na comunidade, estruturando-se em dimensões como a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização eficaz dos serviços. Neste enquadramento, a qualidade e a adequada gestão dos cuidados favorecem a construção de um ambiente de confiança, potenciando a satisfação da pessoa relativamente aos cuidados recebidos. Contudo, a perceção da qualidade dos

cuidados tem um carácter subjetivo e varia conforme as necessidades e expectativas individuais, constituindo essa diversidade, um elemento fundamental para a reflexão crítica e para a melhoria contínua da prática profissional dos enfermeiros (Neto et al., 2023).

Ao longo do percurso formativo, foi desenvolvido um PMCQCE, emergente de uma problemática identificada no contexto da prática clínica onde atualmente exerço funções. Esta problemática, reconhecida também pela equipa, foi alvo de reflexão sobre a prática e na identificação de lacunas ao nível da resposta às necessidades das pessoas internadas no serviço de psiquiatria.

A estruturação do projeto implicou um processo reflexivo contínuo, não se centrando apenas na análise da qualidade dos cuidados prestados, mas também na reflexão sobre o contexto profissional, as dinâmicas institucionais e as práticas existentes. Neste sentido, o projeto pretende assumir um papel de mudança, orientado para a transformação da prática e para a promoção de cuidados mais ajustados, centrados na pessoa e baseados na evidência.

A sua conceção decorreu de forma colaborativa com a equipa de enfermagem, valorizando o contributo dos profissionais na identificação de necessidades, na definição de prioridades e na construção de estratégias de intervenção. Este processo revelou-se importante para promover o envolvimento da equipa e facilitar a continuidade das mudanças propostas.

Assim, o desenvolvimento do projeto integrou o estudo aprofundado da problemática, a definição de estratégias de intervenção fundamentadas e a construção de um programa orientado para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A fundamentação teórica, bem como o processo de implementação e a análise dos resultados, serão apresentados na Parte III do presente trabalho.

No contexto hospitalar onde tive oportunidade de realizar o EC, não possuía nenhum projeto de melhoria contínua da qualidade em vigor tendo investido no desenvolvimento do projeto de melhoria contínua que se encontra descrito na terceira parte deste relatório, nomeadamente na realização de algumas sessões grupais. A similaridade entre o contexto de EC e aquele onde exerço funções, constituiu uma oportunidade privilegiada para desenvolver e aplicar, sob supervisão clínica da EEESMP orientadora, algumas das intervenções que integraram o PMCQCE, tendo sido um espaço privilegiado para implementação piloto das intervenções planeadas, permitindo obter feedback relativamente a sua adequação e execução. Na vertente pessoal, foi enriquecedor, tendo contribuído para o aumento da minha autoconfiança, o desenvolvimento de competências de comunicação e o planeamento de intervenções no âmbito da saúde mental.

No contexto comunitário o desenvolvimento desta competência, ocorreu através da participação e colaboração em projetos que decorreram na UCC, tal como o projeto MenteSaudável, que tem como objetivos gerais: Formar adolescentes como mentores; Implementar sessões de mentoria com crianças e; Criar materiais de sensibilização. No âmbito deste projeto tive a oportunidade de intervir em contexto de Saúde Escolar, dando a conhecer o projeto na tentativa de angariar participantes para o mesmo, intervindo em todas as turmas do 10º ao 12º ano numa Escola Secundária, num dos municípios da área de atuação da UCC.

O desenvolvimento desta competência foi igualmente sustentado pela elaboração de uma formação em serviço no âmbito do desenvolvimento de competências socioemocionais estando a mesma integrada no PMCQCE que desenvolvi, o que proporcionou a consolidação de conhecimentos teóricos através da sua aplicação prática, tal como o desenvolvimento da minha capacidade de planeamento,

organização e avaliação de intervenções formativas orientadas para a melhoria da qualidade dos cuidados.

No contexto de respostas diferenciadas, ocorreu a possibilidade de operar na comunicação de resultados das atividades institucionais aos enfermeiros e gestores, através da análise dos resultados da intervenção realizada pela equipa multidisciplinar no projeto de UHDP, em articulação com a enfermeira orientadora, com intuito de apresentação dos resultados da intervenção à equipa multidisciplinar. Este processo possibilitou uma reflexão crítica sobre a adequação e sensibilidade dos instrumentos de avaliação e intervenções implementadas, permitindo uma análise mais fundamentada dos resultados obtidos e do impacto dos cuidados prestados, contribuindo para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Durante os diferentes contextos de EC, procurei contribuir ativamente para a promoção de um ambiente seguro e facilitador de *recovery*, através da identificação de fatores de risco, da definição clara de limites e da disponibilização de tempo para a expressão emocional. Investi particularmente no estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na escuta ativa, empatia e validação, reconhecendo-a como elemento estruturante do ambiente seguro e facilitador da adesão ao plano de cuidados (Thibeault et al., 2010; Opland & Torrico, 2024).

Estas experiências permitiram aplicar conhecimentos teóricos na prática clínica, refletir sobre a adequação das intervenções e consolidar o meu papel enquanto agente ativo na melhoria da qualidade dos cuidados.

1.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

No desenvolvimento deste domínio, o EEESMP deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta e a articulação na equipa de saúde, e adaptando a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2019). Na prestação de cuidados, o enfermeiro especialista é continuamente desafiado a criar mentalmente um modelo com elementos cognitivos e técnicos, devendo conseguir comparar a situação que está a observar com a forma ideal de prestar cuidados, obtendo uma prestação de cuidados com a melhor qualidade possível (Páscoa & Rosário, 2024).

No cumprimento deste desiderato, a elaboração do projeto de aprendizagem no início de cada EC revelou-se fundamental para a definição de objetivos, prioridades e estratégias de intervenção, constituindo um instrumento estruturante do meu percurso formativo, iluminado pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializada. O planeamento das atividades, em articulação com os supervisores clínicos, permitiu organizar o desenvolvimento progressivo das competências do enfermeiro especialista, assegurando coerência entre os objetivos delineados e as especificidades de cada contexto de prática.

Contudo, este processo assumiu um carácter dinâmico, exigindo reajustes e adaptações face a imprevistos e às necessidades emergentes da equipa e das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental. Esta flexibilidade evidenciou a importância da capacidade de adaptação do EEESMP na gestão dos cuidados, ajustando intervenções e prioridades de forma crítica e fundamentada.

Segundo Lourenço et al. (2022), uma habilidade prática fundamental, para o exercício da profissão de enfermagem, é a tomada de decisão, cuja complexidade exige a capacidade de atender às necessidades das pessoas por meio de decisões rápidas e eficazes. Considero que esta competência foi

particularmente evidenciada na estruturação dos diversos estudos de caso, nomeadamente no desenvolvimento e planeamento de intervenções individualizadas, centradas e em parceria com a pessoa. Sendo as mesmas sustentadas num processo contínuo de reflexão partilhada com a orientadora e supervisora. Este percurso permitiu integrar planeamento, tomada de decisão e avaliação crítica, consolidando a minha capacidade de gerir cuidados de forma organizada, reflexiva e ajustada ao contexto em que a pessoa se encontra inserida.

Segundo diversos estudos, os enfermeiros especialistas assumem uma participação mais ativa nos processos de tomada de decisão, maior autonomia e controlo sobre a prática de enfermagem, e desempenham funções de liderança acrescida, beneficiando de um reconhecimento ampliado da sua perícia clínica (Lopes et al., 2018).

A liderança e a gestão em saúde integram diferentes abordagens complementares, desde modelos transformacionais, autênticos e éticos, que inspiram a inovação e a integridade, até estilos transacionais, autoritários, servidores, participativos e situacionais, que permitem adaptar as intervenções à maturidade da equipa e à complexidade do ambiente clínico (Singh et al., 2024, Wu et al., 2024). Enquanto a gestão se foca predominantemente na manutenção da ordem, consistência e organização de recursos, a liderança centra-se na definição de direção, influência mútua e na condução de mudanças e transições para melhorar o *outcome* da pessoa que necessita de cuidados de saúde, não descurando o bem-estar dos profissionais (Singh et al., 2024).

No contexto comunitário tive a oportunidade, de ser supervisionada pela EEESMP, que simultaneamente exerce funções de coordenação da UCC, sendo possível observar e refletir sobre uma gestão mais humana e empática, que valoriza os recursos humanos. A gestão humanizada é direcionada ao colaborador, elemento fundamental para a obtenção de resultados, tendo as mesmas necessidades sociais, psicológicas e emocionais (Silva & Antônio, 2020). Esta perspetiva de gestão permite alinhar os objetivos institucionais com as necessidades dos colaboradores, promovendo a empatia, a comunicação participativa, um ambiente organizacional mais saudável e a valorização das competências específicas de cada profissional, conciliando produtividade e qualidade de vida no trabalho (Carvalho & Borges, 2025).

O estilo de liderança percecionado na enfermeira supervisora revelou-se predominantemente híbrido, integrando características de liderança participativa e transformacional. Por um lado, a liderança participativa evidenciou-se na valorização das contribuições individuais e no incentivo à partilha de ideias, promovendo um maior envolvimento da equipa e o desenvolvimento de soluções criativas (Singh et al., 2024). Por outro, a vertente transformacional manifestou-se na capacidade de mobilizar a equipa em torno de uma visão comum, estimulando a motivação, a inovação e a superação das expectativas individuais (Wu et al., 2024; Singh et al., 2024). A articulação destes estilos revelou-se potenciadora não só da condução sustentada de mudanças organizacionais, como também da promoção do bem-estar, da satisfação profissional e do fortalecimento da coesão da equipa.

Durante o EC, foi possível observar de forma concreta esta abordagem na atuação da EEESMP, nomeadamente através da implementação de estratégias de motivação, da prática de escuta ativa e da valorização equitativa dos diferentes elementos da equipa. Esta gestão de carácter humanizado refletiu-se num elevado nível de coesão e envolvimento dos profissionais, com impacto positivo na produtividade e no desempenho global do serviço, traduzido num índice elevado de desempenho.

No contexto hospitalar e no contexto de respostas diferenciadas, percecionei o papel do enfermeiro especialista enquanto líder clínico, com responsabilidade na gestão do turno, na organização dos cuidados e na articulação da equipa multidisciplinar. Esta liderança, assente, tanto nos cuidados prestados como na supervisão das tarefas delegadas, exigiu-me o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, de gestão de prioridades e de adaptação às contingências do serviço, garantindo simultaneamente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Reflexivamente, a observação de diversos modelos de liderança permitiu-me compreender que a eficácia do EEESMP, enquanto líder, não se sustenta na adoção de um estilo único, mas antes na capacidade de mobilizar e integrar diferentes abordagens de forma flexível, crítica e contextualizada. Esta adaptação contínua às necessidades da equipa e à complexidade dos cuidados revela-se determinante para a promoção de práticas mais seguras, humanizadas e orientadas para a qualidade dos cuidados em saúde mental.

Os diversos EC permitiram consolidar competências no domínio da gestão dos cuidados, evidenciando a importância de uma prática especializada, flexível e reflexiva, apta a gerir a prestação de cuidados, liderar e avaliar continuamente, com vista à prestação de cuidados seguros, humanizados e centrados na pessoa e respetiva família.

1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EEESMP desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, sustentando a sua práxis clínica especializada na evidência científica (OE, 2019).

O autoconhecimento constitui uma competência estruturante, essencial para otimizar a relação utente-enfermeiro e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Younas et al., 2019).

No primeiro contacto no contexto hospitalar, fui informada de que realizaria o EC na ala masculina da unidade de internamento de psiquiatria. Esta informação despertou em mim sentimentos de ansiedade, vulnerabilidade e insegurança. Ao reconhecer o impacto dessas emoções, senti necessidade de realizar uma reflexão crítica estruturada, que me permitisse compreender a origem do desconforto e analisar de que forma poderia influenciar a minha prática.

Aprofundando essa reflexão, identifiquei que a minha reação estava associada a experiências profissionais anteriores, vivenciadas numa unidade de internamento de agudos de carácter misto onde exerço funções, marcadas por episódios pontuais de maior tensão, incluindo situações de agressão verbal e física, maioritariamente protagonizadas por utentes do sexo masculino. Embora circunstanciais, essas vivências influenciaram a minha perceção inicial do contexto, ativando mecanismos de alerta e autoproteção.

Este processo revelou-se fundamental para o desenvolvimento do autoconhecimento, permitindo-me reconhecer emoções, limites pessoais e possíveis preconceitos implícitos.

A reflexão realizada sobre esta experiência não cessou na identificação das emoções e preconceitos, tendo numa fase posterior analisado criticamente de que forma estas perceções influenciaram anteriormente a minha atuação clínica e o impacto na relação terapêutica.

Este exercício reflexivo, posteriormente validado através da discussão com a enfermeira orientadora e sustentado na evidência científica consultada, permitiu-me desenvolver estratégias de maior

autoconsciência e autorregulação emocional durante as interações com as pessoas. Ao longo deste percurso adotei uma postura mais consciente relativamente às minhas reações emocionais, procurando questionar pressupostos prévios e centrar a minha atenção nas características individuais de cada pessoa, em detrimento de generalizações associadas ao género ou ao diagnóstico. Esta reflexão sobre a própria reflexão contribuiu para uma prática mais crítica e fundamentada, reforçando a importância do autoconhecimento enquanto instrumento terapêutico essencial na prática clínica, tendo compreendido que enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista, devo adotar uma postura isenta de juízos de valor, promovendo uma relação terapêutica assente na empatia, escuta ativa e respeito pela singularidade da pessoa. A relação terapêutica, elemento central do processo de *recovery*, exige autorreflexão contínua e regulação emocional, garantindo que experiências prévias não comprometam a qualidade dos cuidados.

Durante todo o percurso formativo, investi intencionalmente no desenvolvimento do autoconhecimento. Para além das reflexões críticas sistemáticas, elaborei e atualizei diariamente um mapa de sentimentos e emoções, que me permitiu identificar padrões emocionais, reconhecer fatores desencadeantes e monitorizar a minha evolução ao longo dos diferentes contextos clínicos. Este exercício promoveu a autoconsciência e a autorregulação emocional, competências essenciais à prática especializada.

A assertividade assumiu igualmente um papel central. Segundo Al-Hawaiti et al. (2025), trata-se de uma competência essencial para uma prática de enfermagem proficiente, pois favorece a comunicação interpessoal, reduz tensões e promove cuidados mais seguros e eficazes. Neste sentido, procurei integrar estratégias de comunicação assertiva tanto na interação com as pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental, bem como com a equipa multidisciplinar nos diversos contextos. Recorri, sempre que necessário, a técnicas como o “disco riscado” e a técnicas dos 5 eu’s, sobretudo no estabelecimento de limites terapêuticos, verificando impacto positivo na qualidade das interações e no fortalecimento da relação terapêutica. Paralelamente, mobilizei os conhecimentos adquiridos no âmbito do meu PMCQCE, que integra o treino de assertividade como estratégia promotora da interação social da pessoa com patologia do foro mental.

Relativamente à prática baseada na evidência, ao longo dos diferentes contextos procurei estruturar os cuidados com base em informação científica atualizada, realizando pesquisas em fontes pertinentes e validando as intervenções com as enfermeiras orientadoras. Este processo contribuiu para a qualidade e segurança dos cuidados, bem como para o desenvolvimento do pensamento crítico, da autonomia profissional e da capacidade de fundamentação das decisões clínicas, em consonância com a prática profissional baseada na evidência enquanto pilar da enfermagem especializada.

Paralelamente, assumi um papel ativo na formação em serviço, tanto na qualidade de formanda como de formadora, reconhecendo a formação contínua como um pilar essencial do desenvolvimento profissional e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A literatura evidencia que a educação interpar e a formação em contexto clínico promovem o desenvolvimento de competências, a reflexão crítica e a transferência de conhecimento para a prática (Benner et al., 2010).

Enquanto formadora, dinamizei duas sessões dirigidas à equipa sobre temáticas que, em cada contexto, emergiram das vivências do serviço e das necessidades do momento. Uma das sessões realizada sobre transculturalidade em saúde mental, emergiu da necessidade identificada na prática clínica de aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a prestação de cuidados a

pessoas provenientes de diferentes contextos culturais. A crescente diversidade cultural das pessoas que necessitam de cuidados de saúde mental reforça a importância de o enfermeiro compreender a influência dos valores, crenças e práticas culturais na percepção da doença, na comunicação terapêutica, na relação com os profissionais de saúde e na adesão ao plano terapêutico (Gopalkrishnan, 2018).

Para o desenvolvimento desta formação recorri a metodologias ativas como o *role-play*, que permitiram a reflexão crítica sobre a influência da cultura na comunicação terapêutica e na prestação de cuidados culturalmente congruentes (Sebold et al., 2018). Esta abordagem encontra suporte no modelo de enfermagem transcultural de Leininger, que reforça a necessidade de cuidados culturalmente competentes para garantir a congruência entre valores e crenças na prestação de cuidados (Wehbe-Alamah & McFarland, 2020).

A segunda sessão incidiu sobre competências socioemocionais, baseada no modelo da *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning* (CASEL), centrada na importância da autorregulação emocional, empatia e relações interpessoais no contexto profissional. Esta formação emergiu da reconhecida importância das competências socioemocionais na prestação de cuidados em saúde mental e psiquiátrica. O aprofundamento desta temática no âmbito do desenvolvimento do PMCQCE, aliado à reflexão crítica realizada com a enfermeira orientadora, permitiu identificar a pertinência de abordar junto da equipa multidisciplinar. A evidência científica demonstra que o desenvolvimento de competências socioemocionais em profissionais de saúde contribui para a melhoria do trabalho em equipa, redução do stress ocupacional e aumento da qualidade dos cuidados prestados (CASEL, 2021; Payton et al., 2009).

Estas intervenções emergiram de necessidades identificadas pela equipa e contribuíram para a promoção de uma prática mais reflexiva, humanizada e colaborativa, alinhada com os princípios da aprendizagem organizacional e melhoria contínua em saúde.

Enquanto formanda, no contexto de pedopsiquiatria, participei numa sessão formativa dinamizada por dois EEESMP sobre o funcionamento da urgência pedopsiquiátrica, a qual se revelou fundamental para compreender a complexidade da avaliação, triagem e intervenção em situações de crise neste contexto específico. A formação contínua em contexto clínico constitui um elemento estruturante no desenvolvimento de competências especializadas, sendo determinante para a adaptação a contextos com elevada complexidade e para a melhoria sustentada da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Mlambo et al., 2021).

Esta experiência permitiu-me integrar novos conhecimentos na prática clínica, reforçando a importância da aprendizagem contínua e contextualizada.

No contexto comunitário, a proximidade com a pessoa, família e comunidade, aliada ao trabalho articulado com a equipa multidisciplinar, proporcionou múltiplas oportunidades de aprendizagem e reflexão. A consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira revelou-se essencial na gestão emocional, clarificação de expectativas e estabelecimento de relações terapêuticas ajustadas às necessidades identificadas.

Este contexto permitiu-me compreender de forma mais aprofundada o enquadramento sociocultural das pessoas acompanhadas, reconhecendo recursos comunitários, e vulnerabilidades sociais e económicas frequentemente associadas às perturbações mentais. Tal realidade despertou uma

reflexão ética mais sensível aos determinantes sociais da saúde mental e às desigualdades no acesso aos cuidados, reforçando o papel do enfermeiro enquanto agente promotor de equidade. Assumi uma postura ativa na análise de situações clínicas, na pesquisa de informação relevante e na utilização de recursos de apoio à prática, reconhecendo simultaneamente os meus limites e potencialidades.

A escolha da pedopsiquiatria constituiu uma oportunidade de aprendizagem especializada e exigente, centrada na criança e no adolescente. Este enquadramento possibilitou a consolidação de competências avançadas em saúde mental, sustentadas numa prática multidisciplinar, diferenciada e orientada para as especificidades do desenvolvimento infantojuvenil.

Globalmente, os diferentes EC permitiram consolidar uma identidade profissional assente na integração entre conhecimento científico, reflexão crítica, sensibilidade relacional e compromisso ético. Este percurso reforçou a minha capacidade enquanto futura enfermeira especialista, para promover cuidados seguros, humanizados e baseados na evidência, ao longo do ciclo vital.

1.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em ESMP

No âmbito da formação especializada em ESMP, as competências específicas constituem um pilar fundamental do desenvolvimento profissional do EEESMP.

Estas competências decorrem da capacidade de compreender e intervir nas respostas humanas aos processos de sofrimento mental e aos problemas de saúde decorrentes, tendo em conta os determinantes biopsicossociais da saúde (OE, 2019).

1.2.1. Conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional

Esta competência específica do EEESMP, está em consonância com o quarto domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, salientando assim a importância do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Segundo Al-Hawaiti et al., (2025), o autoconhecimento constitui uma dimensão central da prática do EEESMP, potenciando maior confiança na gestão de situações desafiadoras e favorecendo a prestação de cuidados culturalmente congruentes junto de pessoas com diferentes orientações, culturas e religiões. Ao reconhecer as próprias crenças, valores e reações emocionais, o enfermeiro torna-se mais apto a prestar cuidados empáticos, éticos e de maior qualidade. Nesta linha de raciocínio, os momentos, atividades e intervenções realizados nos diversos contextos de estágio revelaram-se oportunidades para o desenvolvimento desta competência.

No contexto hospitalar, a escolha da pessoa para a realização do estudo de caso foi intencional, com o intuito de desconstruir concepções prévias que detinha acerca da dependência, área na qual reconhecia maior dificuldade em mobilizar empatia e prestar cuidados de forma isenta de juízos de valor. A literatura evidencia que a estigmatização das pessoas com perturbação por uso de substâncias compromete a qualidade dos cuidados, nomeadamente através de crenças negativas dos profissionais, da persistência do modelo moral da adição e da não aceitação da dependência como doença crónica (Cazalis et al., 2023). Esta experiência constituiu uma oportunidade transformadora, permitindo-me rever pressupostos, ampliar a compreensão do fenómeno da adição e reforçar o compromisso de prestar cuidados livres de juízos de valor, não apenas nesta área específica, mas transversalmente a qualquer situação clínica.

Ao longo do meu percurso formativo, o desenvolvimento do autoconhecimento foi aprofundado através da reflexão sistemática das experiências vivenciadas, registadas semanalmente no diário de bordo (DB) e nas reflexões diárias com a EEESMP. O DB permitiu analisar de forma crítica as minhas emoções, reações e padrões de atuação, favorecendo uma maior consciência de mim, enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

A prática reflexiva revelou-se fundamental para aproximar o conhecimento teórico da realidade clínica, promovendo a competência, a tomada de decisão e o bem-estar emocional do estudante, contribuindo assim para uma formação mais robusta e para melhores resultados em saúde (Bowers et al., 2025).

No contexto comunitário, ocorreu uma situação particular que considero ter contribuído para o desenvolvimento desta competência. Esta situação ocorreu durante uma consulta individualizada, na qual a utente expressou sentimentos intensos de frustração e exaustão face à sobrecarga que sentia na gestão da sua vida familiar. Inicialmente, percebi em mim uma tendência automática para procurar “resolver” rapidamente a situação, oferecendo soluções práticas. Contudo, ao refletir e discutir o episódio em parceria com a EEESMP, reconheci que esta resposta estava ligada à minha própria necessidade interna de evitar o desconforto associado ao sofrimento do outro, baseada na perspetiva paternalista que já evidenciara na reflexão ética. Esta tomada de consciência permitiu-me identificar como as minhas idiossincrasias poderiam interferir na relação terapêutica, levando-me a recentrar a intervenção numa escuta mais ativa, validando emoções e facilitando a clarificação dos sentimentos da utente, em vez de acelerar a procura de soluções. Esta experiência reforçou a importância de regular as minhas próprias emoções e ajustar a comunicação terapêutica, promovendo intervenções mais autênticas, empáticas e alinhadas com as necessidades da pessoa.

No contexto de respostas diferenciadas, em *setting* pediátrico, no SUPedo, vivenciei uma situação que evidenciou claramente como as experiências pessoais podem influenciar a prestação de cuidados, reforçando a necessidade de refletir sobre o fenómeno da contratransferência.

Num dos turnos, foi admitida uma jovem de 14 anos por ideação suicida e comportamentos autolesivos, acompanhada pela avó paterna. A EEESMP realizou a triagem secundária num espaço que assegurava privacidade e segurança. Durante a avaliação, a jovem relatou que, após o divórcio dos pais, tinha vivido com a mãe e o padrasto, período durante o qual sofreu abusos físicos e sexuais. Referiu ainda residir atualmente com o pai e a avó paterna, sem contacto com a mãe. Ao explorar a ideação suicida, verbalizou: *“A minha mãe disse-me que preferia que eu estivesse morta, e eu a quero ver feliz.”* [sic]. Quando questionada sobre plano suicidário, afirmou: *“No dia de Natal, vou espetar em mim uma faca.”* [sic]. Demonstrou igualmente relutância em partilhar o sofrimento com a avó, referindo: *“Não quero preocupar a minha avó, ela ia ficar de rastos.”* [sic].

A intensidade da narrativa, aliada à presença de uma avó visivelmente fragilizada, despertou em mim sentimentos profundos de tristeza, preocupação e ansiedade. Por breves instantes, imaginei-me naquela realidade, o que intensificou o impacto emocional da situação. Ao observar a avó a entrar na sala para a avaliação médica, identifiquei em mim uma associação imediata à minha própria história de vida, nomeadamente a vivência de uma família disfuncional e o acolhimento, aos 10 anos, por uma tia-avó de idade avançada, figura que constituiu um suporte fundamental e que faleceu há dois anos. Esta identificação emocional configurou um processo de contratransferência, na medida em que a história da jovem ativou memórias e significados pessoais.

A tomada de consciência dos impasses terapêuticos foi um constante desafio à autoconsciência e desenvolvimento do autoconhecimento. Nesta situação em particular, tratando-se de uma contratransferência, foi fundamental o registo e monitorização dos sentimentos, pensamentos e respostas cognitivo-afetivas do terapeuta face ao utente (Sampaio et al., 2023). Por outro lado, a identificação deste fenómeno deve ser abordada de forma construtiva, podendo a supervisão clínica e a partilha com colegas mais experientes constituir estratégias facilitadoras (Prasko et al., 2010).

Apesar do envolvimento emocional sentido, consegui manter uma postura profissional e não interferir na avaliação clínica, recorrendo à autorregulação emocional. Esta experiência, embora exigente do ponto de vista emocional, foi extremamente enriquecedora, pois permitiu-me observar uma intervenção estruturada, centrada na segurança, na escuta ativa e na proteção da jovem. Simultaneamente, reforçou a importância do autoconhecimento enquanto ferramenta essencial na prática em saúde mental. Compreendi que reconhecer a contratransferência não compromete a empatia terapêutica; pelo contrário, contribui para uma intervenção mais consciente, ética e centrada na pessoa.

Em suma, estas vivências constituíram um momento marcante de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional. Permitiu-me reconhecer limites, identificar possíveis barreiras na relação terapêutica e reforçar a importância da reflexão contínua, e sobre a ação, validada em articulação com o supervisor clínico, como estratégia essencial para o desenvolvimento de uma prática consciente, crítica e fundamentada (Pires et al., 2016; Sérgio et al., 2023).

Os diversos contextos de estágio revelaram-se, assim, um espaço privilegiado de análise crítica, apoio e desenvolvimento, consolidando o meu percurso de capacitação enquanto futura EEESMP.

Durante o estágio, identifiquei elevada autoexigência, sentindo necessidade de maior autocompaixão, praticar gratidão e observar/interpretar sinais sobre a importância de priorizarmos a nossa saúde mental e física, com o intuito de ser melhor pessoa e enfermeira. A literatura evidencia que a autocompaixão se associa, de forma geral, a melhores níveis de saúde mental e bem-estar nos profissionais, podendo atuar como um fator protetor face a riscos psicossociais inerentes à prática clínica, como o burnout ou o stress traumático secundário (Crego et al., 2022). Para além disso, uma atitude autocompassiva pode favorecer a perceção de autoeficácia profissional, o sentimento de competência e a qualidade da relação terapêutica (Crego et al., 2022).

As enfermeiras supervisoras, contribuíram de forma crucial para o desenvolvimento desta competência, através de feedback construtivo contínuo após cada intervenção, no final de cada turno e no final de cada estágio.

1.2.2. Assistência à pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental

A competência de realizar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental implica a capacidade de recolher informação pertinente que permita compreender o estado de saúde mental da pessoa, com foco na promoção da saúde, proteção e prevenção da perturbação mental. Neste processo, o enfermeiro mobiliza competências de comunicação eficaz, sensibilidade cultural e linguística, bem como técnicas de entrevista clínica, observação do comportamento, análise de registos clínicos e avaliação global da pessoa nos seus diferentes contextos de vida (OE, 2019).

Ao longo dos diferentes contextos de EC, procurei desenvolver esta competência através da participação ativa em processos de avaliação clínica e da implementação de intervenções centradas nas necessidades das pessoas, famílias e comunidades.

No contexto hospitalar, defini como objetivo do meu projeto de aprendizagem o desenvolvimento de competências na condução da entrevista clínica psiquiátrica, nomeadamente através da aplicação do modelo FIFE (*Feelings, Ideas, Functioning and Expectations*) e da realização de entrevistas exploratórias segundo o Modelo Tidal. Todas as entrevistas foram realizadas em contextos que garantiam a privacidade e o conforto da pessoa, favorecendo o estabelecimento da relação terapêutica. Durante este processo utilizei diferentes técnicas comunicacionais para explorar as necessidades e significados atribuídos à experiência de doença.

Uma das dificuldades identificadas prendeu-se com a gestão do silêncio durante a entrevista, sendo necessário desenvolver maior sensibilidade para compreender os diferentes tipos de silêncio presentes na interação. Quando não foi possível interpretar o seu significado, recorri à exploração direta, questionando a pessoa sobre o que estava a pensar naquele momento, estratégia que se revelou eficaz para facilitar a continuidade do diálogo e aprofundar a compreensão da experiência vivida.

Ainda neste contexto, durante a realização de um estudo de caso com uma pessoa de nacionalidade japonesa, senti a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a sua cultura, de modo a integrar elementos culturalmente significativos no processo terapêutico. Nesse sentido, desenvolvemos em conjunto uma atividade terapêutica denominada “Carta Terapêutica”, na qual foram incorporados aspetos culturais relevantes para a pessoa. Esta intervenção revelou impacto positivo na relação terapêutica e no processo de recuperação, como evidenciado pela expressão da própria pessoa: “(...) ao ler esta carta, reconheço em mim a força de que preciso para me aguentar.” [sic].

Paralelamente, no âmbito da promoção da saúde mental, desenvolvi várias atividades grupais. Destaca-se a implementação de um jogo de tabuleiro intitulado “Cuida-Te”, que aborda três dimensões fundamentais para a promoção da saúde mental: alimentação, exercício físico e higiene do sono. De acordo com Gauthier et al. (2019), os jogos de tabuleiro constituem uma abordagem eficaz e envolvente na promoção da aprendizagem em saúde, facilitando a interação entre profissionais, utentes e comunidade.

Neste contexto, desenvolvi ainda outras intervenções promotoras de saúde, como a atividade “Prato Saudável”, centrada na promoção de uma alimentação equilibrada, e uma sessão de alongamentos e exercício físico realizada no jardim da instituição. A literatura evidencia que a nutrição adequada e a atividade física desempenham um papel crucial na manutenção e promoção da saúde mental (Dalle, 2020), reforçando a pertinência destas intervenções no contexto de internamento.

No contexto comunitário, em contexto de cuidados de saúde primários, procurei aprofundar a competência de avaliação das necessidades em saúde mental através da participação em diferentes atividades clínicas, nomeadamente na integração do projeto MenteSaudável, na observação e realização de consultas de enfermagem no âmbito do Programa Nacional para a Saúde Mental, bem como na realização de visitas domiciliárias e na avaliação do estado mental em situações de risco.

Durante este período, tive a oportunidade de assistir a e realizar consultas individualizadas a pessoas que já se encontravam em acompanhamento com a EEESMP. No entanto, verificou-se uma diminuição

no número de utentes acompanhados no âmbito deste programa, situação associada a diversos fatores, nomeadamente à escassez de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar nos cuidados de saúde primários, à sobrecarga dos profissionais de saúde e à redução significativa das horas atribuídas ao Programa Nacional de Saúde Mental.

Uma experiência particularmente desafiante foi a realização de consultas com uma criança de seis anos, referenciada pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados por diminuição de peso, desatenção na escola e vivência de um processo de doença oncológica da mãe. Nos primeiros contactos senti receio relativamente à adequação da comunicação às necessidades da criança, o que me levou a aprofundar técnicas comunicacionais específicas para esta faixa etária. Após cada consulta, realizei momentos de reflexão com a enfermeira orientadora, que permitiram validar as minhas perceções e ajustar a abordagem terapêutica à criança e à sua família. Esta experiência evidenciou a importância da intervenção do EEESMP ao longo de todo o ciclo vital.

As visitas domiciliárias revelaram-se igualmente fundamentais para uma avaliação holística da pessoa no seu contexto sociofamiliar. A observação direta das dinâmicas familiares, das condições habitacionais e dos recursos disponíveis permitiu identificar fatores de risco e necessidades que nem sempre são perceptíveis em contexto de consulta. Contudo, estas visitas também apresentaram desafios, nomeadamente ao nível da gestão logística, da articulação da equipa e da imprevisibilidade da aceitação da visita por parte do utente e respetiva família, exigindo capacidade de adaptação, comunicação eficaz e tomada de decisão.

No contexto de respostas diferenciadas, mais especificamente no SUPedo, tive a oportunidade de participar em diversas triagens secundárias, explorando com a criança/jovem e o respetivo acompanhante o motivo de admissão e recolhendo de forma sistematizada, informação clínica relevante. Este processo incluiu a avaliação do risco, registada em instrumento próprio, permitindo determinar a necessidade de vigilância contínua e, quando indicado, a colocação da criança ou jovem em quarto de contenção ambiental até à avaliação realizada pelo pedopsiquiatra.

A entrevista de enfermagem, neste contexto, constitui uma interação intencional orientada para objetivos específicos, exigindo competências técnicas, comunicacionais e emocionais, bem como capacidade de estruturar a recolha de informação e selecionar dados clinicamente relevantes. Trata-se de um processo particularmente complexo em contextos de elevada exigência emocional, como a pedopsiquiatria (Querido et al., 2019).

As dificuldades iniciais sentidas ocorreram na estruturação da entrevista clínica e na elaboração dos registos após a triagem, sobretudo na seleção e organização da informação relevante. Com o apoio e orientação da enfermeira orientadora, através de momentos de reflexão crítica conjunta, fui desenvolvendo estratégias que contribuíram para melhorar este aspeto essencial da prática clínica, reconhecendo tratar-se de uma competência em contínuo desenvolvimento.

Neste contexto, a realização de UHDP permitiu-me aprofundar a compreensão das dinâmicas familiares e dos recursos disponíveis. Um exemplo significativo foi o acompanhamento de uma criança de seis anos encaminhada por alteração do padrão alimentar. A intervenção do EEESMP centrou-se na capacitação parental e reorganização das rotinas familiares, promovendo a realização de refeições em conjunto. Esta intervenção contribuiu para a melhoria do comportamento alimentar da criança e para a redução da ansiedade materna associada aos momentos das refeições.

Em síntese, as diferentes experiências vivenciadas ao longo dos ensinamentos clínicos permitiram consolidar competências de avaliação abrangente das necessidades em saúde mental, reforçando a importância de uma abordagem holística, culturalmente sensível e centrada na pessoa e na família. A capacidade de integrar informação proveniente de diferentes fontes e contextos revelou-se fundamental para a identificação de necessidades e para o planeamento de intervenções terapêuticas eficazes, contribuindo para uma prática clínica mais humanizada e fundamentada.

1.2.3. Ajuda na recuperação da saúde mental, de pessoas, grupos e comunidades

Esta competência refere-se à capacidade do EEESMP para identificar problemas e necessidades em saúde mental, formular diagnósticos de enfermagem, definir resultados esperados e planejar, implementar e monitorizar planos de cuidados individualizados em parceria com a pessoa, família e equipa interdisciplinar. Trata-se de um processo que implica pensamento crítico, integração de múltiplas fontes de informação e mobilização de estratégias baseadas na evidência, com o objetivo de promover a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar complicações e melhorar a funcionalidade e qualidade de vida ao longo do ciclo vital (OE, 2019).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, procurei desenvolver esta competência através da participação ativa no processo de diagnóstico, planeamento e implementação de intervenções terapêuticas, centradas nas necessidades das pessoas e na articulação com os recursos disponíveis.

No contexto hospitalar, a elaboração do estudo de caso constituiu um momento fundamental para o desenvolvimento desta competência. Através da colheita sistematizada de dados, análise da informação clínica, realização de entrevistas de enfermagem e aplicação de escalas de avaliação, foi possível identificar problemas e necessidades específicas da pessoa, formular diagnósticos de enfermagem e definir resultados esperados. Este processo permitiu estruturar um plano de cuidados individualizado, negociado com a pessoa e validado previamente pelas enfermeiras orientadoras.

A pessoa selecionada para o estudo de caso apresentava patologia dual, nomeadamente depressão major associada a perturbação por uso de substâncias. Perante esta situação, identifiquei a pertinência da utilização da Entrevista Motivacional, uma abordagem amplamente utilizada em saúde mental por promover uma relação terapêutica colaborativa, centrada na autonomia da pessoa e na exploração da motivação interna para a mudança (Miller & Rollnick, 2023).

Embora a aplicação desta abordagem tenha representado um desafio, consegui identificar a fase do processo de mudança em que a pessoa se encontrava, correspondendo à fase de ação. Este reconhecimento revelou-se essencial para orientar o planeamento das intervenções, permitindo adequar as estratégias terapêuticas às necessidades e nível de motivação da pessoa. Esta experiência permitiu-me reconhecer a complexidade da aplicação desta abordagem e a necessidade de continuar a desenvolver competências nesta área enquanto futura EEESMP.

Simultaneamente, esta experiência permitiu-me refletir sobre as limitações inerentes ao contexto de internamento de agudos, onde o tempo de intervenção é frequentemente reduzido. Neste sentido, tornou-se evidente a importância da articulação com os recursos comunitários, de forma a assegurar continuidade de cuidados e promover a manutenção dos ganhos obtidos durante o internamento.

Em contexto comunitário, aprofundi a compreensão da importância de uma abordagem integrada e centrada na pessoa. A elaboração do estudo de caso, associada à realização de entrevistas de enfermagem, observação clínica e aplicação de escalas de avaliação, permitiu identificar necessidades

específicas da pessoa e da sua família, bem como compreender o impacto de fatores de stresse e crises situacionais no equilíbrio emocional.

Durante este processo, foi particularmente relevante envolver a pessoa na definição dos seus objetivos terapêuticos e na construção do plano de cuidados, reforçando o papel ativo do utente no seu processo de recuperação. Esta abordagem contribuiu para o desenvolvimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, na escuta ativa e na negociação de estratégias de intervenção.

A monitorização dos resultados clínicos permitiu avaliar a eficácia das intervenções implementadas e identificar novas necessidades. Um exemplo foi a realização de uma intervenção terapêutica com recurso à poesia, direcionada para a diminuição dos níveis de ansiedade e promoção da reflexão sobre processos de tomada de decisão. Durante esta atividade, foram identificadas dificuldades na interpretação do poema utilizado, o que revelou a necessidade de integrar estratégias de estimulação cognitiva no plano de cuidados. A literatura evidencia que intervenções baseadas em poesia podem contribuir para a redução de sentimentos de medo, tristeza e preocupação, sendo igualmente eficazes na diminuição de sintomas de ansiedade e na melhoria da qualidade de vida (Abbing et al., 2019; Delamerced et al., 2021).

A participação na “Jornada do Mar à Mente: Redes Locais de Saúde Mental” (Anexo I) revelou-se igualmente relevante, permitindo aprofundar o conhecimento sobre os recursos disponíveis na ULS, no local que estava integrada a UCC e no local que exerço funções. Esta experiência reforçou a importância da articulação em rede e da integração dos diferentes serviços de saúde e apoio social, elementos fundamentais para assegurar a continuidade dos cuidados e promover o *empowerment* da pessoa.

Em contexto de pedopsiquiatria, a elaboração do estudo de caso da jovem I.P.C. permitiu aprofundar a aplicação desta competência em contexto de maior complexidade clínica. A colheita e análise sistemática de dados, a formulação de diagnósticos de enfermagem e a definição de resultados esperados possibilitaram o planeamento e implementação de intervenções terapêuticas adaptadas às necessidades da jovem e da sua família.

A análise da situação clínica evidenciou a influência de múltiplos fatores no equilíbrio emocional da jovem, nomeadamente dificuldades na comunicação familiar e desafios associados à aceitação da identidade sexual. Estes fatores contribuíam para o aumento do sofrimento psicológico e para a presença de ideação suicida, exigindo uma intervenção sensível e integrada.

Esta experiência permitiu-me reconhecer a importância de uma abordagem sistémica na intervenção em saúde mental infantojuvenil, considerando a criança/jovem integrada na família e no contexto social em que se insere.

Em síntese, as experiências vivenciadas ao longo dos diferentes estágios contribuíram significativamente para o desenvolvimento desta competência, permitindo-me consolidar a capacidade de integrar avaliação, diagnóstico, planeamento e implementação de cuidados em saúde mental de forma articulada e centrada na pessoa. Este percurso evidenciou a importância do pensamento crítico, da colaboração interdisciplinar e da adaptação das intervenções às necessidades individuais e contextuais, elementos fundamentais para a prática do EEESMP na promoção de cuidados humanizados, seguros e baseados na evidência.

1.2.4. Prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais

A prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais constitui uma competência central do EEESMP. Esta competência implica a implementação de intervenções previamente definidas no plano de cuidados, com o objetivo de apoiar a pessoa na manutenção, melhoria ou recuperação da sua saúde mental, promovendo a adaptação à condição de saúde/doença vivenciada e potenciando a autonomia e funcionalidade ao longo do ciclo vital. Estas intervenções podem assumir diferentes formas, incluindo psicoeducação, treino de competências, intervenções psicoterapêuticas e estratégias de reabilitação psicossocial, devendo ser mobilizadas de forma integrada e individualizada, considerando a dinâmica individual, familiar e comunitária (OE, 2019).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, tive oportunidade de desenvolver esta competência através da implementação de diversas intervenções terapêuticas, tanto em contexto individual como grupal, direcionadas para a promoção da saúde mental, desenvolvimento de competências socioemocionais e fortalecimento das estratégias de coping das pessoas que necessitavam cuidados

Em contexto de internamento hospitalar, foram planeadas e implementadas várias intervenções integradas no PMCQCE, direcionadas para o treino de assertividade, promoção da interação social e intervenções direcionada para diminuição dos níveis de ansiedade. Estas intervenções incluíram sessões de psicoeducação sobre ansiedade, treino de técnicas de relaxamento, nomeadamente respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo de Jacobson, bem como a criação de uma aplicação para telemóvel designada “Cuida-Te” que contém áudios de relaxamento e informação de cariz psicoeducativo sobre ansiedade, destinada a apoiar os utentes na gestão dos sintomas durante o internamento e após a alta.

As sessões integradas no programa “Cuida-Te” foram direcionadas a utentes com diagnóstico de enfermagem de ansiedade ou risco de ansiedade, tendo como objetivo capacitar os participantes para a identificação e gestão dos sintomas ansiosos, promovendo a aquisição de estratégias de autorregulação emocional.

A psicoeducação associada ao treino de técnicas de relaxamento permitiu reforçar o conhecimento dos utentes sobre os mecanismos da ansiedade e desenvolver competências práticas para lidar com situações de maior stresse e ansiedade.

Ainda neste contexto, implementei intervenções focadas no treino de habilidades sociais, nomeadamente através de sessões de promoção da assertividade e da interação social. O treino da assertividade constitui uma estratégia fundamental na promoção das competências sociais, permitindo ao indivíduo expressar necessidades, opiniões e emoções de forma adequada e respeitosa, sem recorrer à agressividade ou à submissão, contribuindo para relações interpessoais mais satisfatórias e adaptativas (Sequeira, 2020). Paralelamente, dinamizei uma sessão grupal centrada na consciencialização da importância do autocontrolo, integrada no treino de competências socioemocionais.

Embora algumas destas intervenções tenham sido realizadas apenas uma vez, devido ao período limitado do EC, esta experiência permitiu-me reconhecer o potencial das intervenções grupais na promoção da interação social, na partilha de experiências e no desenvolvimento de competências.

Em contexto comunitário, aprofundi a implementação de intervenções psicoterapêuticas e psicossociais orientadas para a promoção da autonomia e bem-estar da pessoa. As intervenções desenvolvidas com a pessoa incluída no estudo de caso centraram-se na redução da ansiedade, apoio à tomada de decisão e intervenção em crise, com o objetivo de promover mudanças positivas no funcionamento emocional e melhorar a capacidade de adaptação às dificuldades vivenciadas.

De acordo com Uzun et al. (2025), as intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas desenvolvidas pelos enfermeiros de saúde mental constituem um elemento essencial na reabilitação psicossocial das pessoas com perturbações mentais, contribuindo para o fortalecimento das relações interpessoais, a recuperação emocional e a melhoria global da qualidade de vida.

Na vertente comunitária, foi desenvolvida uma intervenção psicoeducacional em meio escolar sobre a temática da ansiedade, dirigida a estudantes dos 6.º e 9.º anos de escolaridade, com o objetivo de promover a literacia em saúde mental, sensibilizando os alunos para a compreensão da ansiedade, a identificação dos seus sinais e sintomas e a utilização de estratégias eficazes de gestão emocional.

A preparação desta intervenção implicou a consulta de evidência científica relativa à saúde mental das crianças e adolescentes em contexto escolar, permitindo fundamentar a relevância da temática abordada. A literatura evidencia níveis reduzidos de literacia em saúde mental entre jovens, reforçando a importância do desenvolvimento e implementação de programas psicoeducativos dirigidos para aumento da literacia em saúde mental sobre a temática de ansiedade. (Morgado et al., 2021).

Neste âmbito, os dados do estudo internacional HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), revela que os adolescentes portugueses, em particular as raparigas e os estudantes de anos superiores apresentam níveis elevados de stress e maior prevalência de sintomatologia física e psicológica, sendo identificado a pressão relativamente aos momentos de avaliação e contexto escolar como importantes fontes de stress (Gaspar et al., 2022).

A escola constitui, assim, um contexto privilegiado para a promoção da saúde mental, uma vez que permitindo o desenvolvimento precoce de competências emocionais e sociais, contribuindo para a prevenção de problemas de saúde mental ao longo do ciclo de vida (Carvalho et al., 2021). Simultaneamente, a baixa literacia em saúde mental e barreiras como o estigma e a perceção de falta de confidencialidade, constitui um fator que dificulta a procura de ajuda por parte dos jovens, reforçando a importância de implementação de intervenções psicoeducativas neste contexto (Rosa et al., 2014).

A dinamização destas sessões permitiu reconhecer diferenças no nível de participação e abertura dos alunos de acordo com a faixa etária e com as dinâmicas próprias de cada grupo-turma. Observou-se que, nos alunos do 9.º ano, emergiu maior capacidade de reflexão e partilha de experiências relacionadas com a ansiedade no quotidiano, enquanto nos alunos do 6.º ano se destacou o entusiasmo e a adesão a metodologias mais lúdicas e interativas. Esta experiência reforçou a importância de adaptar as estratégias psicoeducativas ao nível de desenvolvimento dos alunos, evidenciando o potencial do contexto escolar para a promoção da literacia em saúde mental e prevenção de dificuldades emocionais.

O desenvolvimento desta atividade permitiu-me mobilizar competências do EEESMP no âmbito da promoção da saúde mental e da prevenção da doença mental, através do planeamento,

implementação e avaliação de uma intervenção ajustada às necessidades da população-alvo, sustentada na evidência científica e orientada para o desenvolvimento de competências de literacia em saúde mental.

No contexto de respostas diferenciadas tive a oportunidade de observar e participar em diversas atividades terapêuticas grupais dinamizadas pela equipa multidisciplinar, maioritariamente por enfermeiros especialistas em saúde mental. Estas atividades incluíam sociodrama, dança e movimento, terapia pela arte, culinária terapêutica, psicoeducação, cineterapia, sessões de autocuidado, relaxamento e momentos de balanço semanal.

A participação nestas atividades constituiu um dos objetivos definidos no plano de aprendizagem, permitindo-me desenvolver competências na área da intervenção terapêutica grupal. Neste âmbito, estruturei e dinamizei várias sessões terapêuticas, incluindo uma sessão de terapia pela arte, uma sessão de relaxamento com recurso à imaginação guiada, uma sessão de psicoeducação sobre ansiedade e uma sessão de cineterapia centrada nas relações interpessoais e no processo de luto.

Estas intervenções revelaram-se particularmente relevantes na promoção da expressão emocional, no desenvolvimento de estratégias de coping e no fortalecimento das competências relacionais das crianças e adolescentes internados. A evidência científica indica que a integração de grupos terapêuticos estruturados em contextos de internamento pediátrico, pode contribuir para melhorias significativas no funcionamento emocional e social das crianças e jovens, sobretudo quando estes programas são inspirados em boas práticas de contexto ambulatório (Hodgson et al., 2025).

Em síntese, as experiências vivenciadas ao longo dos diferentes contextos permitiram desenvolver competências na implementação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais, reforçando a importância de uma prática baseada na evidência, centrada na pessoa e sensível ao contexto em que esta se insere. Estas experiências contribuíram para consolidar o papel do EEESMP enquanto agente facilitador de processos terapêuticos e de reabilitação psicossocial, promovendo o desenvolvimento de competências individuais, a adaptação às experiências de saúde/doença e a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

2. Competências de mestre

Segundo o Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, a atribuição do grau de mestre pressupõe que o estudante demonstre um conjunto de competências avançadas, nomeadamente: Conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados, que sustentem desenvolvimentos e aplicações originais; Capacidade de aplicar esses conhecimentos na resolução de problemas em contextos novos, complexos e multidisciplinares; Competência para integrar conhecimentos, lidar com situações de elevada complexidade e emitir juízos críticos, incluindo a consideração de implicações éticas e sociais; Capacidade de comunicar conclusões e raciocínios de forma clara e fundamentada, a diferentes públicos; e Competências de aprendizagem ao longo da vida, com elevado grau de autonomia. Os desenvolvimentos das competências de mestre em Enfermagem ocorreram num processo contínuo de construção de pensamento crítico, reflexividade e autonomia profissional, e na melhoria contínua enquanto profissional para uma prestação de cuidados com qualidade sustentada em evidência científica atual.

No desenvolvimento e aprofundamento do conhecimento, este percurso implicou não apenas a consolidação de conhecimento adquirido ao longo do meu processo formativo, mas sobretudo a sua

análise à luz da evidência científica e da experiência clínica. A participação ativa em eventos científicos constituiu um espaço privilegiado em que teoria e prática se complementam, permitindo não só a atualização de conhecimentos, mas também a sua análise crítica em diversos contextos.

Nesta vertente, destaco a participação no IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos, onde apresentei um trabalho em formato póster intitulado “Luto Antecipatório: Intervenção Familiar Sistémica no Serviço de Internamento de Psiquiatria” (anexo II), e no XVI Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, no qual apresentei o estudo de caso “Para Além da Adição” (anexo III), elaborado no contexto de EC. Estas experiências exigiram não só a sistematização e análise de dados clínicos, mas também a divulgação de conhecimento científico, implicando capacidade de síntese, fundamentação teórica e reflexão crítica face às intervenções desenvolvidas.

Simultaneamente, a participação em encontros científicos e formativos, nomeadamente nos Encontros de Supervisão Clínica em Enfermagem (anexo IV) e nas IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental (anexo V), permitiram aprofundar conhecimentos específicos e refletir sobre diferentes abordagens à prática clínica. A apresentação do PMCQCE, foi distinguida com o prémio de melhor comunicação em formato póster, o que reforçou a capacidade de elaborar e divulgar conteúdo científico, de forma sintetizada e impactante esteticamente (anexo VI).

No âmbito da aplicação do conhecimento em contextos complexos e não familiares, esta competência foi particularmente mobilizada na articulação entre o contexto formativo e o contexto profissional. A elaboração de um estudo de caso no contexto de prática clínica, no serviço de internamento de psiquiatria, constituiu uma oportunidade para integrar conhecimento teórico com situações reais marcadas por complexidade e imprevisibilidade, sendo crucial a colaboração entre a equipa multidisciplinar.

Este processo exigiu tomada de decisão fundamentada, adaptação a contextos dinâmicos e mobilização de diferentes áreas do saber, evidenciando o papel do enfermeiro enquanto gestor de caso e elemento central na coordenação e continuidade dos cuidados prestados.

No domínio da integração de conhecimentos, gestão da complexidade e reflexão ética, o percurso desenvolvido permitiu uma evolução significativa para uma compreensão mais sistémica e integrada da pessoa em situação de sofrimento mental. A elaboração, implementação e apresentação do PMCQCE, reconhecido com distinção científica, evidencia a capacidade de desenvolver respostas inovadoras, fundamentadas e orientadas para ganhos em saúde, assumindo simultaneamente responsabilidade ética pelas decisões tomadas.

No que concerne à comunicação de conhecimentos e raciocínios, a participação em eventos científicos e a apresentação de trabalhos constituíram momentos determinantes para o desenvolvimento de competências comunicacionais avançadas. A exposição continuada a contextos de apresentação de trabalhos científicos e académicos constituiu um elemento determinante no desenvolvimento da confiança e na regulação da ansiedade associada a apresentações em público, potenciando uma comunicação mais clara, estruturada e adequada ao público-alvo.

Por fim, a aprendizagem ao longo da vida e a autonomia, são princípios orientadores durante este percurso, tendo sido adotada uma atitude proativa ao longo da formação, procurando sempre

aprofundar conhecimentos e responder a situações desafiantes, demonstrando uma atitude de resiliência.

Em síntese, o percurso desenvolvido permitiu a construção de uma identidade profissional mais crítica, reflexiva e autônoma, alicerçada na articulação consistente entre conhecimento científico, experiência clínica e responsabilidade ética, sendo importante reforçar que as competências de mestre vão de encontro às competências de tronco comum do enfermeiro especialista e do EEESMP.

PARTE III – PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

NOTA INTRODUTÓRIA

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados em enfermagem constitui um processo sistemático que visa promover a excelência na prática clínica, através da identificação de problemas, análise das suas causas e implementação de intervenções baseadas na melhor evidência científica disponível. Estes projetos permitem desenvolver estratégias que contribuem para a otimização dos cuidados prestados e para a obtenção de ganhos em saúde, tendo um impacto direto na qualidade dos cuidados.

A OE (2013) adaptou as oito fases propostas por Pedro Salvada, reformuladas a partir do ciclo PDCA (Plan–Do–Check–Act), com o objetivo de estruturar o desenvolvimento de PMCQCE. Estas fases incluem: identificar e descrever o problema; perceber e dimensionar o problema; formular objetivos; identificar as causas; planear e executar as atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; e reconhecer e partilhar o sucesso.

Na área de ESMP, a qualidade dos cuidados está fortemente associada à promoção de relações interpessoais terapêuticas e à criação de ambientes que favoreçam a interação social e o bem-estar psicológico das pessoas internadas. A relação terapêutica constitui um elemento central no processo de cuidados, sendo fundamental para o desenvolvimento pessoal e para a recuperação da pessoa com doença mental, conforme descrito na teoria das relações interpessoais (Forchuk, 2024).

A evidência científica demonstra que ambientes terapêuticos positivos e interações interpessoais significativas contribuem para melhores resultados em saúde, nomeadamente ao nível do bem-estar emocional, da adesão ao tratamento e da satisfação com os cuidados (Bowers et al., 2025; Cutcliffe et al., 2015). Adicionalmente, a interação social assume um papel protetor, estando associada à redução de sintomas de ansiedade e depressão, e à melhoria do funcionamento psicológico (Colonnello et al., 2017).

A interação social assume, assim, um papel fundamental no processo de recuperação da pessoa com doença mental, contribuindo para o desenvolvimento de competências sociais, para o fortalecimento da relação terapêutica e para a promoção do sentimento de pertença e integração no ambiente terapêutico (Sequeira & Sampaio, 2020; Videbeck, 2020).

A problemática abordada neste projeto emergiu da prática clínica desenvolvida no serviço de internamento de psiquiatria, onde foi possível observar que alguns utentes apresentavam diminuição da interação social, evidenciada por comportamentos de isolamento, reduzida participação nas atividades terapêuticas e dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais com os pares e com a equipa multidisciplinar. Esta realidade poderá comprometer o desenvolvimento de relações terapêuticas significativas e limitar o envolvimento ativo da pessoa no seu processo de recuperação.

Face a esta problemática, emergiu a necessidade de refletir sobre a qualidade dos cuidados prestados e desenvolver um PMCQCE, designado “Melhor Convívio, Melhor Caminho”, com o intuito de promover a interação social das pessoas internadas no serviço de psiquiatria, contribuindo para a criação de um ambiente terapêutico mais participativo e potenciador de relações interpessoais positivas.

A denominação do projeto baseou-se na importância das relações interpessoais, da partilha e do sentimento de pertença, enquanto elementos fundamentais para o bem-estar psicológico e emocional da pessoa, reconhecendo simultaneamente a relevância da interação social no processo de recuperação e reintegração comunitária.

1. Identificação e justificação da temática

A interação social constitui um componente central da saúde mental e do processo de recuperação da pessoa com perturbação psiquiátrica. Embora a estabilização clínica e a redução da sintomatologia aguda representem objetivos prioritários nas unidades de internamento psiquiátrico, a evidência científica demonstra que a recuperação em saúde mental ultrapassa a mera remissão dos sintomas psicopatológicos, envolvendo igualmente dimensões relacionais, sociais e funcionais da pessoa (Maruta et al., 2025). Neste sentido, a participação social, a qualidade das relações interpessoais e a existência de um ambiente terapêutico positivo influenciam diretamente os resultados clínicos, a satisfação com os cuidados e a reintegração da pessoa no contexto comunitário após a alta hospitalar (Henderson et al., 2026).

A literatura referente aos cuidados prestados em unidades de internamento psiquiátrico de agudos evidencia que o isolamento social, a desmotivação e a ausência de interações significativas são frequentemente percecionados pelos utentes como experiências negativas durante a hospitalização (Maruta et al., 2025). Estas vivências podem intensificar sentimentos de desorientação, perda de identidade, diminuição da autodeterminação e afastamento social. Para além dos fatores organizacionais e estruturais, como ambientes institucionais restritivos, a escassez de relações interpessoais positivas pode comprometer a experiência terapêutica e associar-se a piores resultados em saúde mental, reforçando a necessidade de promover ambientes terapêuticos facilitadores de interações humanas significativas entre utentes e profissionais de saúde (Hallett et al., 2025).

Neste contexto, a promoção de competências sociais assume particular relevância enquanto intervenção terapêutica em saúde mental. Intervenções estruturadas dirigidas ao desenvolvimento de competências interpessoais e ao fortalecimento do envolvimento social têm demonstrado benefícios significativos na adaptação funcional e na qualidade de vida de pessoas com doença mental grave, incluindo esquizofrenia e outras perturbações psiquiátricas severas. Programas de treino de competências sociais evidenciam melhorias na capacidade de interação social, redução do estigma e aumento da qualidade de vida em utentes psiquiátricos internados (Ali et al., 2025; Casado, 2019). Estes resultados sustentam que a promoção da interação social não deve ser entendida como uma intervenção secundária, mas como um elemento central da recuperação e da reabilitação psicossocial. De acordo com esta perspetiva, um estudo realizado com pessoas com patologia de esquizofrenia demonstrou que atividades grupais de socialização promoveram melhorias significativas na interação social dos participantes, salientando a importância das intervenções grupais em contexto psiquiátrico (Amidos & Ramadia, 2021).

Paralelamente, a literatura científica destaca a importância do apoio entre pares enquanto facilitador do processo de recuperação. As relações estabelecidas entre pessoas com experiências semelhantes promovem confiança, segurança emocional e sentimento de pertença, contribuindo para o fortalecimento da identidade pessoal e da autonomia. Mesmo em contextos de internamento de curta duração e orientados para a estabilização clínica, estas interações podem assumir um papel relevante no início do processo de recuperação psicossocial (Maruta et al., 2025).

A necessidade de integrar intervenções promotoras de competências sociais e relacionais nos cuidados prestados em saúde mental encontra-se igualmente alinhada com modelos de desenvolvimento socioemocional, como o modelo CASEL. Este modelo descreve cinco competências socioemocionais fundamentais e inter-relacionadas: autoconsciência, autorregulação, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável (CASEL, 2021). Apesar de inicialmente desenvolvido em contexto educativo, o modelo tem vindo a assumir crescente relevância nos serviços de saúde mental, pela sua aplicabilidade na promoção de competências essenciais ao estabelecimento de relações interpessoais saudáveis, à gestão emocional e à adaptação social (Ali et al., 2025; Casado, 2019; De Mooij et al., 2025).

Assim, a promoção da interação social em pessoas internadas em unidades de psiquiatria de agudos constitui uma área de intervenção relevante para a prática especializada de ESMP. A intervenção do enfermeiro deve integrar estratégias que promovam competências sociais e socioemocionais, recorrendo a atividades grupais, treino de competências interpessoais, modelagem comportamental e promoção de ambientes terapêuticos participativos. Estas intervenções contribuem não apenas para a melhoria da interação social e da qualidade dos cuidados prestados, mas também para a recuperação funcional, redução do risco de exclusão social e facilitação da reintegração comunitária da pessoa com doença mental (Joyes et al., 2021; Videbeck, 2020).

Neste enquadramento, o isolamento social pode ser compreendido como um fenómeno caracterizado pela perturbação das relações interpessoais, traduzindo-se em comportamentos desadaptativos e comprometendo o funcionamento relacional da pessoa (Amidos & Ramadia, 2021). A sua presença associa-se a maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico, com impacto negativo no bem-estar físico e mental (Santos & Figueiredo, 2021; Silva et al., 2022). Em saúde mental, a interação social ineficaz manifesta-se frequentemente através da dificuldade em iniciar e manter relações interpessoais adequadas, da redução dos contactos sociais e da incapacidade de desempenhar papéis sociais de forma satisfatória (Sequeira & Sampaio, 2020).

Em contexto de internamento psiquiátrico, diversos estudos evidenciam limitações ao nível da qualidade das interações estabelecidas, nomeadamente ausência de relações terapêuticas significativas, interações pouco humanizadas, reduzida participação dos utentes nas decisões relacionadas com os cuidados e escassez de intervenções psicoterapêuticas, contrastando com o predomínio da abordagem farmacológica (Cutcliffe et al., 2015). Estas condições podem contribuir para o agravamento do isolamento social e para a diminuição da participação interpessoal durante o internamento.

Segundo Rodrigues et al. (2022), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) constitui uma terminologia reconhecida internacionalmente que permite descrever e sistematizar a prática profissional de enfermagem. Apesar da diminuição da interação social não se encontrar especificamente definida enquanto foco na taxonomia CIPE, o conceito que mais se aproxima desta problemática corresponde ao foco “isolamento social”, particularmente na dimensão da prevenção do isolamento social (OE, 2015a). Por sua vez, na taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), esta problemática encontra-se associada ao diagnóstico “interação social prejudicada”, definido como uma “quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 573).

A problemática em análise encontra-se centrada na pessoa e nas suas necessidades relacionais e sociais, assumindo especial relevância no contexto dos cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. A prática centrada na pessoa tem vindo a assumir crescente importância nas organizações de saúde e nas políticas de saúde, acompanhando as orientações nacionais e europeias para a humanização e individualização dos cuidados (Ventura et al., 2022). Neste enquadramento, a OE (2001) identifica a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem como conceitos centrais da disciplina de enfermagem. Assim, o presente PMCQCE procura promover processos de readaptação funcional e psicossocial, através do desenvolvimento de competências relacionais e socioemocionais que favoreçam uma melhor interação da pessoa com o meio envolvente, contribuindo para a satisfação das necessidades humanas fundamentais e para a sua integração social e comunitária.

2. Perceber e dimensionar o problema

A problemática abordada neste projeto, emergiu da prática clínica desenvolvida no serviço de internamento de psiquiatria (unidade de agudos), onde atualmente exerço funções, no qual foi percecionado através da observação, que um número significativo de utentes apresentava diminuição da interação social, evidenciada por comportamentos de isolamento, reduzida participação nas atividades terapêuticas e dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais com outros utentes e com a equipa multidisciplinar.

Embora o internamento psiquiátrico, como referido anteriormente, apresente como objetivo prioritário a estabilização clínica e a gestão da sintomatologia aguda, verificou-se que a intervenção de enfermagem, frequentemente, centra-se predominantemente na abordagem farmacológica e na redução dos sintomas, sendo importante o desenvolvimento de competências socioemocionais. Contudo, após a alta hospitalar, a pessoa necessita de retomar o seu funcionamento familiar, social e comunitário, exigindo competências relacionais, comunicacionais e de adaptação social fundamentais para a sua reintegração e recuperação.

Neste contexto, a ausência de intervenções estruturadas orientadas para o desenvolvimento de competências interpessoais pode contribuir para dificuldades na adaptação comunitária, comprometendo a continuidade do processo de recuperação e potenciando fenómenos de reinternamento recorrente, descritos na literatura como fenómeno da “porta giratória” (*revolving door*).

O fenómeno da “porta giratória” (*revolving door*), é caracterizado por múltiplas admissões e reinternamentos psiquiátricos num curto espaço temporal, representando um desafio significativo, com estudos realizados em hospitais nacionais a registarem taxas de readmissão de cerca de 19,9% num período de 21 meses (Barbosa & Marques, 2023). A evidência demonstra que este padrão não é apenas um reflexo da gravidade clínica, mas está fortemente associado a determinantes sociais e relacionais, como o desemprego, o estado civil e o baixo nível de escolaridade, referindo também que a fragilidade das redes de apoio e os conflitos relacionais familiares constituem preditores críticos para o regresso ao hospital, tornando insuficiente uma abordagem centrada exclusivamente na estabilização da sintomatologia aguda (Barbosa & Marques, 2023 ; Di Lorenzo et al., 2016).

Neste sentido, a recuperação em saúde mental exige intervenções que transcendam o modelo biomédico, integrando estratégias promotoras da interação social, das competências socioemocionais e do fortalecimento das redes de suporte.

O investimento nestas competências interpessoais contribui diretamente para a promoção da integração social, da adesão terapêutica e da continuidade do processo de recuperação, ajudando a interromper o padrão de “porta giratória”.

Com o intuito de identificar e perceber as causas da problemática no contexto específico do serviço, para além da observação clínica, foram utilizadas estratégias de auscultação da equipa tais como *brainstorming*, entrevista semiestruturada à enfermeira gestora e realização de um *focus group*. Estas estratégias permitiram identificar percepções da equipa, relativamente às necessidades dos utentes, às dinâmicas do serviço, às limitações das atividades terapêuticas existentes e aos fatores que poderiam contribuir para a diminuição da interação social durante o internamento.

Os dados recolhidos foram posteriormente sistematizados através do Diagrama de Ishikawa (Figura 1), sendo crucial para a identificação e organização sistematizada dos fatores determinantes, facilitando a compreensão da relação entre o problema e as suas causas (Luca, 2016).

Diagrama de Ishikawa

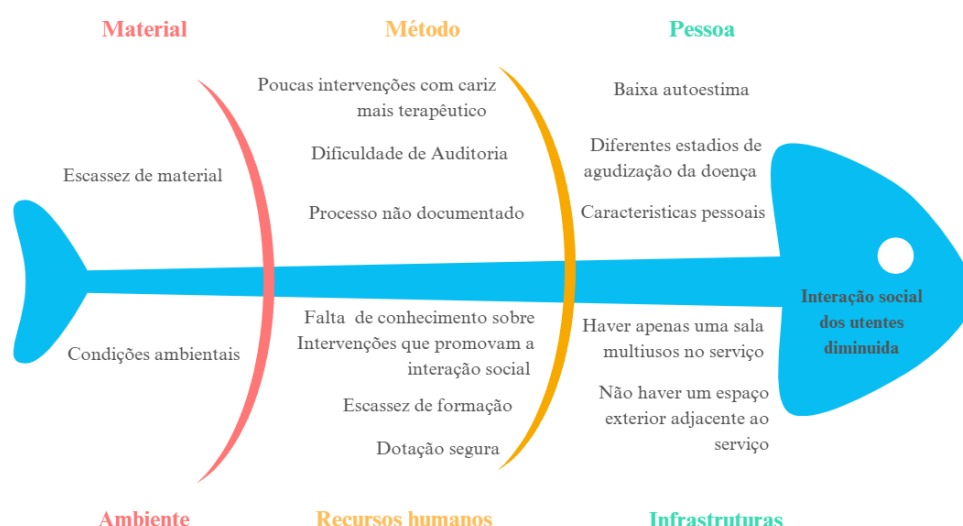


Figura 1 - Diagrama de Ishikawa

Entre os fatores identificados, destacou-se a dotação de recursos humanos como potencial elemento condicionador da qualidade das intervenções. Contudo, importa salientar que, durante o desenvolvimento do projeto, verificou-se o reforço da equipa com enfermeiros especialistas em ESMP, o que poderá constituir um fator facilitador na mitigação desta limitação.

3. Análise do problema/percepção das causas

Em enfermagem, o envolvimento dos profissionais de saúde constitui um elemento central na identificação e resolução de problemas, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento de conhecimento e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A compreensão das causas subjacentes à problemática assume assim, um papel determinante na definição de estratégias de intervenção eficazes e sustentadas.

Para a análise do problema, recorreu-se a diferentes estratégias de recolha de dados, nomeadamente *brainstorming* com elementos da equipa de enfermagem, entrevista formal à enfermeira com funções de gestão, grupo focal com profissionais de enfermagem.

O *brainstorming* revelou-se uma ferramenta facilitadora da geração e organização de ideias, permitindo identificar múltiplos fatores associados à problemática em estudo (Qadir & Chongtham, 2024). A entrevista formal possibilitou uma compreensão mais aprofundada ao nível da organização e gestão do serviço, evidenciando constrangimentos e fatores estruturais com impacto na prática clínica. Por sua vez, o grupo focal permitiu explorar de forma mais aprofundada as perceções dos profissionais, promovendo a reflexão crítica sobre comportamentos, práticas e motivações subjacentes (Jayasekara, 2012).

A utilização combinada destas metodologias permitiu a triangulação dos dados, contribuindo para uma análise mais abrangente e consistente das causas do problema.

4. Objetivos do projeto

Os objetivos delineados para este projeto foram definidos com base na análise realizada com a equipa tendo em foco o diagrama de Ishikawa, evidenciando a necessidade de intervir tanto ao nível das estratégias utilizadas pela equipa na abordagem desta problemática, como ao nível da intervenção dirigida aos utentes internados. Adicionalmente, a formulação dos objetivos teve em consideração os critérios do acrónimo SMART, assegurando que fossem específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e temporalmente definidos (Nunes, 2016).

Neste sentido, o objetivo geral do estudo consiste em melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, com enfoque na promoção da interação social, através da capacitação da equipa de enfermagem para a identificação do potencial da interação social e da implementação de um programa dirigido a utentes internados.

Como objetivos específicos, definem-se:

- a) Capacitar a equipa de enfermagem em estratégias de promoção da interação social em contexto de internamento;
- b) Co-desenvolver, em equipa, um programa de intervenção dirigido à capacitação dos utentes com doença mental para o desenvolvimento de competências de interação social;
- c) Implementar o programa num grupo de utentes em contexto de internamento psiquiátrico;
- d) Avaliar os resultados do programa e propor medidas de melhoria.

5. Metodologia

O presente projeto enquadra-se no paradigma de investigação-ação, na medida em que integra a identificação de uma problemática emergente da prática clínica com a implementação de estratégias de intervenção orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta abordagem metodológica permite uma articulação contínua entre ação, reflexão e mudança, favorecendo a análise crítica das práticas e a introdução de intervenções ajustadas às necessidades identificadas no contexto clínico.

Neste projeto foi adotada uma abordagem de métodos mistos, com predominância de paradigma quantitativo, recorrendo-se a um estudo pré-experimental do tipo pré e pós-intervenção, sem grupo de controlo, com o objetivo de avaliar os efeitos do programa implementado, ao nível da promoção da interação social dos utentes internados. Complementarmente, foram utilizados métodos qualitativos, nomeadamente *focus group* com a equipa de enfermagem, permitindo aprofundar a compreensão da problemática e sustentar o desenho da intervenção.

O desenvolvimento do projeto estruturou-se em três fases sequenciais e interdependentes, nomeadamente; desenho da intervenção, capacitação da equipa de enfermagem e implementação do programa, conforme apresentado na Figura 2.



Figura 2 - Fases do Projeto

A **primeira fase** correspondeu ao desenho da intervenção. Numa abordagem qualitativa foi estruturado um *focus group* com os enfermeiros do serviço. Foram selecionados enfermeiros generalistas e especialistas com mais de 6 meses de integração no serviço, e que se encontravam no ativo. O guião incluía 6 questões, versando sobre os principais problemas relativos à promoção das competências socioemocionais e as propostas de solução. A realização do *focus group* foi planeado em conjunto com a enfermeira gestora do serviço para ocorrer em ambiente seguro e propício à partilha de experiências, com a duração de 1 hora. A sessão foi audiogravada e o *verbatim* foi transcrito e submetido a análise temática segundo Braun e Clarke (2022, 2023). Este *focus group* contou com a participação de 7 enfermeiros. Esta estratégia permitiu validar a problemática, perceber as causas subjacentes e pontos de melhoria, e consequentemente validar a necessidade de desenvolvimento de um programa de intervenção junto dos profissionais do serviço e dos utentes com diminuição da interação social. Esta etapa permitiu identificar necessidades, adequar as estratégias ao contexto clínico e promover o envolvimento da equipa no desenvolvimento do projeto, obtendo assim também contributos para o desenho do programa de intervenção.

A **segunda fase** centrou-se na capacitação da equipa de enfermagem para o desenvolvimento da intervenção. Neste âmbito, foi realizada uma sessão formativa sobre competências socioemocionais, fundamentada no modelo CASEL, com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais para a promoção das competências sociais e emocionais na prática clínica em saúde mental.

Esta fase resultou no desenho de um programa de intervenção estruturado em 6 sessões grupais consecutivas, mesmo com reduzida adesão por parte da equipa de enfermagem (5 enfermeiros), constituindo uma limitação desta fase do projeto.

A **terceira fase** correspondeu à implementação do programa de intervenção. O programa, como referido anteriormente, foi estruturado em seis sessões grupais consecutivas, com duração média de 45 minutos. As sessões foram dinamizadas pelo investigador (mestrando), que assumiu o papel de moderador, sendo responsável pela condução das atividades, facilitação da participação dos utentes e gestão da dinâmica grupal. Em todas as sessões esteve presente uma EEESMP, na qualidade de observadora e supervisora clínica, assegurando o acompanhamento do processo, a monitorização das dinâmicas estabelecidas, a validação das intervenções realizadas e a garantia da segurança dos participantes. Simultaneamente, um terceiro elemento assumiu uma postura de observação, preenchendo a escala de heteroavaliação, com intuito de avaliar o desenvolvimento das competências socioemocionais. As sessões foram orientadas para a promoção de competências sociais e socioemocionais, incluindo treino de assertividade, promoção da autoestima, estimulação cognitiva e treino de interação social em contexto grupal, alinhadas com os domínios do modelo CASEL.

Relativamente aos instrumentos de avaliação utilizados, foram aplicados os seguintes instrumentos:

- a) Montreal Cognitive Assessment (MoCA);
- b) Escala de Comportamento Interpessoal – versão reduzida (ECI-r);
- c) Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais (versão de heteroavaliação).

O MoCa é um instrumento de rastreio cognitivo que permite avaliar diferentes domínios cognitivos, nomeadamente atenção, memória, linguagem, funções executivas, capacidades visuoespaciais, abstração e orientação, apresentando elevada sensibilidade na identificação de défice cognitivo ligeiro (Nasreddine et al., 2005).

A versão reduzida da ECI-r, encontra-se validada para a população portuguesa por Vagos et al. (2014). A ECI-r é constituída por 25 itens selecionados da versão original de 50 itens, mantendo a capacidade de avaliar os principais componentes do constructo de assertividade de forma mais breve e de fácil aplicação em contexto clínico (Arrindell et al., 2002). O instrumento avalia a resposta assertiva através de duas escalas de medida independentes, a escala de desconforto e a escala de frequência de comportamento, aplicadas aos mesmos itens (Arrindell et al., 2002). A Escala de Desconforto permite avaliar o nível de ansiedade ou desconforto experienciado em situações sociais, sendo cotada entre 1 (“nada”) e 5 (“extremamente”). Por sua vez, a Escala de Frequência de Comportamento avalia a regularidade com que o indivíduo manifesta comportamentos assertivos, variando entre 1 (“nunca”) e 5 (“sempre”).

A ECI-r encontra-se organizada em quatro subescalas, correspondentes a diferentes dimensões da assertividade (Vagos et al., 2014). A subescala de Assertividade Negativa avalia a capacidade de expressar sentimentos negativos, discordar, recusar pedidos inadequados ou defender os próprios direitos. A dimensão Expressão e Gestão de Limitações Pessoais relaciona-se com a capacidade de reconhecer dificuldades, pedir ajuda e lidar com críticas ou pressão externa. A Assertividade de Iniciativa refere-se à capacidade de iniciar interações sociais e assumir iniciativas em contextos interpessoais. Por fim, a Assertividade Positiva avalia a expressão de sentimentos positivos, como demonstrar afeto, expressar agradecimento e realizar elogios (Vagos et al., 2014). No contexto clínico, a escala tem sido utilizada para avaliar a eficácia de programas de treino de competências sociais,

demonstrando ganhos na frequência de comportamentos assertivos após intervenções estruturadas (Albino et al., 2023).

Relativamente às propriedades psicométricas da versão portuguesa da ECI-r, os autores reportaram valores de consistência interna global satisfatórios, com um α de Cronbach de 0,94 para a medida de desconforto e de 0,90 para a medida de comportamento. Ao nível das subescalas, os coeficientes variaram entre 0,68 e 0,82 para as dimensões específicas, evidenciando níveis de consistência interna globalmente adequados para a avaliação dos diferentes domínios da assertividade (Vagos et al., 2014).

A Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais (*Student Self-Report and Teacher Rating of Student Social and Emotional Competencies*), foi desenvolvida pela CASEL e pela American Institutes for Research (2013), e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Casado (2019). Este instrumento permite avaliar competências sociais e emocionais com base nos domínios definidos pelo modelo CASEL, nomeadamente: autoconsciência, autorregulação, consciência social, competências relacionais e tomada de decisão responsável. A escala foi aplicada na versão de heteroavaliação, sendo constituída por itens avaliados através de uma escala de frequência de 1 a 4, correspondendo a: 1 – raramente; 2 – ocasionalmente; 3 – frequentemente; 4 – quase sempre, incluindo ainda a opção NA – não é possível avaliar/não tenho a certeza.

A escala que será aplicada ao longo das diferentes sessões do programa, permitindo monitorizar a evolução das competências socioemocionais e da participação interpessoal dos utentes durante a implementação da intervenção. A sua utilização possibilitou uma avaliação contínua do impacto das atividades desenvolvidas, durante a implementação do projeto.

Os dados foram recolhidos nos momentos de pré e pós-intervenção e, no caso da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais, ao longo das diferentes sessões do programa. Posteriormente, foram tratados e analisados com recurso ao *IBM SPSS Statistics*, utilizando estatística descritiva e inferencial, através de testes não paramétricos (Wilcoxon) adequados à dimensão e características da amostra.

A amostra constituída por utentes internados no Serviço de Psiquiatria, será selecionada através de uma amostragem não probabilística, intencional, com base em critérios previamente definidos. Como critérios de inclusão consideraram-se: utentes adultos, sem ou com défice cognitivo ligeiro avaliado através do MoCA, e com diagnóstico de enfermagem de diminuição da interação social ou risco de diminuição da interação social. Como critérios de exclusão, definiram-se: presença de sintomatologia psicótica ativa, nomeadamente delírio hiperativo, e a incapacidade de comunicação em língua portuguesa.

A população do estudo integrou a equipa de enfermagem do serviço (n=10) e os utentes internados na unidade de agudos (n=8), distribuídos por duas rondas de implementação do programa. A reduzida dimensão da amostra relaciona-se com as especificidades do contexto clínico, nomeadamente a variabilidade do estado clínico dos utentes e a ocorrência de altas hospitalares não programadas durante o período de implementação.

Questões formais e éticas

Foram assegurados todos os princípios éticos inerentes à investigação, incluindo o respeito pela autonomia, confidencialidade, anonimato e voluntariedade dos participantes. Todos os intervenientes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo, tendo sido obtido o consentimento

informado. Foi garantida a confidencialidade da informação recolhida e o anonimato dos participantes através da codificação dos dados. Os participantes foram igualmente informados da possibilidade de desistirem do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. O projeto obteve parecer favorável da Comissão de Ética da ULS (Parecer n.º 24/30-05-2025), instituição onde o projeto foi desenvolvido. Foram igualmente observados os requisitos legais aplicáveis à proteção de dados pessoais, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019; Regulamento (UE) 2016/679).

6. Planear e executar as tarefas/atividades

Este subcapítulo descreve o planeamento e a execução das atividades desenvolvidas no âmbito do PMQCCE, centrado na promoção da interação social em utentes internados na Unidade de Psiquiatria de Agudos. As intervenções planeadas e implementadas foram estruturadas de forma progressiva e sequencial, procurando responder às necessidades identificadas no contexto clínico e promover o desenvolvimento de competências sociais e emocionais nos participantes. Relativamente às questões éticas e formais foram assegurados os procedimentos éticos e formais necessários, incluindo a autorização institucional para a realização do projeto, bem como o consentimento informado dos participantes, garantindo o respeito pelos princípios da autonomia, confidencialidade, anonimato e participação voluntária, como foi referido anteriormente.

A Figura 3 ilustra as principais atividades desenvolvidas no âmbito do projeto, permitindo uma visualização global das diferentes etapas de implementação e das intervenções realizadas junto da equipa de enfermagem e dos utentes.

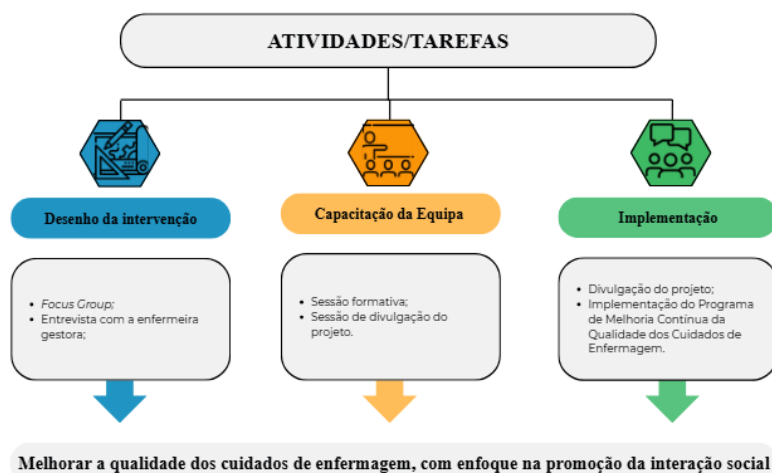


Figura 3 –Atividades e tarefas desenvolvidas ao longo do projeto

O desenvolvimento do projeto integrou atividades dirigidas simultaneamente à equipa de enfermagem e aos utentes internados, reconhecendo a importância da capacitação profissional e da intervenção terapêutica especializada na promoção da interação social.

Numa fase inicial, foram realizadas atividades de sensibilização e capacitação da equipa de enfermagem. Neste âmbito, procedeu-se à divulgação do projeto junto da equipa multidisciplinar e da chefia do serviço, com apresentação da problemática identificada, dos objetivos do PMQCCE e das estratégias de intervenção propostas. Paralelamente, foi dinamizada uma sessão formativa dirigida aos profissionais de enfermagem, centrada na promoção das competências sociais e emocionais em saúde mental, sustentada no modelo CASEL.

A sessão formativa abordou diversos conteúdos, tais como: assertividade, competências socioemocionais, promoção da interação social e importância das intervenções grupais em contexto psiquiátrico. Procurou-se sensibilizar os profissionais para a necessidade de integrar estratégias relacionais nos cuidados prestados, reforçando o papel do enfermeiro generalista e especialista na promoção da recuperação psicossocial da pessoa com doença mental. Apesar da pertinência da temática e do interesse demonstrado pelos participantes presentes, verificou-se uma adesão reduzida da equipa, condicionada pela dinâmica do serviço e pela carga horária dos profissionais.

A estrutura do programa de intervenção dirigido aos utentes foi organizada de forma sequencial e progressiva, contemplando diferentes áreas relacionadas com a promoção da interação social e das competências socioemocionais. O desenho global do programa e a distribuição temática das sessões encontram-se representados na Figura 4.



Figura 4 - Desenho do programa

Na Sessão 0, procedeu-se à apresentação do projeto aos utentes selecionados para o programa. Esta sessão teve como finalidade explicar os objetivos do programa, esclarecer os procedimentos éticos inerentes à participação no estudo e promover o envolvimento informado dos participantes no processo terapêutico. Previamente à sessão 0 foram aplicados os instrumentos de avaliação inicial, nomeadamente o MoCA e a versão reduzida da ECI-r, permitindo caracterizar o perfil cognitivo e os comportamentos interpessoais dos participantes antes da implementação da intervenção, em *setting* individual.

A Sessão 1 foi orientada para a identificação dos estilos comunicacionais predominantes, através da leitura e escolha de respostas dadas em situações do quotidiano. Através deste exercício ocorreram a reflexão e perceção de diferentes formas de comunicação, nomeadamente estilos passivos, agressivos, passivo-agressivos e assertivos. Esta sessão procurou promover maior consciência acerca do impacto

da comunicação nas relações interpessoais, estimulando simultaneamente competências relacionais, comunicação verbal e não verbal e capacidade de interação social.

Na Sessão 2 foi desenvolvido o treino de assertividade com recurso a intervenção sociodramática. A utilização de técnica sociodrama teve como função realizar quebra-gelo e perceber fatores em comum entre os diversos participantes. No âmbito de treino de assertividade, recorreu-se à técnica dos “5 Eus” (“Eu vejo”, “Eu penso”, “Eu sinto”, “Eu quero” e “Eu pretendo”), enquanto estratégia facilitadora da comunicação assertiva e da responsabilização emocional. Esta sessão permitiu trabalhar competências associadas à expressão de sentimentos, gestão de conflitos e adaptação social.

A Sessão 3 centrou-se no treino da interação social em contexto grupal. Através de atividades de debate estruturado e partilha de experiências, os participantes foram incentivados a desenvolver competências de comunicação, escuta ativa, pensamento crítico e expressão emocional. O contexto grupal favoreceu a validação interpessoal, a cooperação e o reforço da autoconfiança, promovendo simultaneamente a participação social e o sentimento de pertença ao grupo.

Na Sessão 4 foram implementadas atividades de estimulação cognitiva associadas ao trabalho cooperativo. Esta sessão teve como objetivo estimular funções cognitivas, nomeadamente atenção, memória, raciocínio lógico e planeamento, articulando simultaneamente a promoção da interação social e da comunicação assertiva. Para tal, foram dinamizadas atividades práticas em grupo, incluindo exercícios de resolução de labirintos e tarefas de planeamento associadas à elaboração de uma receita, incentivando a cooperação, a resolução conjunta de problemas e a interação entre pares.

A Sessão 5 correspondeu ao treino da interação social através de técnica expressiva, recorrendo à dinamização de um “*Talent Show* Terapêutico”. Esta atividade teve como finalidade promover a autoestima, a assertividade e a valorização pessoal dos participantes, através da apresentação de talentos ou capacidades individuais em ambiente terapêutico seguro. A dinâmica grupal favoreceu o reforço positivo, a expressão emocional e o reconhecimento interpessoal, contribuindo para o fortalecimento da autoconfiança, do sentimento de pertença e das competências relacionais.

Ao longo da implementação do programa foram privilegiadas metodologias ativas e participativas, incluindo dinâmicas de grupo, *role-play*, sociodrama, exercícios de estimulação cognitiva e técnicas expressivas, procurando promover o envolvimento ativo dos utentes no processo terapêutico. Paralelamente, foi aplicada ao longo das sessões a Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais, permitindo monitorizar continuamente a evolução das competências socioemocionais e da participação interpessoal dos participantes durante o desenvolvimento do programa.

Os planos de sessão das diversas sessões estruturadas e implementadas no âmbito do presente PMCQCE encontram-se apresentados no Apêndice I.

7. Verificação e discussão dos resultados

Nesta etapa será apresentada uma caracterização sociodemográfica da amostra, bem como os resultados obtidos no MoCA, na ECI-r e na Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais, o que revela a evolução das competências sociais, emocionais e interpessoais dos participantes ao longo da implementação do programa de intervenção.

Os dados foram recolhidos em contexto de pré e pós-intervenção e posteriormente tratados e analisados com recurso ao *IBM SPSS Statistics*, utilizando estatística não paramétrica, descritiva e inferencial.

Na aplicação da versão reduzida da ECI-r, foram analisadas as dimensões relacionadas com a frequência dos comportamentos assertivos e o desconforto associado às situações interpessoais, permitindo comparar os resultados obtidos antes e após a implementação da intervenção. Para a análise comparativa dos resultados obtidos nos momentos pré e pós-intervenção, recorreu-se ao teste de Wilcoxon, adequado à reduzida dimensão da amostra e à natureza não paramétrica dos dados, no entanto, os testes de Wilcoxon não revelaram diferenças estatisticamente significativas, com valores de Z próximos de 0 e $p > 0,05$.

A amostra foi constituída por oito utentes, com idades compreendidas entre os 24 e os 76 anos, apresentando uma idade média de 48,5 anos (Desvio Padrão [DP] = 19,70). Observou-se uma predominância do sexo feminino (62,5%), sendo os restantes participantes do sexo masculino (37,5%).

No que concerne ao estado civil, observou-se uma distribuição heterogénea, verificando-se que 37,5% ($n=3$) dos participantes eram solteiros e igual percentagem viúvos. Apenas um participante encontrava-se casado (12,5%) e um divorciado (12,5%).

No que diz respeito sobre as habilitações literárias dos participantes, observou-se heterogeneidade ao nível da escolaridade dos participantes. Verificou-se predominância do ensino secundário, correspondente a 37,5% da amostra, seguindo-se o 4.º ano de escolaridade, com 25%. Os restantes participantes apresentavam o 9.º ano de escolaridade, licenciatura e mestrado/doutoramento, correspondendo cada uma destas categorias a 12,5%. Quanto à situação profissional, verificou-se predominância de participantes desempregados (37,5%), seguindo-se reformados (25%). Apenas uma participante era trabalhadora por conta de outrem, sendo os restantes estudantes ou exerciam atividade liberal. Relativamente à coabitação, verificou-se que 62,5% viviam acompanhados, enquanto 37,5% viviam sozinhos. Estes resultados encontram-se sistematizados na Tabela 1.

Os resultados da aplicação do MoCA, demonstraram que a maioria dos participantes apresentou comprometimento cognitivo ligeiro, correspondendo a 75% da amostra, enquanto os restantes 25% evidenciaram resultados dentro dos parâmetros considerados normais.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e resultado do teste de screening

Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Situação Profissional	Vive Sozinho	MoCA Resultado
41	M	Solteiro	12º ano	Desempregado	Sim	22
24	M	Solteiro	Licenciatura	Estudante	Não	22
44	M	Solteiro	9º ano	Profissional Liberal	Não	28
76	F	Viúva	4º ano	Reformada	Sim	18
33	F	Solteira	Mestrado/Doutoramento	Empregada	Sim	30
34	F	Casada	12º ano	Desempregada	Não	24
62	F	Viúva	4º ano	Desempregada	Não	21
74	F	Divorciada	12º ano	Reformada	Não	24

Relativamente à ECI-r e no que concerne à frequência do comportamento, observou-se, de forma global, uma predominância de classificações positivas em várias dimensões avaliadas, conforme apresentado na Tabela 2. Ainda que os resultados não sejam estatisticamente significativos, na dimensão Assertividade Negativa, 62,5% dos participantes apresentaram evolução positiva, enquanto 37,5% evidenciaram classificações negativas, significando uma tendência de melhoria da capacidade de expressar sentimentos negativos, discordar, recusar pedidos inadequados ou defender os próprios direitos. Quanto à Expressão e Gestão de Limitações Pessoais verificou-se uma distribuição equilibrada entre classificações positivas e negativas (37,5%), registrando-se ainda 25% de empates. Resultados semelhantes foram observados na dimensão Assertividade de Iniciativa, tendo com igual distribuição entre classificações positivas e negativas (37,5%), verificando-se ainda 25% de resultados sem alteração. Na dimensão Assertividade Positiva observou-se uma distribuição totalmente equilibrada entre classificações positivas e negativas, correspondendo ambas a 50% dos participantes. O programa permitiu a melhoria da capacidade de reconhecer dificuldades, pedir ajuda e lidar com críticas ou pressão externa, bem como a capacidade de iniciar interações sociais e assumir iniciativas em contextos interpessoais em 37,5% dos participantes.

Globalmente, na variável Frequência Total do Comportamento, verificou-se predominância de classificações positivas em 75% dos participantes, comparativamente a 25% de classificações negativas, sugerindo uma tendência para aumento da frequência dos comportamentos assertivos e das competências interpessoais após a implementação do programa, ainda que sem significado estatístico.

Tabela 2 – Resultados da diferença de médias relativas à frequência de comportamentos, antes e depois da aplicação do projeto

Variável	CN	CP	Empates
Assertividade Negativa – Frequência	3	5	0
Expressão e Gestão de Limitações Pessoais – Frequência	3	3	2
Assertividade de Iniciativa – Frequência	3	3	2
Assertividade Positiva – Frequência	4	4	0
Frequência Total do Comportamento	2	6	0

Nota: CN = Classificações Negativas; CP = Classificações Positivas

Relativamente à Escala de Desconforto, os resultados revelaram maior heterogeneidade entre as diferentes dimensões avaliadas, conforme ilustrado na Tabela 3. Importa salientar que, nesta escala, classificações positivas correspondem a aumento do desconforto associado às situações interpessoais, pelo que a sua interpretação deve ser realizada em sentido inverso à Escala de Frequência do Comportamento.

Na dimensão Assertividade Negativa – Desconforto, 75% dos participantes apresentaram classificações positivas, indicando maior desconforto em situações relacionadas com a expressão de sentimentos negativos ou defesa dos próprios direitos. Na dimensão Expressão e Gestão de Limitações Pessoais – Desconforto verificou-se uma distribuição relativamente equilibrada, com 50% de classificações negativas, 37,5% de classificações positivas e 12,5% de empates.

Na dimensão Assertividade de Iniciativa – Desconforto observou-se predominância de classificações negativas em 75% dos participantes, sugerindo diminuição do desconforto associado à iniciativa social e às interações interpessoais. Relativamente à dimensão Assertividade Positiva – Desconforto, verificaram-se 50% de classificações negativas, 37,5% de classificações positivas e 12,5% de empates.

Globalmente, na variável Desconforto Total, observou-se predominância de classificações negativas em 62,5% dos participantes, comparativamente a 37,5% de classificações positivas, sugerindo, de forma global, uma ligeira diminuição do desconforto associado às situações interpessoais após a implementação da intervenção.

Tabela 3 - Resultados da diferença de médias relativas ao desconforto, antes e depois da aplicação do projeto

Variável	CN	CP	Empates
Assertividade Negativa – Desconforto	2	6	0
Expressão e Gestão de Limitações Pessoais – Desconforto	4	3	1
Assertividade de Iniciativa – Desconforto	6	2	0
Assertividade Positiva – Desconforto	4	3	1
Desconforto Total	5	3	0

Nota: A escala do desconforto encontra-se invertida, classificações negativas (CN) equivalem a redução do desconforto e classificações positivas (CP) equivalem a aumento do desconforto.

Com o intuito de analisar os itens específicos, foram elaboradas quatro tabelas referentes às subescalas da ECI-r: Assertividade Negativa, Expressão e Gestão de Limitações Pessoais, Assertividade de Iniciativa e Assertividade Positiva. Estas tabelas analisam tanto a frequência dos comportamentos assertivos como o nível de desconforto associado à sua manifestação.

Na subescala de Assertividade Negativa (Tabela 4), verificou-se um aumento da mediana global do desconforto associado aos comportamentos após a intervenção, passando de 2,50 para 3,00. Este aumento refletiu-se particularmente nos itens relativos à recusa de um pedido efetuado por alguém com autoridade (item 6), à capacidade de dizer a alguém que considerou ter sido tratado injustamente (item 7) e ao pedido para que alguém cessasse um comportamento incómodo (item 14). Em contrapartida, observou-se uma diminuição da mediana nos itens referentes ao confronto de situações de evitamento interpessoal (item 19), à recusa de emprestar um objeto a um amigo (item 23) e à insistência para que alguém cumprisse a sua parte (item 25), enquanto o item relativo à recusa de produtos ou serviços não satisfatórios (item 18) permaneceu estável.

Relativamente à frequência dos comportamentos assertivos, a mediana global manteve-se idêntica nos dois momentos de avaliação (2,00), sugerindo estabilidade global nesta dimensão. Contudo, a análise dos itens revelou um aumento da frequência nos comportamentos relacionados com o confronto de situações de evitamento interpessoal (item 19). Em sentido inverso, verificou-se uma diminuição da mediana na insistência para que alguém fizesse a sua parte (item 25), enquanto os restantes itens mantiveram valores de mediana semelhantes entre os dois momentos.

Tabela 4 – Análise dos resultados da subescala Assertividade Negativa, relativamente ao Desconforto e Frequência do Comportamento antes e após a intervenção

Assertividade Negativa		Desconforto				Frequência			
		Média	Mediana	Z	p	Média	Mediana	Z	p
6. Recusar um pedido de alguém com autoridade	Pré	2,50	2,50	-1,730	0,084	1,75	1,50	0,000	1,000
	Pós	3,25	3,00			1,75	1,50		
7. Dizer a alguém que achas que te tratou injustamente	Pré	2,75	2,50	-0,137	0,891	2,38	2,50	-0,707	0,480
	Pós	2,75	3,00			2,13	2,50		
14. Pedir a alguém que pare de te aborrecer	Pré	2,38	2,50	-1,730	0,084	2,88	3,00	-1,633	0,102
	Pós	3,13	3,00			3,38	3,00		

18. Recusar produtos ou serviços não satisfatórios	Pré Pós	2,13 2,25	2,00 2,00	-0,276 0,783		1,88 2,38	2,00 2,00	-1,190 0,234	
19. Falar com alguém que achas que está a tentar evitar	Pré Pós	3,13 2,50	3,00 2,00	-0,689 0,491		2,13 2,63	1,50 2,50	-0,957 0,339	
23. Recusar emprestar uma coisa a um amigo	Pré Pós	3,38 2,88	3,00 2,50	-0,719 0,472		2,00 2,38	2,00 2,00	-1,000 0,317	
25. Insistir para que alguém faça a sua parte	Pré Pós	3,13 3,13	3,50 3,00	-0,272 0,785		2,63 2,63	3,00 2,00	-0,175 0,861	
Totais globais da subescala	Pré Pós	2,77 2,84	2,50 3,00			2,24 2,47	2,00 2,00		

Na subescala de Expressão e Gestão de Limitações Pessoais (Tabela 5), a mediana global do desconforto manteve-se inalterada (2,50) após a intervenção. Contudo, a análise por item evidenciou algumas diferenças. Verificou-se uma diminuição da mediana do desconforto ao pedir a alguém para explicar uma coisa (item 3) e ao perguntar a alguém se o/a tinha magoado (item 15). Em contraste, observou-se um aumento nos itens relativos a dizer a alguém que tinha razão após uma crítica (item 9) e a admitir que se sabia pouco sobre um assunto (item 24). Os itens referentes a pedir desculpa quando se comete um erro (item 20) e a pedir indicações sobre um caminho (item 22) mantiveram medianas idênticas nos dois momentos.

Quanto à frequência dos comportamentos, verificou-se uma ligeira diminuição da mediana global, de 2,75 para 2,50. A análise individual mostrou um aumento da frequência ao pedir explicações (item 3) e ao admitir conhecimentos limitados sobre um assunto (item 24), no entanto observou-se uma diminuição nos comportamentos relacionados com reconhecer a razão de uma crítica (item 9) e pedir indicações sobre um caminho (item 22). Os restantes itens mantiveram valores de mediana estáveis.

Tabela 5 - Análise dos resultados da subescala Expressão e Gestão de Limitações Pessoais, relativamente ao Desconforto e Frequência do Comportamento antes e após a intervenção

Expressão e Gestão de Limitações Pessoais		Desconforto				Frequência			
		Média	Mediana	Z	p	Média	Mediana	Z	p
3. Pedir a alguém para explicar uma coisa	Pré Pós	2,63 2,50	3,00 2,50	-0,272 0,785		2,38 2,50	2,00 2,50	0,000 1,000	
9. Dizer a alguém que te criticou que tem razão	Pré Pós	2,13 3,00	2,00 3,00	-1,604 0,109		3,25 2,75	3,50 2,50	-0,962 0,336	
15. Perguntar a alguém se tu o/a magoaste	Pré Pós	2,88 2,13	3,00 1,50	-1,633 0,102		2,38 2,50	2,50 2,50	-0,322 0,748	
20. Pedir desculpa quando cometeste um erro	Pré Pós	2,25 2,50	2,00 2,00	-0,342 0,733		2,75 2,75	3,00 3,00	-0,368 0,713	
22. Pedir a alguém que te indique o caminho	Pré Pós	2,13 2,38	2,50 2,50	-0,184 0,854		2,38 2,50	3,00 2,50	-0,184 0,854	

24. Admitir que sabes pouco sobre um assunto	Pré	2,13	2,50	-0,921	0,357	2,38	2,50	-0,966	0,334
	Pós	2,63	3,00			2,75	3,00		
Totais da subescala	Pré	2,36	2,50			2,59	2,75		
	Pós	2,52	2,50			2,63	2,50		

Na subescala de Assertividade de Iniciativa (Tabela 6), verificou-se um aumento da mediana global do desconforto, passando de 2,75 para 3,00 após a intervenção. Esta alteração refletiu-se sobretudo no aumento da mediana dos itens relacionados com contar uma coisa a um grupo de pessoas (item 2), manter a própria opinião perante os outros (item 13) e dar a opinião a uma pessoa com autoridade (item 17). Em contrapartida, observou-se uma diminuição da mediana no desconforto associado ao início de uma conversa com um estranho (item 1), enquanto os itens referentes à participação numa conversa de grupo (item 12) e à apresentação a alguém (item 21) permaneceram estáveis.

Relativamente à frequência dos comportamentos, registou-se um aumento da mediana global de 2,50 para 3,00. A nível dos itens, verificou-se um aumento da frequência em contar uma coisa a um grupo de pessoas (item 2) e em manter a própria opinião face aos outros (item 13). Os restantes itens mantiveram medianas semelhantes entre os momentos pré e pós-intervenção.

Tabela 6 - Análise dos resultados da subescala Assertividade de Iniciativa, relativamente ao Desconforto e Frequência do Comportamento antes e após a intervenção

Assertividade de Iniciativa		Desconforto				Frequência			
		Média	Mediana	Z	p	Média	Mediana	Z	p
1. Iniciar uma conversa com um estranho	Pré	2,63	3,00	-1,000	0,317	2,88	3,00	-0,577	0,564
	Pós	2,38	2,00			2,75	3,00		
2. Contar uma coisa a um grupo de pessoas	Pré	2,50	2,50	-0,828	0,408	2,00	2,00	-1,225	0,221
	Pós	2,88	3,00			2,75	3,00		
12. Participar da conversa de um grupo de pessoas	Pré	2,38	3,00	0,000	1,000	3,25	3,00	-1,414	0,157
	Pós	2,63	3,00			2,75	3,00		
13. Manter a tua própria opinião face a outros	Pré	2,38	2,00	-0,284	0,776	3,13	3,00	-1,000	0,317
	Pós	2,50	3,00			3,75	4,00		
17. Dar a tua opinião a uma pessoa com autoridade	Pré	2,75	3,00	-1,089	0,276	2,25	2,00	-0,707	0,480
	Pós	3,38	3,50			2,00	2,00		
21. Apresentares-te a alguém	Pré	2,50	2,50	-0,137	0,891	2,38	2,00	-1,000	0,317
	Pós	2,63	2,50			2,63	2,00		
Totais da subescala	Pré	2,52	2,75			2,65	2,50		
	Pós	2,73	3,00			2,77	3,00		

Na subescala de Assertividade Positiva (Tabela 7), observou-se um aumento da mediana global do desconforto, de 2,00 para 2,50. Este aumento verificou-se principalmente nos itens relativos ao reconhecimento de um elogio acerca da aparência (item 4) e à expressão de agrado quando alguém diz que gosta da pessoa (item 11). Contrariamente, verificou-se uma diminuição da mediana do

desconforto em dizer a alguém que gosta dele/a (item 5), enquanto os itens relativos a dizer a alguém que o/a estima (item 8), a reconhecer um elogio sobre algo que fez (item 10) e a dizer que gosta que lhe digam que a estimam (item 16) apresentaram valores de mediana estáveis.

Quanto à frequência dos comportamentos, verificou-se uma ligeira diminuição da mediana global, passando de 2,50 para 2,25. A análise dos itens revelou um aumento da frequência em dizer a alguém que gosta dele/a (item 5) e em reconhecer um elogio acerca da aparência (item 4). Em contrapartida, observou-se uma diminuição nos comportamentos relacionados com reconhecer um elogio sobre algo que fez (item 10), dizer a alguém que o/a estima (item 8) e dizer que gosta que lhe digam que o/a estimam (item 16). O item restante manteve valores de mediana inalterados entre os dois momentos.

Tabela 7 - Análise dos resultados da subescala Assertividade Positiva, relativamente ao Desconforto e Frequência do Comportamento antes e após a intervenção

Assertividade Positiva		Desconforto				Frequência			
		Média	Mediana	Z	p	Média	Mediana	Z	p
4. Reconhecer um elogio acerca da tua aparência	Pré	2,38	2,50	-1,134	0,257	2,38	2,50	-0,378	0,705
	Pós	3,00	3,50			2,50	3,00		
5. Dizer a alguém que gostas dele/a	Pré	2,75	2,00	-0,552	0,581	2,50	2,00	-1,265	0,206
	Pós	2,25	1,50			3,00	3,00		
8. Dizer a alguém que o/a estimas	Pré	1,75	1,50	-0,108	0,914	2,75	2,50	-0,412	0,680
	Pós	2,00	2,00			2,50	2,00		
10. Reconhecer um elogio sobre algo que fizeste	Pré	2,50	2,00	-0,213	0,832	2,75	3,00	-1,933	0,053
	Pós	2,38	2,00			1,88	2,00		
11. Dizer que gostas que te digam que gostam de ti	Pré	2,00	2,00	-1,633	0,102	2,25	2,00	-0,333	0,739
	Pós	3,00	3,00			2,25	2,00		
16. Dizer que gostas que te digam que te estimam	Pré	2,50	3,00	-0,647	0,518	2,63	3,00	-0,333	0,739
	Pós	3,00	3,00			2,75	2,50		
Totais da subescala	Pré	2,31	2,00			2,54	2,50		
	Pós	2,61	2,50			2,48	2,25		

Estes resultados parecem indicar que, embora os participantes tenham demonstrado maior disponibilidade para expressar afeto e sentimentos positivos, continuam a experienciar dificuldades quando se encontram na posição de receber reconhecimento ou validação dos outros, aspeto frequentemente associado a fragilidades ao nível da autoestima e da autoimagem.

De forma geral, os resultados da ECI-r parecem indicar uma tendência descritiva para aumento da frequência de comportamentos assertivos e, simultaneamente, redução do desconforto interpessoal em algumas dimensões avaliadas, ainda que se observe variabilidade entre os participantes, o que poderá relacionar-se com as características clínicas e contextuais da população em estudo.

Relativamente à Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais (versão heteroavaliação) aplicada durante cada sessão aos participantes, os resultados demonstraram níveis globalmente elevados de competências socioemocionais ao longo das diferentes sessões do programa, conforme apresentado na Tabela 8 e Figura 5.

A análise das medianas obtidas na Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais evidencia uma tendência de melhoria em todas as competências avaliadas entre a primeira e a quinta sessão do programa. A competência de Autoconsciência apresentou um aumento da mediana de 3,75 para 3,88, enquanto a Autogestão registou um incremento de 3,62 para 4,00. A Consciência Social evidenciou a maior variação, com a mediana a aumentar de 3,50 para 4,00. A competência Relacional apresentou uma evolução de 3,87 para 4,00 e a Tomada de Decisão Responsável registou um aumento de 3,75 para 4,00. Globalmente, o Resultado Total da escala aumentou de uma mediana de 3,60 na avaliação inicial para 3,95 na avaliação final.

Tabela 8 – Estatística Descritiva dos Resultados da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais

Nº Sessão	Medida	Autoconsciência	Autogestão	Consciência Social	Competência Relacional	Tomada de Decisão Responsável	Resultado Total
Sessão 1	Média	3,53	3,44	3,47	3,78	3,59	3,56
	Mediana	3,75	3,62	3,50	3,87	3,75	3,60
	DP	0,6187	0,5939	0,5078	0,2815	0,4617	0,4042
	Min.	2,25	2,25	2,75	3,25	3,00	3,05
	Máx.	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Sessão 2	Média	3,44	3,53	3,58	3,64	3,84	3,61
	Mediana	3,75	3,63	3,75	4,00	4,00	3,85
	DP	0,8210	0,5250	0,5943	0,5269	0,2969	0,5274
	Min.	1,50	2,50	2,25	2,75	3,25	2,45
	Máx.	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Sessão 3	Média	3,11	3,13	3,39	3,53	3,66	3,36
	Mediana	3,38	3,38	3,42	3,63	3,75	3,40
	DP	0,8116	0,8128	0,5155	0,5078	0,3765	0,5317
	Min.	1,67	1,75	2,75	3,00	3,00	2,65
	Máx.	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Sessão 4	Média	3,43	3,31	3,38	3,41	3,56	3,39
	Mediana	3,25	3,38	3,50	3,63	4,00	3,73
	DP	0,5901	0,7289	0,6682	0,6673	0,6232	0,6272
	Min.	2,50	1,75	2,25	2,25	2,50	2,19
	Máx.	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,95
Sessão 5	Média	3,69	3,75	3,75	3,75	3,75	3,74
	Mediana	3,88	4,00	4,00	4,00	4,00	3,95
	DP	0,46	0,40	0,38	0,35	0,38	0,35
	Min.	2,75	3,00	3,00	3,25	3,00	3,15
	Máx.	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00

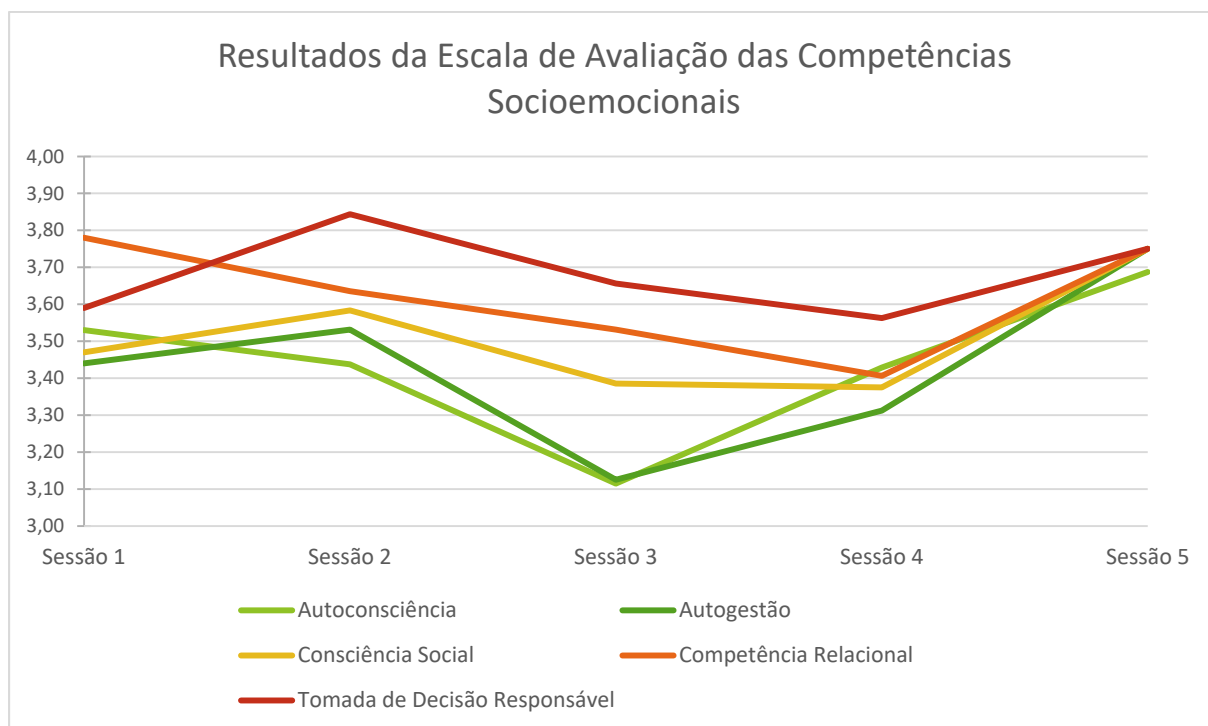


Figura 5 – Gráfico dos resultados da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais ao longo do projeto

Estes resultados descritivos sugerem uma evolução favorável das competências sociais e emocionais dos participantes ao longo da implementação do programa, verificando-se um aumento consistente das medianas em todas as dimensões avaliadas. Destaca-se, em particular, a melhoria observada nas competências de Consciência Social e Autogestão, que apresentaram os maiores incrementos relativamente à avaliação inicial.

De forma global, os resultados sugerem um impacto positivo da intervenção na promoção e consolidação das competências sociais e emocionais dos participantes, evidenciando melhorias progressivas na participação interpessoal, na regulação emocional e na capacidade de interação em contexto grupal. Embora os resultados obtidos não tenham evidenciado diferenças estatisticamente significativas, os mesmos sugerem um potencial impacto favorável da intervenção na promoção das competências socioemocionais e da promoção da interação social.

7.1. Discussão de resultados

Os resultados obtidos neste PMQCE sugerem um impacto favorável da intervenção ao nível da promoção das competências socioemocionais e interpessoais dos participantes, ainda que sem diferenças estatisticamente significativas entre os momentos de avaliação pré e pós-intervenção. Estes resultados deverão ser interpretados tendo em consideração a reduzida dimensão da amostra, as especificidades do contexto de internamento psiquiátrico de agudos e a curta duração da intervenção.

Relativamente à caracterização da amostra, verificou-se que a maioria dos participantes apresentava comprometimento cognitivo ligeiro avaliado através do teste MoCA. Este resultado assume particular relevância, uma vez que a literatura tem demonstrado que alterações cognitivas, nomeadamente ao nível das funções executivas e cognição social, podem comprometer a capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias e influenciar negativamente o funcionamento social da pessoa com doença mental (Giuliani et al., 2024). Apesar disso, os participantes apresentavam capacidade

cognitiva para integrar as atividades propostas, permitindo a sua participação ativa nas diferentes sessões do programa.

No que se refere aos resultados obtidos na ECI-r, verificou-se uma tendência para aumento da frequência dos comportamentos assertivos e diminuição do desconforto associado às situações interpessoais. Embora estas diferenças não tenham atingido significância estatística, a grande maioria dos participantes apresentou uma evolução favorável ao nível dos comportamentos assertivos, sendo igualmente observada uma redução do desconforto associado às interações sociais na maioria dos casos.

Estes resultados parecem corroborar a relevância do treino de assertividade enquanto estratégia terapêutica em saúde mental. A literatura reforça que intervenções estruturadas e coordenadas, que incluem o treino de competências, estão associadas a internamentos mais curtos, menor número de recaídas e uma melhoria da autonomia na vida quotidiana (Vega-Martínez et al., 2026). A assertividade constitui, assim, uma competência fundamental para a expressão adequada de necessidades, sentimentos e opiniões, contribuindo para relações interpessoais mais satisfatórias e para o fortalecimento da autonomia (Antunes, 2022; Sequeira, 2020). Para além disso, assume particular importância pelos atributos que reforçam a personalidade e a atitude da pessoa perante os desafios da vida, promovendo o *empowerment* e a autoestima, e favorecendo uma gestão mais tranquila e segura das situações de tensão e conflito (Pereira et al., 2018).

Segundo Salvi e Suresh (2024), os programas de treino de assertividade estão associados a melhorias na autoconfiança, na comunicação interpessoal e na redução da ansiedade social. Neste projeto, o treino de assertividade com recurso à intervenção sociodramática, recorrendo a técnica dos “5 Eus”, poderá ter contribuído para o desenvolvimento destas competências, permitindo aos participantes experimentar formas alternativas de comunicação e interação em contexto seguro e estruturado (Giacomucci, 2021).

Relativamente à Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais, os resultados demonstraram níveis globalmente elevados de competências socioemocionais ao longo de toda a intervenção, com valores médios superiores à mediana. Apesar de se observar uma ligeira diminuição dos resultados na terceira sessão, verificou-se posteriormente uma recuperação progressiva, culminando nos valores mais elevados na sessão final. Esta evolução poderá ser interpretada à luz da natureza das atividades desenvolvidas ao longo do programa. A sessão centrada na identificação e partilha de talentos pessoais exigiu dos participantes competências de autoconsciência, confiança e exposição emocional, podendo inicialmente gerar algum desconforto e influenciar a perceção das próprias competências socioemocionais. Contudo, este processo reflexivo poderá ter favorecido o autoconhecimento, a autoestima e o fortalecimento das relações interpessoais no grupo. Paralelamente, as sessões subsequentes, nomeadamente as atividades de estimulação cognitiva e de cooperação grupal, proporcionaram oportunidades de comunicação, resolução conjunta de problemas e reforço positivo, contribuindo para a melhoria progressiva das competências de autogestão, competências relacionais e tomada de decisão responsável.

A literatura referente à aplicação do modelo CASEL tem-se centrado predominantemente em crianças e adolescentes em contexto escolar, existindo ainda evidência limitada relativamente à implementação e eficácia de programas baseados neste modelo em populações adultas e em contextos de saúde mental (Cosgrove et al., 2024). Contudo, os estudos disponíveis sugerem que a

eficácia destas intervenções está intimamente relacionada com o contexto e o público-alvo da sua implementação.

Enquanto as abordagens universais demonstram maior impacto na promoção do clima social, das relações interpessoais e do sentimento de pertença em contexto educativo, as intervenções de caráter indicado, dirigidas a indivíduos que apresentam dificuldades específicas ao nível das competências socioemocionais, tendem a produzir resultados mais expressivos no ajustamento psicossocial, no bem-estar emocional e no funcionamento interpessoal (De Mooij et al., 2025).

Neste sentido, a aplicação de estratégias inspiradas no modelo CASEL junto de pessoas com doença mental poderá constituir para uma abordagem promissora para a promoção da recuperação psicossocial e do desenvolvimento de competências necessárias à reintegração comunitária. Neste âmbito, o treino estruturado de competências surge como uma componente essencial da reabilitação psicossocial de adultos com doença mental grave, demonstrando que intervenções de curta duração em contexto hospitalar são eficazes e viáveis para mitigar défices sociais significativos e correlação direta com a redução da gravidade dos sintomas psicopatológicos. (Aruldass et al. 2022).

As melhorias mais evidentes ocorreram ao nível da autogestão e da tomada de decisão responsável. Estes resultados poderão estar relacionados com a natureza das atividades desenvolvidas ao longo do programa, que procuraram promover a reflexão sobre comportamentos, a gestão emocional, a resolução de problemas e a tomada de decisões em contexto interpessoal. De acordo com o modelo CASEL, estas competências constituem dimensões centrais do funcionamento socioemocional, estando associadas a melhores níveis de adaptação, bem-estar psicológico e participação social (Colomeischi et al., 2022).

Por sua vez, a dimensão da consciência social manteve valores elevados e relativamente estáveis ao longo das diferentes sessões. Este resultado poderá refletir a importância do contexto grupal enquanto espaço privilegiado para a partilha de experiências, desenvolvimento da empatia e reconhecimento das perspetivas dos outros. A literatura evidencia que intervenções grupais estruturadas favorecem a aprendizagem social, o sentimento de pertença e o reforço das redes de suporte interpessoal, aspetos particularmente relevantes na recuperação em saúde mental (Hu et al., 2026; Kundurthi et al. 2026; Pownell et al., 2023).

Importa igualmente destacar o potencial contributo das atividades expressivas e colaborativas desenvolvidas durante a intervenção. Sessões como o treino de interação social em grupo, as atividades de estimulação cognitiva e o treino de interação social com recurso a técnicas expressivas, proporcionaram oportunidades de cooperação, reforço positivo e valorização das capacidades individuais. Estes elementos são descritos na literatura como facilitadores da autoestima, da autoeficácia e do envolvimento social, fatores considerados fundamentais nos processos de recuperação e reabilitação psicossocial (Rosendahl et al., 2021).

Importa salientar que o envolvimento e a adesão da equipa de enfermagem constituíram um elemento determinante para a implementação e desenvolvimento deste programa terapêutico. A participação dos enfermeiros revelou-se fundamental não apenas na identificação das necessidades dos utentes e no encaminhamento dos participantes para as sessões, mas também na criação e manutenção de um ambiente terapêutico favorável à participação, ao envolvimento e à continuidade das intervenções.

Esta experiência permitiu reconhecer que a eficácia e a sustentabilidade de programas dirigidos ao desenvolvimento de competências socioemocionais e interpessoais dependem, em grande medida, do compromisso, da apropriação e da valorização destas intervenções pelos profissionais que asseguram o acompanhamento terapêutico quotidiano das pessoas internadas. Segundo Berry et al. (2025), a implementação de intervenções psicossociais em unidades de internamento de agudos requer lideranças que reconheçam o valor terapêutico destas práticas e sistemas de apoio organizacional que reduzam o impacto do stress ocupacional, prevenindo que os profissionais direcionem a maior parte da sua atividade para tarefas burocráticas e de gestão, em detrimento do tempo disponível para o estabelecimento da relação terapêutica e para a implementação de intervenções especializadas junto das pessoas internadas.

A literatura evidencia que o envolvimento ativo das equipas constitui um fator crítico para a implementação de intervenções psicossociais estruturadas, favorecendo a sua integração na prática clínica, a continuidade dos cuidados e a consolidação dos ganhos terapêuticos obtidos (Giannios et al., 2025). Neste sentido, a promoção de competências socioemocionais e interpessoais não deverá depender exclusivamente da iniciativa individual de um profissional ou da implementação pontual de projetos, mas integrar-se numa estratégia terapêutica estruturada, sistemática e partilhada pela equipa multidisciplinar.

A evidência científica reforça que a formação especializada constitui um importante facilitador da implementação de práticas centradas na pessoa. De acordo com Lee et al. (2024), os enfermeiros com formação especializada em saúde mental apresentam níveis significativamente mais elevados de cuidados centrados na pessoa, o que poderá ser explicado pelo desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais e psicoterapêuticas mais avançadas, bem como por uma maior valorização dos direitos, da autonomia e da participação ativa dos utentes no seu processo terapêutico. Paralelamente, Shewen & Adams (2025) alertam para a persistência de uma discrepância entre os princípios do *recovery* e a prática clínica quotidiana, defendendo que os enfermeiros devem assumir um papel de liderança na transição de modelos centrados no défice para abordagens orientadas para as forças, capacidades e potencial de recuperação da pessoa. Estes resultados reforçam a importância da formação especializada e do papel do EEESMP na promoção de cuidados orientados para o *recovery*, o *empowerment* e a capacitação da pessoa enquanto agente ativo do seu projeto terapêutico.

A experiência desenvolvida reforçou, assim, a importância do papel do EEESMP enquanto facilitador da mudança organizacional, promotor de programas terapêuticos especializados e agente mobilizador das equipas para a implementação de intervenções baseadas na evidência. Neste contexto, a estruturação e implementação sistemática de programas terapêuticos dirigidos ao treino de competências socioemocionais e interpessoais assumem-se como intervenções especializadas relevantes em contexto de internamento psiquiátrico, contribuindo para a promoção do *recovery*, do *empowerment* e da reintegração comunitária das pessoas com doença mental.

Não obstante estas limitações, os resultados obtidos sugerem que a implementação de programas grupais focados na promoção da interação social, da assertividade e das competências socioemocionais poderá constituir uma estratégia relevante em contexto de internamento psiquiátrico. Neste sentido, considera-se pertinente a replicação do programa em amostras de maior dimensão e durante períodos mais prolongados, permitindo avaliar de forma mais robusta a sua

eficácia e viabilidade. O desenho e implementação deste tipo de projetos, nos serviços de internamento poderá contribuir para reforçar o processo de recuperação, favorecer a reintegração comunitária e reduzir fatores associados ao fenómeno da "porta giratória", frequentemente descrito na população com doença mental grave.

8. Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa

A implementação de projetos de melhoria contínua da qualidade implica não apenas a avaliação dos resultados obtidos, mas também a reflexão crítica sobre os constrangimentos identificados durante o processo, permitindo definir medidas corretivas e estratégias facilitadoras da continuidade e sustentabilidade das intervenções implementadas.

Ao longo do desenvolvimento do projeto, foram identificadas algumas dificuldades relacionadas com a adesão dos profissionais às atividades formativas e com a articulação multidisciplinar no acompanhamento dos utentes. Neste sentido, considera-se pertinente a realização de novas sessões de formação dirigidas à equipa multidisciplinar, com o objetivo de reforçar conhecimentos sobre a promoção da interação social, competências socioemocionais e importância das intervenções grupais em contexto de internamento psiquiátrico. De forma a potenciar a adesão dos profissionais, recomenda-se ainda a integração desta temática no plano formativo do serviço, promovendo uma abordagem mais estruturada e sustentada à capacitação das equipas.

Apesar das estratégias de divulgação do projeto, incluindo a realização de uma sessão de apresentação junto da equipa de enfermagem e dos técnicos auxiliares de saúde, a sua implementação evidenciou alguns constrangimentos organizacionais. A limitada articulação interdisciplinar, as dificuldades de comunicação entre os diferentes profissionais e a ausência de um planeamento sistemático e atempado da alta hospitalar, dificultaram a integração de algumas intervenções no plano terapêutico dos utentes. Esta experiência permitiu-me compreender que a eficácia de projetos de melhoria da qualidade não depende exclusivamente da pertinência das intervenções propostas, mas também da existência de uma cultura de colaboração, comunicação e planeamento partilhado entre os diversos profissionais envolvidos no processo de cuidados.

Foi igualmente identificada a necessidade de melhorar a comunicação multidisciplinar relativamente aos objetivos terapêuticos definidos para os utentes e às estratégias utilizadas na promoção da interação social. Durante a implementação do projeto, alguns participantes não concluíram o projeto devido a ter alta clínica do serviço, previamente à conclusão da intervenção. O fortalecimento da articulação entre os diferentes profissionais poderá contribuir para intervenções mais consistentes, integradas e facilitadoras da continuidade dos cuidados.

Enquanto estratégia de continuidade e sustentabilidade do projeto, considera-se pertinente a integração do programa nas atividades terapêuticas do serviço, através da elaboração de orientações estruturadas para a dinamização das sessões e da capacitação contínua dos profissionais envolvidos, facilitando a replicação consistente da intervenção e a sua manutenção na prática clínica.

Na implementação do projeto aos utentes internados com risco/diminuição da interação social, verificou-se a importância de uniformizar os procedimentos de avaliação utilizados junto dos participantes, particularmente na aplicação da Escala de Avaliação das Competências Sociais e Emocionais. Considera-se relevante que, em futuras implementações, os instrumentos sejam aplicados preferencialmente pelo mesmo avaliador e que seja realizada formação sobre o

preenchimento da mesma, de forma a minimizar possíveis variações na observação e interpretação dos comportamentos dos utentes, contribuindo para maior consistência e fiabilidade dos resultados obtidos.

Foram igualmente identificados constrangimentos associados à natureza do contexto de internamento psiquiátrico de agudos, nomeadamente e como referido anteriormente, a ocorrência de altas clínicas não programadas, flutuações do estado clínico e variabilidade da participação dos utentes nas sessões. Neste sentido, considera-se importante adaptar continuamente as atividades às necessidades e características individuais dos participantes, promovendo intervenções flexíveis e centradas na pessoa.

A identificação destas necessidades e propostas de melhoria, permitiu desenvolver uma reflexão crítica sobre o processo de implementação do projeto, contribuindo para a consolidação de estratégias promotoras da qualidade dos cuidados de enfermagem na área de saúde mental e psiquiátrica.

9. Reconhecer e partilhar o sucesso

A partilha dos resultados obtidos através de projetos de melhoria contínua da qualidade constitui uma etapa fundamental, não apenas pela valorização do trabalho desenvolvido, mas também pelo contributo que oferece para a disseminação de boas práticas e para o desenvolvimento da enfermagem baseada na evidência.

Neste sentido, ao longo do desenvolvimento do presente projeto, procurou-se envolver a equipa de enfermagem e a chefia do serviço, através da partilha contínua das diferentes etapas do projeto, dos resultados obtidos e das reflexões ao longo deste processo.

Estas estratégias revelaram-se importantes para promover o envolvimento da equipa, reforçar a valorização da temática da interação social em contexto de internamento psiquiátrico e potenciar a continuidade das estratégias implementadas na prática clínica.

Os resultados do projeto foram apresentados à equipa de enfermagem do serviço onde decorreu a implementação, permitindo refletir sobre os ganhos observados, as dificuldades identificadas e as possibilidades de continuidade e aperfeiçoamento do programa no contexto institucional. Paralelamente, encontra-se prevista a apresentação do projeto ao Departamento de Psiquiatria da ULS onde o projeto foi desenvolvido, com o objetivo de divulgar a intervenção realizada e sensibilizar os profissionais para a importância da promoção da interação social e desenvolvimento de competências socioemocionais em contexto de internamento psiquiátrico.

A divulgação científica do projeto constituiu igualmente uma estratégia de reconhecimento e partilha do sucesso alcançado. O projeto foi apresentado sob a forma de póster científico nas IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – “Convergência(s) em Saúde Mental”, tendo sido distinguido com o prémio de Melhor Póster Científico. Este reconhecimento representa não apenas a valorização do trabalho desenvolvido, mas também o reconhecimento da pertinência da temática e da relevância das intervenções implementadas na promoção da interação social.

Pretendo futuramente realizar a apresentação do projeto no XVII Congresso Internacional da ASPESM 2026, sendo o mesmo uma oportunidade de disseminação científica e de partilha de conhecimentos e experiências no âmbito de ESMP. A disseminação do conhecimento proveniente da investigação, através da divulgação dos resultados em eventos científicos, comunicações orais e congressos de

elevado alcance, contribui para a atualização do conhecimento e para a valorização da disciplina e da profissão de enfermagem (Barría, 2022).

Neste sentido, pretende-se futuramente desenvolver um artigo científico baseado no presente projeto, com o objetivo de divulgar os resultados obtidos, contribuir para a produção de conhecimento na área da promoção da interação social em contexto de internamento psiquiátrico e incentivar o desenvolvimento de intervenções de enfermagem centradas, não apenas na gestão da sintomatologia, mas na recuperação psicossocial, tendo em perspectiva a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

O presente EC em ESMP constituiu um percurso de aprendizagem profundamente significativo, não apenas pelo desenvolvimento de competências, mas sobretudo pela consolidação da minha identidade profissional enquanto futura EEESMP. A elaboração do presente Relatório Final de Estágio permitiu descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso desenvolvido ao longo dos diferentes Ensinos Clínicos realizados no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em ESMP. Este percurso constituiu uma oportunidade privilegiada de aprendizagem, integração e consolidação de conhecimentos, possibilitando o desenvolvimento progressivo das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEESMP e das competências inerentes ao grau de mestre.

Os diferentes contextos de prática clínica (contexto hospitalar, comunitário e de respostas diferenciada, mais especificamente na área da pedopsiquiatria) proporcionaram experiências distintas, mas complementares, permitindo contactar com diferentes modelos organizacionais, populações-alvo e modelos de intervenção. Esta diversidade contribuiu para uma compreensão mais abrangente da intervenção do EEESMP ao longo do ciclo vital, favorecendo o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais, éticas, científicas e de gestão, fundamentais para a prestação de cuidados especializados em saúde mental e psiquiátrica.

Ao longo deste percurso foi possível aprofundar a compreensão da complexidade dos processos de saúde-doença mental e da importância da relação terapêutica enquanto instrumento central da intervenção especializada. A reflexão sistemática sobre as experiências vivenciadas permitiu consolidar conhecimentos, desenvolver pensamento crítico e reforçar a capacidade de fundamentar as decisões clínicas na evidência científica, promovendo uma prática mais consciente, segura e centrada na pessoa. Simultaneamente, o contacto com diferentes equipas multidisciplinares evidenciou a importância da articulação interprofissional, da liderança clínica e da colaboração entre profissionais para a promoção da qualidade dos cuidados e dos ganhos em saúde.

Um dos aspetos mais significativos deste percurso foi o desenvolvimento do PMCQCE “Melhor Convívio, Melhor Caminho”. A identificação de uma problemática emergente do contexto profissional onde exerço funções, relacionada com as dificuldades ao nível da interação social dos utentes internados, constituiu uma oportunidade para mobilizar competências de análise crítica, prática baseada na evidência, liderança, gestão da mudança e melhoria contínua da qualidade. O desenvolvimento deste projeto permitiu compreender de forma mais aprofundada o papel do enfermeiro especialista enquanto agente de mudança e promotor da qualidade dos cuidados, reforçando a importância da implementação de intervenções estruturadas e sustentadas cientificamente para responder às necessidades identificadas na prática clínica.

De igual modo, importa destacar que este percurso foi marcado por diversos desafios. A adaptação a diferentes contextos clínicos, equipas e modelos de funcionamento exigiu flexibilidade, capacidade de integração e disponibilidade para a aprendizagem contínua. A gestão de situações de elevada complexidade clínica, ética e relacional, bem como a confrontação com diferentes formas de sofrimento psíquico, despertaram frequentemente a necessidade de aprofundar conhecimentos, desenvolver competências de autorreflexão e fortalecer a capacidade de tomada de decisão fundamentada. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento do autoconhecimento, da

reflexão clínica de práticas realizadas no meu contexto clínico, e da consciência da potencialidade da minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista.

Este percurso contribuiu significativamente para o desenvolvimento do meu autoconhecimento, permitindo-me compreender de forma mais aprofundada o impacto que as minhas características pessoais, valores, experiências e emoções podem exercer na relação terapêutica. Paralelamente, permitiu-me reconhecer a importância da autocompaixão enquanto competência fundamental para a prática especializada em saúde mental, favorecendo uma atitude de aceitação perante as próprias limitações, dificuldades e erros inerentes ao processo de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

Entre os principais pontos fortes deste percurso destaco a capacidade de reflexão crítica desenvolvida ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, a procura sistemática de evidência científica para sustentar a prática, a participação ativa nas oportunidades de aprendizagem disponibilizadas e a capacidade de adaptação a diferentes contextos experienciados. A supervisão clínica e orientação pedagógica assumiu igualmente um papel determinante, constituindo um suporte fundamental para a análise das experiências vivenciadas, para a validação das intervenções realizadas e para a consolidação progressiva das competências adquiridas, tendo fomentado a autonomia, o pensamento crítico e a reflexão contínua ao longo deste percurso formativo.

Apesar dos objetivos propostos terem sido globalmente alcançados, reconheço que o desenvolvimento profissional é um processo contínuo e permanente. Neste sentido, considero fundamental manter o investimento na formação contínua, no aprofundamento das competências especializadas e na participação em projetos de investigação e de melhoria da qualidade dos cuidados.

Em síntese, considero que este percurso formativo permitiu atingir os objetivos definidos para este relatório, evidenciando a aquisição e consolidação das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEESMP e das competências inerentes ao grau de mestre. Mais do que um processo de aquisição de conhecimentos e competências técnicas, esta formação constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, reforçando a minha identidade enquanto enfermeira e futura enfermeira especialista. Saio deste percurso com uma visão mais crítica, reflexiva e integrada da prática clínica, consciente da responsabilidade inerente ao exercício da enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica e da necessidade de manter uma aprendizagem contínua ao longo do percurso profissional.

Assumo, assim, o compromisso de continuar a desenvolver competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, contribuindo para a promoção da saúde mental, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina científica e profissão de referência na resposta às necessidades das pessoas, famílias e comunidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbing, A., Baars, E. W., Sonnevile, L., Ponstein, A. S., & Swaab, H. (2019). The Effectiveness of Art Therapy for Anxiety in Adult Women: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 10, 1203. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01203>
- Al-Hawaiti, M. R., Sharif, L., & Elsayes, H. (2025). Assertiveness in Nursing: A Systematic Review of Its Role and Impact in Healthcare Settings. *Nursing Reports*, 15(3), 102. <https://doi.org/10.3390/nursrep15030102>
- Albino, M. J., Rosa, A. G., & Marques, M. I. (2023). Eficácia de uma intervenção de enfermagem para prevenção de comportamentos violentos de doentes psicóticos em contexto forense. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), e22034. <https://doi.org/10.12707/RVI22034>
- Ali, S. A. A., Awad, A. G. E., Ewise, H. S., & Adam, S. S. (2025). Social skills training program and its effect on quality of life and stigma among patients with schizophrenia. *Evidence-Based Nursing Research*, 7(2), 1–11. <https://doi.org/10.47104/ebnrojs3.v7i2.381>
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Correa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (1º Relatório). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio
- Amidos, J. & Ramadia, A. (2021). The Ability to Interact with Schizophrenic Patients through Socialization Group Activity Therapy. *International Journal of Contemporary Medicine*, 9, 6-11. <https://doi.org/10.37506/ijocm.v9i1.2925>
- Antunes, J. P. (2022). Treino da Assertividade com a Pessoa com Doença Mental: Intervenção de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Retrieved from: <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/9d9cc5a9-2d37-4ef7-8cca-e1df9fdd0d86>
- Arrindell, W. A., Sanavio, E., & Sica, C. (2002). Introducing a short form version of the Scale for Interpersonal Behaviour (sSIB) for use in Italy. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 8(1), 3–18. Retrieved from: https://www.researchgate.net/publication/229849727_Introducing_a_short_form_version_of_the_Scale_of_Interpersonal_Behaviour_s-SIB_for_use_in_Italy
- Aruldass, P., Sekar, T. S., Saravanan, S., Samuel, R., & Jacob, K. S. (2022). Effectiveness of social skills training groups in persons with severe mental illness: A pre–post intervention study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 44(2), 114–119. <https://doi.org/10.1177/02537176211024146>
- Barbosa, J., & Marques, J. (2023). The revolving door phenomenon in severe psychiatric disorders: A systematic review. *The International journal of social psychiatry*, 69(5), 1075–1089. <https://doi.org/10.1177/00207640221143282>
- Barría P R. M. (2022). Nursing Research, Dissemination of Knowledge and its Potential Contribution to the Practice. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 40(3), e01. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v40n3e01>
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V. and Day, L. (2010) *Educating Nurses: A Call for Radical Transformation*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Berry, K., Johnston, I., Wilson, P., Haddock, G., Bucci, S., Lovell, K., Price, O., Beinaraviciute, A., Gilworth, G., Kaur, S., Morley, H., Penn, G., Raphael, J., Samji, M., Drake, R. J., & Edge, D. (2025). Barriers to the implementation of psychosocial interventions on acute mental health wards: An ethnographic observational study. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1501945. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1501945>
- Bowers, M., Terry, D., & Irwin, P. (2025). The impact of reflective practice on nursing students: a scoping review. *Nurse Education in Practice*, 87, 104468. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104468>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Thematic analysis. In N. Denzin, Y. Lincoln, G. Cannella, & M. Giardina (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (6th ed.). SAGE

- Butterworth, H., Wood, L., & Rowe, S. (2022). Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: systematic review and thematic synthesis. *BJPsych Open*, 8(e178), 1–11. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.574>
- Carvalho, A. P., Pombal, F., Santos, L., & Faria Oliveira, S. (2021). Enfermagem de Saúde Mental nas Escolas. In C. Sequeira, & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental* (1ª ed., 291-293). Lisboa. Lidel.
- Carvalho, L., & Borges, L. (2025). Análise dos benefícios da gestão humanizada de pessoas nas organizações: uma revisão de literatura. *Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana*, 23(8), 01-21. <https://doi.org/10.55905/oelv23n8-051>
- Casado, D. B. (2019). A intervenção psicomotora na promoção de competências socioemocionais em adultos com perturbações psiquiátricas em contexto socio ocupacional. Universidade de Lisboa. Retrieved from: <https://repositorio.ulisboa.pt/entities/publication/dacd1929-41c8-44fa-874f-8abbb4b2ef97>
- Cazalis, A., Lambert, L., & Auriacombe, M. (2023). Stigmatization of people with addiction by health professionals: Current knowledge. A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 9, 100196. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100196>
- Choi, H., Hwang, B., Kim, S., Ko, H., Kim, S., & Kim, C. (2016). Clinical Education In psychiatric mental health nursing: Overcoming current challenges. *Nurse Education Today*, 39, 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.021>
- Clark, D., & Beck, A. (2023). *The Anxiety and Worry Workbook* (2nd ed.). New York. The Guilford Press.
- Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. (2021). What is the CASEL Framework?. Retrieved from <https://casel.org/fundamentals-of-sel/what-is-the-casel-framework>
- Colomeischi, A. A., Duca, D. S., Bujor, L., Rusu, P. P., Grazzani, I., & Cavioni, V. (2022). Impact of a school mental health program on children's and adolescents' socio-emotional skills and psychosocial difficulties. *Children*, 9(11), 1661. <https://doi.org/10.3390/children9111661>
- Colonnello, V., Petrocchi, N., Farinelli, M., & Ottaviani, C. (2017). Positive Social Interactions in a Lifespan Perspective with a Focus on Opioidergic and Oxytocinergic Systems: Implications for Neuroprotection. *Current neuropharmacology*, 15(4), 543–561. <https://doi.org/10.2174/1570159X14666160816120209>
- Cosgrove, J. A., Rao, N., George, P., Hoey, T., Taylor, J., Marshall, T., Ghose, S. S., & Patel, N. A. (2024). Social and emotional learning interventions for preadolescents and adolescents: *Assessing the evidence base*. *Psychiatric Services*, 75(12), 1257–1266. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20240040>
- Crego, A., Yela, J. R., Riesco-Matías, P., Gómez-Martínez, M. Á., & Vicente-Arruebarrena, A. (2022). The Benefits of Self-Compassion in Mental Health Professionals: A Systematic Review of Empirical Research. *Psychology research and behavior management*, 15, 2599–2620. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S359382>
- Cutcliffe, J. R., Santos, J. C., Kozel, B., Taylor, P., & Lees, D. (2015). Raiders of the Lost Art: A review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and Australia. *International journal of mental health nursing*, 24(5), 375–385. <https://doi.org/10.1111/inm.12159>
- Dalle Grave, R. (2020). Nutrition and Fitness: Mental Health. *Nutrients*, 12(6), 1804. <https://doi.org/10.3390/nu12061804>
- De Mooij, B., Delsing, M., Fekkes, M., Vliek, L., Scholte, R. H. J., & Overbeek, G. (2025). Social-emotional learning intervention effects: The role of universal versus indicated implementation settings. *Applied Developmental Science*, 29(3), 237–250. <https://doi.org/10.1080/10888691.2024.2317716>
- Decreto-Lei n.º 239/2015, de 14 de outubro, do Ministério da Saúde. Diário da República: I Série, n.º 201 (2015). Acedido a 14 set. 2025. Disponível em www.dre.pt
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: I Série, n.º 157 (2018). Acedido a 5 de mai. 2026. Disponível em www.dre.pt

- Delamerced, A., Panicker, C., Monteiro, K., & Chung, E. Y. (2021). Effects of a Poetry Intervention on Emotional Wellbeing in Hospitalized Pediatric Patients. *Hospital Pediatrics*, 11(3), 263-269. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-002535>
- Di Lorenzo, R., Sagona, M., Landi, G., Martire, L., Piemonte, C., & Del Giovane, C. (2016). The Revolving Door Phenomenon in an Italian Acute Psychiatric Ward: A 5-Year Retrospective Analysis of the Potential Risk Factors. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(9), 686–692. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000540>
- Escola Superior de Saúde, Politécnico de Leiria. (2024). Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos. Leiria: Politécnico de Leiria.
- Forchuk, C. (2024). Peplau and Therapeutic Relationships. In S. Roles & K. Kalia (Eds.). *The Nurses' Guide to Psychotherapy* (pp. 27-39). <https://doi.org/10.1007/978-981-97-4738-2>
- Gaspar, T., Guedes, F., Cerqueira, A., Matos, M. & Equipa Aventura Social. (2022). Relatório do estudo HBSC 2022. Retrieved from https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_RelatórioNacional_2022-1.pdf
- Gauthier, A., Kato, P. M., Bul, K. C. M., Dunwell, I., Walker-Clarke, A., & Lamer, P. (2019). Board games for health: A systematic literature review and meta-analysis. *GAMES FOR HEALTH JOURNAL: Research, Development, and Clinical Applications*, 8(2), 1–16. <https://doi.org/10.1089/g4h.2018.0017>
- Giacomucci, S. (2021). *Social Work, Sociometry, and Psychodrama - Experiential Approaches for Group Therapists, Community Leaders, and Social Workers*. <https://doi.org/10.1007/978-981-33-6342-7>
- Giannios, P., Chainey, F., Degré, C., Borduas Pagé, S., & Hudon, A. (2025). Components and effectiveness of adult inpatient psychiatric rehabilitation programs: A scoping review. *Healthcare*, 13(22), 2971. <https://doi.org/10.3390/healthcare13222971>
- Giuliani, L., Pezzella, P., Mucci, A., Palumbo, D., Caporusso, E., Piegari, G., Giordano, G. M., Blasio, P., Mencacci, C., Torriero, S., & Galderisi, S. (2024). Effectiveness of a social cognition remediation intervention for patients with schizophrenia: A randomized-controlled study. *Annals of General Psychiatry*, 23(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12991-024-00535-9>
- Gopalkrishnan N. (2018). Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice. *Frontiers in Public Health*, 6, 179. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179>
- Haglund, K., Knorr, L., & Essen, L. (2006). Psychiatric wards with locked doors - advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing*, 15(4), 387–394. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01489.x>
- Hallett, N., Dickinson, R., Eneje, E., & Dickens, G. L. (2025). Adverse mental health inpatient experiences: Qualitative systematic review of international literature. *International journal of nursing studies*, 161, 104923. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104923>
- Henderson, C., Kotera, Y., Lloyd-Evans, B., Jordan, G., Gerner, M., Salla, A., Kalha, J., Coventry, P. A., Bojke, L., Hinde, S., & Slade, M. (2026). Social inclusion of people with severe mental illness: a review of current practices, evidence and unmet needs, and future directions. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 25(1), 56–82. <https://doi.org/10.1002/wps.70031>
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018) *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I* (11ª ed.). Porto Alegre. Artmed.
- Hodgson, C., Krishna, R., & Akasaka, K. (2025). Milieu Management and Therapeutic Groups in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry Units. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 34(1), 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2024.03.019>
- Hu, J.-M., Chen, I.-F., Lin, C.-C., Huang, L.-T., Lai, N.-H., & Lin, M.-W. (2026). An action-based psychosocial group intervention in psychiatric inpatient care: A pragmatic add-on study to talk-based psychotherapy. *Healthcare*, 14(3), 51.
- Im, E., & Meleis, A. (2021). *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing*. Cham. Springer Nature Switzerland.

- Jayasekara R. S. (2012). Focus groups in nursing research: methodological perspectives. *Nursing outlook*, 60(6), 411–416. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.02.001>
- Joyes, E. C., Jordan, M., Winship, G., & Crawford, P. (2021). Inpatient institutional care: The forced social environment. *Frontiers in Psychology*, 12, Artigo 690384. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.690384>
- Kumar, A., Kearney, A., Hoskins, K., & Iyengar, A. (2020). The role of psychiatric mental health nurse practitioners in improving mental and behavioral health care delivery for children and adolescents in multiple settings. *Archive of Psychiatric Nursing*, 34(5), 275–280. <http://www.doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.022>
- Kundurthi, V., Reddy, S. K., Jagannathan, A., Parthasarathy, N. B., & Ponnuchamy, L. (2026). Effectiveness of peer support group interventions for persons with mental illness: A systematic review. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 13, 129–150. <https://doi.org/10.1007/s40737-025-00486-8>
- Lee, J. S., Jang, M. H., & Sun, M. J. (2024). Factors influencing person-centered care among psychiatric nurses in hospitals. *Healthcare*, 12(22), 2269. <https://doi.org/10.3390/healthcare12222269>
- LEI N.º 58/2019 DE 8 DE AGOSTO, DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da República: I série, No 151 (2019). Acedido a 10 de jun. 2026. Disponível em www.dre.pt.
- LEI N.º 35/2023 DE 21 DE JULHO, DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da República: I série, No 141 (2023). Acedido a 03 mai. 2026. Disponível em www.dre.pt.
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Luca, L. (2016). A new model of Ishikawa diagram for quality assessment. *IOP Conference Series: Materials Science and Engineering*, 161. 012099. <https://doi.org/10.1088/1757-899X/161/1/012099>
- Maruta, M., Han, G., Eguchi, K., Yamazono, D., Kawano, T., Onomichi, Y., Yamashita, M., Higashi, T., Imamura, A., Shimokihara, S., & Tanaka, G. (2025). Peer support in acute psychiatric inpatient settings: A scoping review. *PCN reports: psychiatry and clinical neurosciences*, 4(4), e70248. <https://doi.org/10.1002/pcn5.70248>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Retrieved from https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf
- Mesarič, K., Damjanac, Ž., Debeljak, T., & Kodrič, J. (2023). Effectiveness of psychoeducation for children, adolescents and caregivers in the treatment of eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 32(1), 99–115. <https://doi.org/10.1002/erv.3028>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023). *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4ª ed.). The Guilford Press.
- Mlambo, M., Silén, C., & McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20, article 62. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Modini, M., Burton, A., & Abbott, M. J. (2021). Factors influencing inpatients perception of psychiatric hospitals: A meta-review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 492–500. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.020>
- Morgado, T., Loureiro, L., & Botelho, M. (2021). Intervenção psicoeducacional promotora da literacia em saúde mental de adolescentes na escola: estudo com grupos focais. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), e20133. <https://doi.org/10.12707/RV20133>

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- National Health Service England. (2025, May 29). Inpatient mental health: improvement guide. Retrieved from <https://www.england.nhs.uk/long-read/inpatient-mental-health-improvement-guide/>
- Neto, D., Costa, J., Martins, L., Maerta, M., & Florentim, R. (2023). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Servir*, 2(01e), 70–70. Retrieved from <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31615>
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em saúde e as ferramentas de auxílio*. Lisboa: Chiado Editora.
- O’Leary, S., McGill, C. E., Nagar, P. M., Colasanto, M., Trull, G., & Phythian, K. (2024). Working Together: Interdisciplinary Training within Live-In Treatment. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 9(3), 429–438. <https://doi.org/10.1080/23794925.2024.2324786>
- Opland, C., & Torrico, T. J. (2024). Psychotherapy and Therapeutic Relationship. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK608012>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). DIVULGAR: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Retrieved from: <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. (2015a). CIPE Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM. Retrieved from https://futurosenf.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/cipe_2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). Regulamento n.º 356/2015 – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República: II Série, No 122, Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/356-2015-67590900>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 515/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República: II Série, No 151. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, No 26. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Salgueiro-Oliveira, A. (2023). Métodos de Trabalho para Prestação de Cuidados de Enfermagem. In P. Parreira, A. Castilho, M. Rocha, M. Martins, M. Santos, M. Souza, L. Sousa, L. Mónico, & F. Prado (Eds.), *Gestão nas Organizações de Saúde Volume 02: Pessoas, Formação e Desenvolvimento Profissional* (pp. 147-193). Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/368472162>
- Páscoa, A., & Rosário J. (2024). Competências de gestão e supervisão de cuidados. In R. Marques, M. Néné, & C. Sequeira (Eds.). *Enfermagem Avançada* (1ª ed., pp. 225-229). Lisboa. Lidel.
- Payton, J. W., Wardlaw, D. M., Graczyk, P. A., Bloodworth, M. R., Tompsett, C. J., & Weissberg, R. P. (2009). Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. *The Journal of School Health*, 70(5), 179–185. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2000.tb06468.x>

- Pereira, I., Seabra, P., Valentim, O., & Nogueira, M. J. (2018). Treino de assertividade na enfermagem de saúde mental. In Atas do IX Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPESM) (pp. 32–41). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/337499714_Treino_de_Assertividade_na_Enfermagem_de_Saude_Mental
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Rocha, I. (2016). Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing Practice. In S. Cruz (Ed.), *Health & Health Psychology - ich&Hpsy 2016, vol 13. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences* (pp. 351-361). Future Academy. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.34>
- Pirotte, B.D., & Benson, S. (2023). Refusal of Care. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560886>
- Pownell, K., Sarsam, M., Hannah, K., Horner, G., & Villanueva, T. (2023). The acceptability of a recovery group intervention in acute inpatient mental health wards. *Community Mental Health Journal*, 59(6), 1146–1153. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01110-4>
- Prasko, J., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Mozny, P., Sigmundova, Z., Slepecky, M., & Vyskocilova, J. (2010). Transference and countertransference in cognitive behavioral therapy. *Biomed Pa-pers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czech Republic*, 154(3), 189-97. <https://doi.org/10.5507/bp.2010.029>
- Qadir, H. & Chongtham, S. (2024). BRAINSTORMING -AN ESSENTIAL TOOL IN NURSING. *International Journal of Scientific Research*, 11. 1-2. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/382561182_BRAINSTORMING_-AN_ESSENTIAL_TOOL_IN_NURSING
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., Gomes, J. C., & Valentim, O. (2019) *Observação e Entrevista de Enfermagem*. Leiria. Politécnico de Leiria.
- REGULAMENTO (UE) 2016/679 DE 27 DE ABRIL, DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO. Jornal Oficial da União Europeia: L 119 (2016). Acedido a 10 jun. 2026. Disponível em www.eur-lex.europa.eu
- Rendtorff, J. & Kemp, P. (2019). Four Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. In: E. Valdés, & J. Lecaros. (Eds.) *Biolaw and Policy in the Twenty-First Century. International Library of Ethics, Law, and the New Medicine* 78, 33-40. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-05903-3_3
- Rodrigues, J., Lacerda, M., Galvão, C. & Cubas, M. (2022). Uso da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem na construção de protocolo de cuidados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0488>
- Rosa, A. G., Sequeira, C. A., & Loureiro, L. M. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, ESPECIAL 1*, 125-132. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/263473698_Literacia_em_saude_mental_de_adolescentes_Um_estudo_exploratorio
- Rosendahl, J., Alldredge, C. T., Burlingame, G. M., & Strauss, B. (2021). Recent Developments in Group Psychotherapy Research. *American journal of psychotherapy*, 74(2), 52–59. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200031>
- Royal College of Psychiatrists. (2019). *Standards for inpatient mental health services* (3rd ed.). College Centre for Quality Improvement.
- Salvi, S. N., & Suresh, R. (2024). Effectiveness of assertiveness training module on assertive behavior: A systematic review. *African Journal of Biomedical Research*, 27, 3199–3206. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/385511115_Effectiveness_of_Assertiveness_Training_Module_on_Assertive_Behavior_A_Systematic_Review
- Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem* (1ª ed.). Ordem dos Enfermeiros.

- Santos, A. & Figueiredo, M. C. (2021). Intervenções de enfermagem na prevenção do isolamento social nos idosos: uma scoping review. *Revista da UI IPSantarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde*. 9(1), 82-93. Retrieved from: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/24834/18302>
- Sebold, L., Boell, J., Fermo, V., Girondi, J., & Santos, J. (2018). Role-playing: teaching strategy that encourages reflections on nursing care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl 6), 2706-2712. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0733>
- Sequeira, C. (2020). Treino da Assertividade. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções* (1ª ed., pp. 199-201). Lisboa. Lidel.
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020) *Enfermagem em Saúde Mental* (1ª ed.). Lidel.
- Sérgio, M. S. S. B. B., Carvalho, A. L. R. F., & Pinto, C. M. C. B. (2023). Clinical supervision in improving the quality of nursing care: Empowerment of medical-surgical hospitalization teams. *Nursing Forum*, 2023, Artigo 5820168. <https://doi.org/10.1155/2023/5820168>
- Serviço Nacional de Saúde. (2023, fevereiro 3). Regulamento das Urgências de Psiquiatria da infância e adolescência. Retrieved from <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Regulamento-das-Urgencias-Pedopsiquiatria.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde. (2024, novembro 11). ULS São José-HDE avança com hospitalização domiciliária na pedopsiquiatria. Retrieved from <https://www.ulssjose.min-saude.pt/noticias/uls-sao-jose-hde-avanca-com-hospitalizacao-domiciliar-na-pedopsiquiatria/>
- Serviço Nacional de Saúde. (2025, outubro). Distribuição das inscrições nos CSP. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/938/30035/2101551/Pages/default.aspx>
- Shewen, E., & Adams, L. (2025). Nursing, therapeutic, and rehabilitation specialists: Perspectives on recovery-centric care in inpatient psychiatry. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 12, 377–393. <https://doi.org/10.1007/s40737-024-00403-5>
- Silva, C., Fonseca, C., Ferreira, R., Pinho, L., Schneider, B. C., Weidner, A., Morgado, B., & Lopes, M. J. (2022). Depression in older adults during the COVID-19 pandemic: a systematic review protocol. *BMJ open*, 12(10), e065610. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065610>
- Silva, L. T., & Antônio, F. D. (2020). Humanized leadership and its positive impacts on productivity. *Revista Interface Tecnológica*, 17(1), 721-733. <https://doi.org/10.31510/inf.v17i1.799>
- Silva, M. A., Calças, C., & Simeão, L. (2024). A Hospitalização Domiciliária em Pedopsiquiatria: desafios para a Segurança do Doente. Retrieved from https://www.ulssjose.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2024/10/Seguranca-do-Doente_NL-25-10-2024.pdf
- Singh, P. K., Singh, S., Kumari, V., & Tiwari, M. (2024). Navigating healthcare leadership: Theories, challenges, and practical insights for the future. *Journal of Postgraduate Medicine*, 70(4), 232-241. https://doi.org/10.4103/jpgm.jpgm_533_24
- Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepaz-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health services: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 214(6), 329-338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>
- Svensson, J. (2022). Patient safety strategies in psychiatry and how they construct the notion of preventable harm. *Journal of Patient Safety*, 18(3), 245–252. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000889>
- Swihart, D. L., Yarrarapu, S. N. S., & Martin R. L. (2023). Cultural Religious Competence in Clinical Practice. StatPearls Publishing, 41244. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216/>
- Thibeault, C. A., Trudeau, K., d'Entremont, M., & Brown, T. (2010). Understanding the milieu experiences of patients on an acute inpatient psychiatric unit. *Archives of psychiatric nursing*, 24(4), 216–226. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2009.07.002>
- Tunzi, M., & Spike, J. P. (2014). Assessing capacity in psychiatric patients with acute medical illness who refuse care. *The primary care companion for CNS disorders*, 16(6), 10.4088/PCC.14br01666. <https://doi.org/10.4088/PCC.14br01666>

- Uzun, S., Emirza, E. G., & Gülirmak Güler, K. (2025). The Efficacy of Nurse-Delivered Psychosocial and Psychotherapeutic Interventions for Individuals With Mental Health Issues: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 39(2), e70036. <https://doi.org/10.1111/scs.70036>
- Vagos, P., Pereira, A., & Arrindell, W. (2014). Validação da versão reduzida da Escala de Comportamento Interpessoal para adolescentes portugueses. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(3), 452–461. <https://doi.org/jbzc>
- Vega-Martínez, S., Pabón-Carrasco, M., Bola-Saiz, G., Marichalar-Mendia, X., & Unanue-Arza, S. (2026). Assertive community treatment and ACT-derived outreach models: A scoping review of adaptations, fidelity and outcomes. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-026-01607-8>
- Ventura, F., Moreira, I., Raposo, V., Queirós, P. & Mendes, A. (2022). A prática centrada na pessoa: da idiossincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT278121>
- Ventura-Silva, J., Martins, M. M., Trindade, L., Ribeiro, O. M., & Cardoso, M. F. (2021). Working methods of nurses in hospitals: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Ventura-Silva, J. M., Martins, M. M., Trindade, L. L., Zuge, S. S., Barros, S. C., Melo, R. M., Oliveira, I. J., Mendes, M., Faria, A. C., & Ribeiro, O. M. (2026). Nurses' Working Methods in Portuguese Hospitals: Nurse Managers' Perspectives. *Nursing Forum*, 2026, 1-12. <https://doi.org/10.1155/nuf/1585757>
- Videbeck, S. (2020) *Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Weber, C., Monero Flores, V., Wheele, T. P., Miedema, E., & White, E. V. (2022). Patients' health & well-being in inpatient mental health-care facilities: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 758039. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.758039>
- Wehbe-Alamah H., & McFarland M. R. (2020) Leininger's Ethnonursing Research Method: Historical Retrospective and Overview. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(4), pp. 337-349. <https://doi.org/10.1177/1043659620912308>
- World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. WHO.
- World Health Organization. (2025, Setembro 1). Mental health of adolescents. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Wu, Y., Awang, S. R., Ahmad, T., & You, C. (2024). A systematic review of leadership styles in healthcare sector: Insights and future directions. *Geriatric Nursing*, 59, 48–59. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.06.033>
- Xavier M, Barreto H, Cruz MC, Domingos P, Gago J, Maia Correia T, Marques C, Marques MJ, Matos Pires A, Morgado P, Narigão M, Pereira S, Redondo J, Santos T, Vieira F, Sena e Silva F (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: três anos de transformação*. Lisboa: Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2019). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>

APÊNDICES

Apêndice I – Planos de sessão do PMCQCE “Melhor Convívio, Melhor Caminho”

Plano de Sessão 0		
Tema	Apresentação do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem	
Dinamizadora	Adelaide Guilherme	Supervisora Ana Rita Lourenço
População-alvo	Utentes internados no serviço de psiquiatria com diagnóstico de risco ou com diminuição de interação social.	
Objetivos	Apresentar o PMCQCE aos utentes internados que possuam critérios de inclusão do mesmo; Explicar procedimentos éticos sobre a realização do mesmo; Preenchimento do consentimento informado; Aplicação do screening Montreal Cognitive Assessment (MoCA); Aplicação da versão reduzida da Escala de Comportamento Interpessoal validada por Vagos et al. (2014).	
Duração total	45 minutos	
Recursos	Mesas; Cadeiras; Cartolina com objetivos e planificação das sessões; Quadro branco; Canetas; Consentimento informado; Teste MoCA; Versão reduzida da Escala de Comportamento Interpessoal.	
Fases da Sessão	Duração	Conteúdo
Introdução	10 min	Apresentação O dinamizador (EESMP) deve preparar a sala previamente, colocando as cadeiras dispostas de forma a facilitar a comunicação e garantindo que os materiais necessários (instrumentos, informações sobre o projeto e quadro) estão organizados; O EESMP deve apresentar-se e solicitar também aos participantes que se apresentem brevemente; Explicar de forma simples e clara o propósito da sessão; Apresentar o PMCQCE através de recursos visuais, contextualizando a importância da participação dos utentes para melhorar a qualidade dos cuidados prestados na Unidade de Agudos; Explicar de forma transparente os objetivos da sessão; Reforçar que a participação é voluntária, respeitosa e realizada de acordo com princípios éticos e de confidencialidade.
Desenvolvimento	25 min	Entregar aos participantes o consentimento informado, explicando cada secção e garantindo que compreende os seus direitos, o tratamento dos dados e a finalidade da recolha de informação; Solicitar a assinatura do consentimento apenas após confirmar que todas as dúvidas foram esclarecidas; Proceder à aplicação do MoCA, explicando brevemente que se trata de um instrumento para avaliar funções cognitivas de forma simples e estruturada; Após o MoCA, aplicar a versão reduzida da Escala de Comportamento Interpessoal, validada por Vagos et al. (2014), explicando o objetivo do instrumento de avaliação; Durante a aplicação dos instrumentos, o EESMP deve manter uma postura de apoio, clarificando as instruções sem influenciar as respostas, garantindo um ambiente tranquilo e seguro.
Conclusão	10 min	Agradecer aos participantes pela colaboração e disponibilidade para participar na sessão; Disponibilizar para esclarecimento de questões e dúvidas acerca do PMCQCE; Reforçar a importância do envolvimento dos utentes nos processos de melhoria e felicitar a participação.

Plano de Sessão 1			
Tema	Intervenção para identificação do estilo comunicacional predominante		
Dinamizadora	Adelaide Guilherme	Supervisora	Ana Rita Lourenço
População-alvo	Utentes internados no serviço de psiquiatria com diagnóstico de risco ou com diminuição de interação social.		
Objetivos	Identificação do estilo comunicacional predominante; Promover o treino de assertividade; Promover a interação social; Capacitar as pessoas a estabelecerem melhores relações com outros indivíduos.		
Duração total	35 minutos		
Recursos	Mesas; Cadeiras; Questionário de heteroavaliação; Legos; Impresso com situações do quotidiano; Impresso com frase reflexiva; Brinde para cada participante; Questionário de satisfação.		
Fases da Sessão	Duração	Conteúdo	
Introdução	10 min	O dinamizador (EESMP) deve preparar a sala previamente, colocando as cadeiras ao redor da mesa; Explicar o tema da sessão e contextualizar os objetivos.	
Desenvolvimento	20 min	Distribuir aos participantes as situações elaboradas para a sessão sobre diversas situações que ocorrem no quotidiano e as respostas possíveis; Questionar aos participantes, quem deseja ler as situações, em voz alta para o grupo; Solicitar aos participantes para, consoante a resposta que dariam para cada situação, utilizar uma peça de lego de cor correspondente à resposta, formando progressivamente uma torre; Explicar os estilos comunicacionais e o seu impacto nas relações interpessoais.	
Conclusão	5 min	Questionar o grupo sobre o que achou das situações, questionar sobre se acham que seria importante acrescentar algo; O EESMP deve felicitar os participantes pela participação e motivação.	

Plano de Sessão 2			
Tema	Treino de assertividade com recurso a intervenção sociodramática		
Dinamizadora	Adelaide Guilherme	Supervisora	Ana Rita Lourenço
População-alvo	Utentes internados no serviço de psiquiatria com diagnóstico de risco ou com diminuição de interação social.		
Objetivos	Promover o treino de assertividade; Promover a interação social; Capacitar as pessoas a estabelecerem melhores relações com outros indivíduos e uma melhor inserção na sociedade.		
Duração total	45 minutos		
Recursos	Mesas; Cadeiras; Questionário de heteroavaliação; Coluna; Telemóvel; Cartaz com técnica dos 5 eu's; Impresso com frase reflexiva; Brinde para cada participante; Questionário de satisfação.		
Fases da Sessão	Duração	Conteúdo	
Introdução	5 min	Apresentação Realizar breve revisão do tema e da atividade da sessão anterior; O dinamizador deve preparar a sala previamente, colocando as cadeiras em meia-lua, e preparar o material audiovisual (computador com colunas e projetor); O EESMP deve apresentar-se e solicitar também aos participantes que se apresentem brevemente; A apresentação do participante consiste no nome e, como sugestão, uma palavra que define o seu estado de espírito.	
	10 min	Aquecimento Nesta fase o EESMP realiza quebra-gelo através de jogos socio dramáticos, recorrendo a sociometrias, tendo como objetivo a coesão grupal. (Exemplo: Solicitar aos participantes que se levanten e que afastem as cadeiras de forma que a sala fique com espaço para as pessoas se moverem. Uma cadeira é colocada no centro da sala e cada pessoa é convidada a sentar-se e referir alguma atividade que goste de fazer. Os restantes participantes que se identifiquem devem tocar na pessoa e quem não se identifica fica no lugar.)	
Desenvolvimento	5 min	Um áudio que aborda um conflito interpessoal (2 vizinhos) é reproduzido. O EESMP deve questionar o grupo sobre o que sentiram acerca da comunicação que ouviram no áudio.	
	5 min	Explicar ao grupo que o tema da sessão é assertividade. Utilizando técnicas de sociometria, questionar se conhecem o tema. (Exemplo: Quem já ouviu falar de assertividade, dirige-se para o lado esquerdo da sala e quem não ouviu, para o lado direito.)	
	5 min	Realizar brainstorming sobre assertividade; Realizar uma breve explicação sobre assertividade e a técnica dos 5 eus; O EESMP deve projetar a técnica para melhor assimilação da mesma.	
	10 min	Dramatização O EESMP solicita ao grupo 2 voluntários para recriar o áudio reproduzido, mas utilizando comunicação assertiva com recurso à técnica dos 5 eus; O EESMP pode dar tempo aos 2 voluntários para reunirem e discutirem sobre o exercício (3 minutos).	
Conclusão	5 min	Questionar o grupo sobre o que achou do discurso, questionar sobre se acham que seria importante acrescentar algo; O EESMP deve perguntar aos voluntários como se sentiram na dramatização.	

Plano de Sessão 3			
Tema	Intervenção de Debate para Promoção da Assertividade e Interação Social		
Dinamizadora	Adelaide Guilherme	Supervisora	Ana Rita Lourenço
População-alvo	Utentes internados no serviço de psiquiatria com diagnóstico de risco ou com diminuição de interação social.		
Objetivos	Promover o treino de assertividade; Promover a interação social; Promover a expressão de opiniões; Desenvolver o reconhecimento da existência de opiniões diferentes; Capacitar as pessoas a estabelecerem melhores relações com outros indivíduos e uma melhor inserção na sociedade.		
Duração total	45 minutos		
Recursos	Mesas; Cadeiras; Questionário de heteroavaliação; UHU Patafix; Cartaz com regras do debate; Cartões com temas do debate; Impresso com frase reflexiva; Brinde para cada participante; Questionário de satisfação.		
Fases da Sessão	Duração	Conteúdo	
Introdução	5 min	Realizar breve revisão do tema e da atividade da sessão anterior; Apresentar o tema da sessão e contextualizar os objetivos; Apresentação da atividade de debate e as regras da mesma; Explicar as regras do debate e afixar o cartaz com as mesmas no quadro.	
Desenvolvimento	30 min	Distribuir pelo grupo os temas selecionados pela equipa de enfermagem para o debate, mas explicar que podem ser propostos outros pelos mesmos; Realizar o debate, sendo o dinamizador o moderador.	
Conclusão	10 min	Reforçar a importância de expressar opiniões de forma assertiva; Explicar que para a próxima sessão, é necessário pensar num talento que se sentissem confortável em expor ao grupo; Felicitar pela participação e motivação.	

Plano de Sessão 4			
Tema	Intervenção de estimulação cognitiva e promoção da interação social		
Dinamizadora	Adelaide Guilherme	Supervisora	Ana Rita Lourenço
População-alvo	Utentes internados no serviço de psiquiatria com diagnóstico de risco ou com diminuição de interação social.		
Objetivos	Estimular funções cognitivas (atenção, memória, raciocínio lógico e planeamento); Promover a interação social e o trabalho em grupo; Estimular a cooperação e a comunicação assertiva; Capacitar os participantes para a resolução conjunta de problemas.		
Duração total	50 minutos		
Recursos	Mesas; Cadeiras; Questionário de heteroavaliação; Cartaz com labirinto; Caneta; Folha A4 com solução do labirinto; Dinheiro fictício; Envelopes; Embalagens de alimentos; Cartões com preços dos alimentos; Receita; Cronómetro; Questionário de satisfação.		
Fases da Sessão	Duração	Conteúdo	
Introdução	10 min	O dinamizador deve preparar a sala previamente; Apresentar o tema da sessão e explica os objetivos de forma clara e simples; Dividir o grupo em dois subgrupos, explicando que ambos terão tarefas diferentes e que irão passar por dois setores.	
Desenvolvimento	25 min	Setor 1 - Labirinto cooperativo Solicitar um participante voluntário, que irá visualizar o labirinto com o caminho correto durante breves minutos (1–2 minutos); Após esse tempo, a solução do labirinto é retirada, tendo o voluntário que orientar verbalmente os restantes elementos do grupo para encontrarem o caminho correto, sem voltar a visualizar o labirinto; Os restantes participantes devem colaborar, fazem perguntas e tomar decisões em grupo.	
	25 min	Setor 2 - Ida ao supermercado para fazer uma receita Expor na mesa diversos produtos alimentares; Colocar de forma aleatória os cartões com os diversos preços; Solicitar aos participantes que tentem associar o preço ao alimento exposto na mesa; Entregar ao grupo uma receita escolhida previamente pelo EESMP; Expor na mesa dois envelopes que contêm diferentes quantias de dinheiro fictício; Convidar o grupo a escolher um envelope; Solicitar que adquiram os ingredientes para a receita; Auxiliar se necessário na realização dos cálculos e do troco.	
		Quando ambos os grupos terminarem, deverão trocar de setor.	
Conclusão	10 min	O EESMP deve promover uma breve reflexão: “Como foi trabalhar em grupo?”; “O que foi mais fácil ou mais difícil?”; “Como se ajudaram uns aos outros?”; Reforçar positivamente a participação, cooperação e comunicação do grupo.	

Plano de Sessão 5			
Tema	Intervenção para promoção da autoestima e assertividade com o auxílio de um Talent Show terapêutico		
Dinamizadora	Adelaide Guilherme	Supervisora	Ana Rita Lourenço
População-alvo	Utentes internados no serviço de psiquiatria com diagnóstico de risco ou com diminuição de interação social.		
Objetivos	Promover o treino de assertividade; Promover a interação social; Promover a autoestima.		
Duração total	45 minutos		
Recursos	Cadeiras; Questionário de heteroavaliação; Cartões com emoções; Versão reduzida da Escala de Comportamento Interpessoal; Questionário de satisfação.		
Fases da Sessão	Duração	Conteúdo	
Introdução	5 min	Preparar previamente a sala, criando um espaço amplo com uma zona definida para as apresentações; Solicitar aos utentes que se sentem de forma confortável em cadeiras ao redor da sala; Explicar o tema da sessão e contextualizar os objetivos.	
Desenvolvimento	20 min	O participante pensa no seu talento (ex.: cantar, desenhar, cozinhar, contar histórias, escrever, etc.), sem o revelar diretamente; O participante deve dar 2 a 3 pistas sobre o seu talento (ex.: “uso muito a voz”, “faço isto para relaxar”, “costumo fazer sozinho/em grupo”); O grupo pode tentar adivinhar o talento, respeitando sempre a vez de falar; O dinamizador deve reforçar que: O espaço é seguro; Não existem respostas certas ou erradas; Participar é um ato de coragem; O foco está na partilha e na valorização pessoal.	
	10 min	No final de cada apresentação o participante deve escolher um dos dez cartões, que simbolizam como a pessoa se sentiu. O participante deve mostrar o cartão ao grupo e dizer: “Hoje senti-me ____ durante a apresentação”; Após cada apresentação, o grupo deve oferecer dois elogios de forma assertiva.	
Conclusão	10 min	Reforçar a importância da autoconfiança no uso da assertividade; Felicitar os participantes pela motivação; Solicitar o preenchimento da Escala de Comportamento Interpessoal; Agradecer pela participação no PMCQCE e pedir feedback do mesmo.	

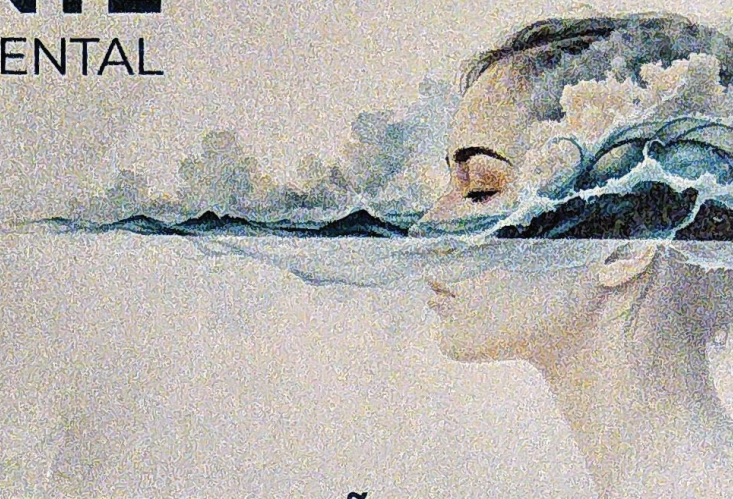
ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação na Jornada “Do Mar à Mente: Redes Locais de Saúde Mental”

Iniciativa de Comemoração do **Dia Mundial da Saúde Mental**

DO MAR À MENTE

REDES LOCAIS DE SAÚDE MENTAL



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que

Adelardo João Santos Ceilherme

participou na Jornada

“Do Mar à Mente: Redes Locais de Saúde Mental”,
realizada no dia **10 de outubro**, entre as 9h30 e as 17h00,
no Auditório da Central Elétrica – Centro Cívico Intergeracional
Professor Rogério Cação, em **Peniche**.

A Jornada inseriu-se na Iniciativa de **Comemoração do Dia Mundial de Saúde Mental** promovida pela Unidade Local de Saúde do Oeste, o Polo de Peniche do Centro de Respostas Integradas do Oeste – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências e o Município de Peniche.

Peniche, 10 de outubro de 2025

O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE PENICHE
Henrique António Batista Antunes

Anexo II – Certificado de apresentação do póster “Luto Antecipatório: Intervenção Familiar Sistémica no Serviço de Internamento de Psiquiatria”

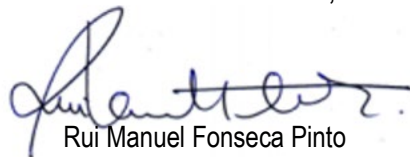


CERTIFICADO/ *CERTIFICATE*

Certifica-se que **Adelaide Guilherme** apresentou o trabalho (Póster) “*Luto Antecipatório: Intervenção Familiar Sistémica no Serviço de Internamento de Psiquiatria*”, da autoria de Adelaide Guilherme e Alice Santos, no IV Congresso Internacional de Cuidados Paliativos – “*Vamos falar de Cuidados Paliativos sem deixar ninguém para trás*”, que teve lugar a 14 e 15 de novembro de 2025, nesta Escola Superior de Saúde.

This is to certify that Adelaide Guilherme presented “Luto Antecipatório: Intervenção Familiar Sistémica no Serviço de Internamento de Psiquiatria”, authored by Adelaide Guilherme e Alice Santos, at the IV International Congress in Palliative Care – “Let’s talk about Palliative Care and leave no one behind”, held on November 14-15, 2025, at the School of Health Sciences, Polytechnic University of Leiria.

O Diretor/ The Dean,



Rui Manuel Fonseca Pinto

Anexo III – Certificado de apresentação do póster - Estudo de caso: “Para além da Adição”

Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

Adelaide João Santos Guilherme

apresentou o Póster

Estudo de caso: “Para além da Adição”

da autoria de

Adelaide Guilherme; Ana Querido; Sandrina Cunha & Manuela Feliciano

no Concurso de Pósteres, inserido no XVI Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema “Intervenções Psicoterapêuticas”, realizado de 15 a 17 de outubro de 2025, em Santarém, Portugal.

Porto, 17 de outubro de 2025

P’la Comissão Científica



O Presidente do Congresso



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

Anexo IV – Certificados de participação nos Encontros de Supervisão Clínica em Enfermagem
(II e III)



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE



13 e 14 de fevereiro de 2025
Escola Superior de Saúde

II ENCONTRO DE
SUPERVISÃO CLÍNICA
DO CURSO DE
LICENCIATURA EM
ENFERMAGEM

CERTIFICADO

Certifica-se que **Adelaide João Santos Guilherme** participou no II Encontro de Supervisão Clínica do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que teve lugar a 14 de fevereiro de 2025, entre as 9:00 e as 16:00, nesta Escola Superior de Saúde.

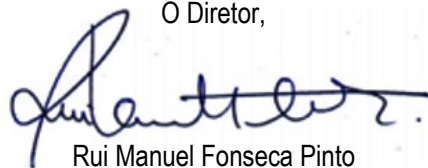
O Diretor,

Rui-Fonseca Pinto

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se **Adelaide João Santos Guilherme** participou no III Encontro de Supervisão Clínica em Enfermagem, realizado no dia 20 de fevereiro de 2026, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,



Rui Manuel Fonseca Pinto

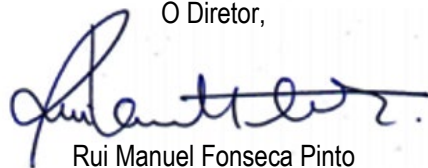
Anexo V – Certificado de participação e organização das IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica – Convergência(s) em Saúde Mental



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se **Adelaide João Santos Guilherme** integrou a Comissão Organizadora das IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - [*Convergência\(s\) em Saúde Mental*](#), realizadas nos dias 17 e 18 de abril de 2026, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,



Rui Manuel Fonseca Pinto

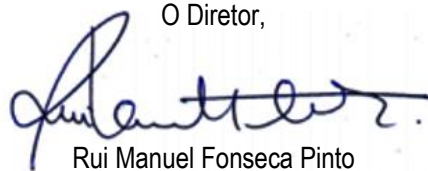
Anexo VI – Certificado de atribuição de prémio de Melhor Póster ao trabalho “Melhor Convívio, Melhor Caminho” nas IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica



CERTIFICADO – MELHOR POSTER

Certifica-se que o trabalho ***‘Melhor convívio, Melhor Caminho’- Programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Mental e Psiquiátrica***, da autoria de Adelaide Guilherme, Ana Querido e Ana Rita Lourenço, foi distinguido com o **prémio de melhor póster** nas IV Jornadas Pedagógicas de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - [Convergência\(s\) em Saúde Mental](#), organizadas nos dias 17 e 18 de abril de 2026, nesta Escola Superior de Saúde.

O Diretor,



Rui Manuel Fonseca Pinto