



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

GESTÃO DA ANSIEDADE E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR  
SUBJETIVO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM  
SERVIÇO DE MEDICINA, ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE 3ª GERAÇÃO  
(*MINDFULNESS*, ACEITAÇÃO E COMPROMISSO)

Sara Catarina Santos Grilo Nascimento

Leiria, 2025



**POLITÉCNICO  
DE LEIRIA**

ESCOLA SUPERIOR  
DE SAÚDE

ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA DE  
SAÚDE MENTAL COM RELATÓRIO FINAL

GESTÃO DA ANSIEDADE E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR  
SUBJETIVO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM  
SERVIÇO DE MEDICINA, ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE 3ª GERAÇÃO  
(*MINDFULNESS*, ACEITAÇÃO E COMPROMISSO)

Sara Catarina Santos Grilo Nascimento, n.º 5230140

Professor Responsável: Profº Doutor José Carlos Gomes

Orientação: Profª Doutora Catarina Tomás

Leiria, 2025

*“A família é muito maior do que se imagina. Ela representa o passado, o presente e também o futuro.”*

Autor Desconhecido

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Catarina Tomás pela sua orientação, pelo sentido pedagógico e pela disponibilidade que demonstrou ao longo deste percurso.

Ao Professor José Carlos Gomes pelo incentivo e por me fazer acreditar na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Aos meus filhos, Martim e Lourenço por cada olhar, gesto e abraço, que apesar da sua inocência foram o meu maior motor de capacitação para este percurso, que se demonstrou em grande parte difícil e sinuoso.

Ao Nuno por ter sido uma fonte de apoio, por ter acreditado nas minhas capacidades e por muitos dos momentos em que não estive presente.

Aos meus pais, em particular à minha mãe pelo apoio continuado aos meus filhos.

À minha madrinha pela disponibilidade e ajuda na revisão do presente trabalho.

À restante família e amigos pelas palavras de incentivo ao longo deste percurso.

Aos colegas de trabalho do Serviço de Medicina, pelo apoio e participação no projeto de melhoria continua desenvolvido ao longo deste percurso no referido serviço.

Ao Enfº Joaquim, que me recebeu num novo serviço, e pelas palavras de apoio e incentivo na reta final deste percurso.

Aos colegas da turma de mestrado, pelo companheirismo, pela entreajuda e por terem tornado este percurso um pouco mais alegre.

A todos o meu muito obrigada!

## RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Saúde de Leiria, como parte integrante da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional. Encontra-se estruturado em três partes: a caracterização dos contextos de prática especializada; a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, em conformidade com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; e, por último a descrição do projeto de investigação realizado em contexto hospitalar, centrado na gestão da ansiedade e promoção do bem-estar subjetivo dos profissionais de enfermagem de um serviço de medicina, com recurso a técnicas de terceira geração (mindfulness, aceitação e compromisso). Os ensinamentos clínicos decorreram entre abril de 2024 e janeiro de 2025, tendo os mesmos ocorrido em diferentes contextos de aprendizagem que permitiram a aquisição e consolidação de competências técnicas, reflexivas e de investigação. As intervenções, foram desenvolvidas com base em evidência científica e enquadrada no ciclo de melhoria contínua da qualidade, o que permitiu identificar necessidades, formular intervenções de atuação e avaliar os resultados obtidos junto dos profissionais envolvidos. Os dados demonstraram a importância de implementar práticas de promoção da saúde mental em contexto laboral, evidenciando ganhos na regulação emocional, na perceção de bem-estar e na capacidade de gestão da ansiedade. Conclui-se que o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica contribuiu de forma significativa para a melhoria da qualidade dos cuidados, a valorização da prática baseada na evidência e o reforço de estratégias de promoção da saúde mental dos profissionais de enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Ansiedade; Bem-estar subjetivo; Mindfulness; Aceitação e compromisso; Saúde mental.

## **ABSTRACT**

This report was developed within the scope of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the School of Health of Leiria, as part of the Professional Internship curricular unit. It is structured into three sections: the characterization of specialized practice contexts; a critical-reflective analysis of the activities carried out, in accordance with the common and specific competences of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing; and, finally, the description of the research project conducted in a hospital setting. The project focused on anxiety management and the promotion of subjective well-being among nursing professionals in an internal medicine service, through the use of third-generation approaches (mindfulness, acceptance, and commitment). The clinical training took place between April 2024 and January 2025, across diverse learning contexts that enabled the acquisition and consolidation of technical, reflective, and research skills. The interventions were based on scientific evidence and framed within the continuous quality improvement cycle, allowing for the identification of needs, implementation of targeted actions, and evaluation of outcomes among the professionals involved. The findings highlighted the relevance of implementing mental health promotion practices in workplace settings, showing positive effects on emotional regulation, perceived well-being, and anxiety management. In conclusion, the development of competences of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing significantly contributes to the improvement of care quality, the enhancement of evidence-based practice, and the strengthening of strategies for mental health promotion among nursing professionals.

**Keywords:** Nursing; Anxiety; Subjective well-being; Mindfulness; Acceptance and commitment; Mental health.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACT — Terapia de Aceitação e Compromisso

AN — Afeto Negativo

AP — Afeto Positivo

AVD's — Atividades de Vida Diárias

CAT – Centro de Atendimento a Toxicodependentes

CIPE — Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI — Centro de Respostas Integradas

CSP — Cuidados de Saúde Primários

DGS — Direção-Geral da Saúde

DMG — Doença Mental Grave

DP — Desvio-padrão

EC — Ensino Clínico

EESMP — Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EMCDDA — Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

Enf<sup>o</sup> — Enfermeiro

ESMP — Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ET – Equipa de Tratamento

ICAD — Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências

ICN — Conselho Internacional de Enfermeiros

IPAQ — Questionário Internacional de Atividade Física

ISPUP — Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

Máx — Máximo (em tabela)

Min — Mínimo (em tabela)

n — número (tamanho da amostra / frequência, em tabela)

n.<sup>o</sup> — número

NHF — Necessidades Humanas Fundamentais

OE — Ordem dos Enfermeiros

PANAS — Escala de Afetos Positivos e Negativos

PANNAS-VRP — Escala de Afetos Positivos e Negativos – Versão Reduzida Portuguesa  
(variante de grafia no documento)

PIC — Plano Individual de Cuidados

PNSM — Plano Nacional de Saúde Mental

Prof<sup>a</sup> — Professora

Prof<sup>o</sup> — Professor

PRR — Plano de Recuperação e Resiliência  
REPE — Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros  
SBC — (Modelo) Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças  
SNS — Serviço Nacional de Saúde  
SOFAS — Escala de Performance Social e Pessoal  
SPSS — Pacote Estatístico para as Ciências Sociais  
STAI — Inventário de Ansiedade Estado-Traço  
UNODC — Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime  
VRP — Versão Reduzida Portuguesa  
WHO — Organização Mundial da Saúde  
WHO — World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

## ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS.....	I
INTRODUÇÃO .....	8
1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM.....	13
1.1.    ENSINO CLÍNICO I – INTERNAMENTO DE AGUDOS .....	13
1.2.    ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS .....	15
1.3.    ENSINO CLÍNICO III – EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL .....	17
2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	21
2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	21
2.1.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL .....	22
2.1.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE .....	25
2.1.3. GESTÃO DOS CUIDADOS .....	28
2.1.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS.....	29
2.2.    COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL .....	33
2.2.1. DETÉM UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTOCONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL;.....	33
2.2.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL; .....	37
2.2.3. AJUDA A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL, MOBILIZANDO AS DINÂMICAS PRÓPRIAS DE CADA CONTEXTO;.....	41
2.2.4. PRESTA CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SÓCIO TERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE..	44
3. A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA.....	61
3.1.    METODOLOGIA .....	72

3.1.1.	DESENHO DO ESTUDO .....	72
3.1.2.	QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES .....	74
3.1.3.	INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	75
3.1.3.	PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	77
3.1.5.	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	77
3.1.6.	PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES .....	78
3.1.7.	TRATAMENTO DOS DADOS .....	80
3.2.	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	80
3.2.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	87
	CONCLUSÃO .....	95
	ANEXOS .....	
	ANEXO N.º 1 – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO / COMISSÃO DE ÉTICA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO SERVIÇO DE MEDICINA.....	I
	ANEXO N.º 2 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS .....	II
	APÊNDICES .....	III
	APÊNDICE 1 – POWER-POINT UTILIZADO NO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DESENVOLVIDO NO DECORRER DO MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA: “GESTÃO DA ANSIEDADE E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE MEDICINA, ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE 3ª GERAÇÃO (MINDFULNESS, ACEITAÇÃO E COMPROMISSO)”.....	IV
	APÊNDICE 2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ENSINO CLÍNICO I – INTERNAMENTO HOSPITALAR .....	V
	PLANO DE SESSÃO ENTREVISTA DE ENFERMAGEM NO INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA .....	VI
	ATIVIDADES OCUPACIONAIS TERAPÊUTICAS DE NATUREZA SOCIOTERAPÊUTICA, COM RECURSO À TERAPIA PELA ARTE .....	VII
	ATIVIDADES OCUPACIONAIS TERAPÊUTICAS DE NATUREZA SOCIOTERAPÊUTICA, PASSEIO TERAPÊUTICO PELO PARQUE.....	VIII

ATIVIDADES OCUPACIONAIS TERAPÊUTICAS DE NATUREZA SOCIOTERAPÊUTICA, IDA AO QUINTALÃO (ATIVIDADE DE JARDINAGEM E ALIMENTAÇÃO DAS GALINHAS) .....	IX
SESSÃO DE EDUCAÇÃO SOBRE A DOENÇA MENTAL .....	X
SESSÃO INDIVIDUAL DE NATUREZA PSICOTERAPÊUTICA E PSICOEDUCACIONAL SOBRE A GESTÃO DA ANSIEDADE .....	XI
SESSÃO DE RELAXAMENTO INDIVIDUAL COM RECURSO AO MINDFULNESS .....	XII
SESSÃO PSICOEDUCATIVA: SABER PARA MELHOR VIVER 1: A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE HIGIENE.....	XIII
SESSÃO PSICOEDUCATIVA: SABER PARA MELHOR VIVER 2 – ADESÃO À MEDICAÇÃO .....	XIV
SESSÕES COM RECURSO A INTERVENÇÕES DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO – O USO DA LEITURA E DA MÚSICA COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA SESSÃO 1 .....	XV
SESSÕES COM RECURSO A INTERVENÇÕES DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO – O USO DA LEITURA E DA MÚSICA COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA SESSÃO 2 .....	XVI
SESSÕES COM RECURSO A INTERVENÇÕES DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO – O USO DA LEITURA E DA MÚSICA COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA SESSÃO 3 .....	XVII
NOTA DE CAMPO .....	XVIII
APÊNDICE 3 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ENSINO CLÍNICO II – RESPOSTAS DIFERENCIADAS.....	XX
PLANO DE SESSÃO ENTREVISTA PARA COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM NO CRI .....	XXI
SESSÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO.....	XXII
SESSÃO PSICOEDUCACIONAL SOBRE A HIGIENE DO SONO.....	XXIV
SESSÃO PSICOEDUCACIONAL SOBRE A AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO .....	XXV
SESSÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO E PSICOEDUCACIONAL .....	XXXVII
SESSÃO DE MEDIATAÇÃO GUIADA: MINDFULNESS EATING COM A EQUIPA DA ET X .....	XXXIX
SESSÃO PSICOEDUCACIONAL SOBRE A MEMÓRIA .....	XLIII

ESCALAS UTILIZADAS AO LONGO DAS DIVERSAS SESSÕES .....	XLV
DOCUMENTAÇÃO DE APOIO / DE INFORMAÇÃO ELABORADA PARA AS DIVERSAS SESSÕES DESENVOLVIDAS .....	XLVI
NOTAS DE CAMPO.....	XLVII
APÊNDICE 4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ENSINO CLÍNICO III – COMUNITÁRIA .....	LIV
ATIVIDADE/FORMAÇÃO COM A EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL – COMO POSSO EU ENQUANTO PROFISSIONAL DE SAÚDE INSERIDO NUMA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL, SER PROMOTOR DE ESPERANÇA .....	LV
DINAMIZAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO “CUIDO DE MIM” – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	LVII
DINAMIZAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO “CUIDO DE MIM” – RASTREIOS – AVALIAÇÃO FINAL DO PROGRAMA.....	LVIII
DINAMIZAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO “MOVIMENTO” – ATIVIDADE DE NATAL	LX
DINAMIZAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO “MOVIMENTO” – PROMOÇÃO DA ESPERANÇA.....	LXIII
PLANEAMENTO DAS VISITAS DOMICILIÁRIAS.....	LXVIII
CONSULTAS EM HOSPITAL DE DIA.....	LXXI
SESSÃO DE RELAXAMENTO.....	LXXIV
ATIVIDADES DO PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA .....	LXXVI
NOTAS DE CAMPO /REFLEXÕES DO MEU EU.....	LXXXVII
REFLEXÃO SOBRE AS II JORNADAS DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL TROFA SAÚDE EM VILA DO CONDE.....	LXXXVII

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Níveis de Ansiedade antes da intervenção.....	80
Tabela 2 - Distribuição de Sintomas (Escala de Hamilton) .....	81
Tabela 3 - Resultados Pós-Intervenção (Escala de Hamilton).....	81
Tabela 4 - Resultados por Grupo Etário (Mann-Whitney) .....	82
Tabela 5 - Resultados por Tempo de Serviço (Kruskal-Wallis).....	82
Tabela 6 - Resultados por Carga Horária (Mann-Whitney).....	82
Tabela 7 - Resultados da Escala de PANAS (Pré-Intervenção).....	83
Tabela 8 - Resultados da Escala de PANAS (Pós-Intervenção).....	83
Tabela 9 - Comparação por Idade (20–40 anos vs. 41–67 anos) – Teste de Mann-Whitney	83
Tabela 10 - Comparação por Tempo de Serviço (<10 anos, 10–20 anos, 21–30 anos) – Teste de Kruskal-Wallis.....	84
Tabela 11 - Grelha de análise .....	86

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) com Relatório Final do Mestrado ESMP da Escola Superior de Saúde de Leiria, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio, que de uma forma crítica pudesse analisar as atividades desenvolvidas ao longo dos três ensinamentos clínicos do referido curso. Assim, o presente relatório de estágio tem como principais objetivos:

- Refletir de uma forma crítica sobre as competências do enfermeiro especialista (comuns e específicas), tendo em conta as atividades desenvolvidas no decorrer dos ensinamentos clínicos.
- Promover o desenvolvimento de uma prática de enfermagem em saúde mental através da realização de um estudo de investigação, contribuindo para uma prática baseada na evidência.

A elaboração do presente relatório procura enquadrar-se na construção da formação avançada em enfermagem, enquanto processo dinâmico e continuado, em que a prática clínica, a componente reflexiva e a investigação se entrelaçam de forma indissociável. A reflexão que se pretende ter ao longo deste documento sobre a prática desenvolvida constitui um eixo estruturante na aprendizagem, permitindo à estudante, enquanto profissional de enfermagem, integrar e mobilizar conhecimentos teórico-práticos, promovendo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Schön (1983) refere que um profissional com capacidade reflexiva é aquele que, perante momentos de complexidade e imprevisibilidade, consegue analisar a sua ação enquanto a executa (“reflection-in-action”) e após a sua execução (“reflection-on-action”), ajustando e aperfeiçoando o seu desempenho.

No que toca à ESMP, a reflexão é tida sobretudo como uma ferramenta de auto-avaliação; é um processo continuado de um sem número de questões e reconstrução do saber-fazer, em que o enfermeiro deve fundamentar as suas intervenções e decisões, avaliando os resultados obtidos e identificando áreas de melhoria. Tal como Benner (2001) salienta, o desenvolvimento das competências profissionais em enfermagem decorre de um percurso que inicia enquanto principiante, sendo posteriormente perito, exigindo uma aprendizagem baseada numa experiência continuada, bem como na capacidade de interpretar e responder de forma adequada e sensibilizada às necessidades da pessoa, família e comunidade.

Uma prática reflexiva exige a mobilização de pensamento crítico, capacidade de análise face à complexidade dos contextos e a integração de várias fontes de conhecimento: a evidência científica, a experiência vivida e cumulativa, e os valores das pessoas a quem são prestados cuidados. Este alinhamento com a prática baseada na evidência é um elemento centralizador

para a prática do EESMP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Sackett et al. (1996) definem a prática baseada na evidência como a envolvimento entre a investigação e a experiência clínica em linha com os valores dos próprios utentes.

O período em análise reporta-se ao decorrer dos Ensinos Clínicos, com início em abril de 2024 e fim em janeiro de 2025, abrangendo três experiências formativas distintas. O Ensino Clínico (EC) I decorreu num serviço de internamento hospitalar psiquiátrico, em utentes com patologia agudizada e em situação de crise. Seguidamente, o EC II foi desenvolvido num centro de respostas integradas na área dos comportamentos aditivos e dependências, com foco na prevenção, tratamento de dependências com e sem substância e na reinserção social. Por último, o Ensino Clínico III foi desenvolvido numa equipa comunitária de saúde mental, com especial enfoque na continuidade de cuidados, intervenção domiciliária e na articulação interinstitucional.

Todos os ensinos clínicos foram marcados pela diversidade de contextos, assim como pela complexidade das situações vividas na primeira pessoa. No primeiro ensino clínico, foi possível ter um primeiro contacto com esta realidade, com pessoas em situação de crise, a observação e continuidade de cuidados num processo de estabilidade clínica e a participação em intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental. O segundo ensino clínico, trouxe a oportunidade de intervir na prevenção e tratamento, bem como no apoio a processos de reinserção social. O último ensino clínico, possibilitou o desenvolvimento de competências na continuidade de cuidados, na intervenção domiciliária e na articulação com outras instituições e serviços.

Os Ensinos Clínicos assumiram-se como momentos de elevada riqueza no que toca à aprendizagem, possibilitando a aquisição e consolidação das competências comuns e específicas do EESMP. As competências comuns, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019, abrangem a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No que toca ao Regulamento n.º 515/2018, este descreve as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental, que compreendem: deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto ser humano e enfermeiro; assistir a pessoa, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; ajudar na recuperação da saúde mental; e prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais.

As vivências tidas ao longo da prática clínica, em internamento hospitalar, cuidados diferenciados e intervenção comunitária, proporcionaram momentos de elevada riqueza enquanto estudante e profissional, representando uma visão holística da saúde mental e psiquiátrica. Cada ensino clínico colocou-me enquanto estudante, enquanto futura especialista, em contextos distintos, com desafios e oportunidades de intervenção

diferenciadores, fomentando a capacidade de adaptação perante realidades diversas e reforçando competências como a comunicação terapêutica, a gestão de situações de crise, a promoção da reabilitação psicossocial e a articulação em rede.

Durante o EC I, a aplicação destes referenciais teóricos traduziu-se na construção de relações terapêuticas consistentes, na utilização de técnicas de comunicação centradas na pessoa e na implementação de intervenções adaptadas às necessidades das pessoas alvo de cuidados. O contexto hospitalar permitiu, ainda, desenvolver competências na gestão de situações agudas, na monitorização de estados clínicos e na participação em planos terapêuticos multidisciplinares.

No âmbito do segundo ensino clínico, a mobilização de conhecimentos específicos sobre os comportamentos aditivos e dependências permitiu desenvolver competências de avaliação, intervenção motivacional e promoção de estilos de vida saudáveis. Prochaska e DiClemente (1983), com o seu modelo transteórico de mudança, fornecem um quadro de referência para compreender e apoiar o processo de alteração de comportamentos, identificando estádios como a pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. A integração deste modelo nas intervenções realizadas contribuiu para um acompanhamento mais ajustado às fases motivacionais de cada pessoa.

No último ensino clínico, a integração numa equipa comunitária de saúde mental implicou um enfoque no trabalho em rede, na articulação interinstitucional e na continuidade de cuidados. O paradigma da reabilitação psicossocial, amplamente defendido por Anthony (1993), orientou a prática para a promoção da autonomia, da participação social e da qualidade de vida das pessoas com doença mental grave, valorizando a esperança como elemento central no processo de recuperação (Davidson et al., 2003). A promoção da esperança, enquanto foco de atenção em enfermagem, tem sido reconhecida como um fator protetor e promotor de saúde mental. Snyder (1994) descrevem a esperança como a capacidade de estabelecer objetivos, desenvolvendo caminhos para os alcançar e mantendo a motivação para os perseguir, mesmo perante adversidades.

A reflexão sobre o percurso desenvolvido nos três ensinos clínicos assumiu um exercício estruturante para a integração das aprendizagens e do desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo de todo este percurso, várias foram as vezes que se recorreu ao ciclo de Gibbs (1988), que propõe um ciclo reflexivo iniciado com a descrição da experiência, seguido da expressão de sentimentos, avaliação positiva e negativa, análise crítica, conclusão e, por fim, plano de ação. Este modelo, amplamente utilizado na formação em enfermagem, permite que o estudante organize de forma sistemática o seu pensamento, transformando a experiência em conhecimento e em melhoria da prática futura.

A adoção de modelos teóricos de enfermagem constitui outro elemento essencial no processo formativo. No campo da saúde mental e psiquiátrica, autores como Hildegard Peplau (1991) destacam a importância da relação enfermeiro-pessoa como instrumento terapêutico, sublinhando a comunicação, a empatia e o respeito mútuo como fundamentos para a intervenção eficaz. Jean Watson (2001), com a sua teoria do cuidado humano, também reforça que a prática de enfermagem deve assentar em relações transpessoais, integrando o cuidado físico, emocional e espiritual, adquirindo um significado absoluto nos cuidados prestados à pessoa com doença mental.

A investigação, enquanto componente fundamental da prática especializada, constitui um papel preponderante na melhoria da qualidade dos cuidados. A realização de um projeto de investigação durante a realização do mestrado foi promotora do pensamento crítico e da capacidade de resolução de problemas, contribuindo para a consolidação de competências de mestre em enfermagem, nomeadamente a capacidade de conceber, implementar e avaliar práticas diferenciadoras. Polit e Beck (2019) referem que a investigação em enfermagem é essencial para a criação de conhecimento que oriente a prática e para garantir que as intervenções sejam eficazes, seguras e ajustadas às necessidades dos utentes.

No presente relatório, o projeto de investigação, desenvolvido em contexto hospitalar no serviço de medicina onde desempenhei funções, teve por objetivo contribuir para o desenvolvimento e inovação na prática de enfermagem de saúde mental. Teve como propósito identificar uma necessidade de melhoria nos cuidados prestados, formular uma intervenção sustentada na evidência e avaliar o seu impacto. Este processo seguiu as etapas do método científico, incluindo a definição do problema, a revisão da literatura, a implementação da intervenção e a análise dos resultados, tal como proposto por Deming (1986).

A investigação realizada ao longo deste percurso procurou responder às questões e aos problemas encontrados na prática clínica. Melnyk e Fineout-Overholt (2019) destacam que a prática baseada na evidência segue um processo estruturado que inclui a formulação de perguntas, a pesquisa e avaliação crítica da evidência, a aplicação dos resultados à prática e a avaliação dos resultados.

A melhoria contínua da qualidade, outro eixo relevante para a prática profissional, permitiu, no decorrer deste percurso, socorrer-me da mesma não só no projeto de investigação desenvolvido, mas também nas intervenções aplicadas no decurso de todo o ensino clínico, uma vez que a utilização desta metodologia permitiu não apenas medir o impacto imediato da intervenção, mas também propor estratégias de manutenção e disseminação de boas práticas.

Em todos os contextos onde foi desenvolvida a prática clínica, a preservação do sigilo e da confidencialidade foram assegurados, respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009) e a legislação em vigor sobre proteção de dados pessoais. A dimensão ética foi transversal ao longo de todo o percurso formativo. O Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009) estabelece que a prática deve ser pautada pelo respeito pela dignidade humana, pelo consentimento informado, pela confidencialidade e pela defesa dos direitos das pessoas. Estes princípios foram observados em todas as interações, garantindo que o cuidado fosse prestado de forma ética, segura e centrada na pessoa.

Outro elemento fundamental ao longo de todos os ensinamentos clínicos foi a interdisciplinaridade. A articulação com outros profissionais, tais como médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais de saúde, permitiu uma abordagem integrada das necessidades das pessoas, potenciando resultados mais eficazes e duradouros. Como refere World Health Organization (WHO) (2001), os sistemas de saúde mental devem basear-se em redes de cuidados coordenados, envolvendo diversos tipos de intervenção e privilegiando o trabalho em equipa.

A estrutura do presente trabalho subdivide-se por três partes, promovendo a articulação entre a prática clínica, a reflexão e a investigação. A primeira parte apresenta os contextos de prática especializada, permitindo compreender o enquadramento organizacional e populacional onde se desenvolveram as atividades. A segunda parte consiste na análise crítica e reflexiva, evidenciando as competências adquiridas e os desafios colocados. A terceira parte descreve o projeto de investigação, demonstrando a aplicação da metodologia científica para responder a um problema concreto da prática.

A elaboração do presente relatório procura refletir um percurso de aprendizagem, integrando uma prática clínica supervisionada e tutelada. O processo de reflexão aliado ao processo de investigação culmina no desenvolvimento e aquisição de competências para a atribuição do título de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ao longo deste processo, a adaptação a diferentes contextos e a aplicação de referenciais teóricos e metodológicos foram elementos determinantes para a consolidação de uma prática centrada na pessoa do utente e orientada para a obtenção de ganhos em saúde mental.

## 1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM

De modo a contextualizar as atividades desenvolvidas ao longo dos ensinos clínicos, irá de seguida ser caracterizado os contextos onde a prática clínica da estudante foi desenvolvida, nomeadamente numa unidade de internamento de psiquiatria, num centro de respostas integradas na área dos comportamentos aditivos e dependências e, por último, numa equipa comunitária de saúde mental.

### 1.1. ENSINO CLÍNICO I – INTERNAMENTO DE AGUDOS

O presente serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que é composta por Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Assistente Administrativa, Psiquiatras e Assistente Social, contando ainda com o apoio, sempre que solicitado, de uma Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Psicólogo. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013) sugere que as equipas multidisciplinares devem ser compostas por profissionais de diferentes áreas garantindo uma abordagem holística e integrada nas necessidades da pessoa com doença mental. Barker (2009) destaca que esta diversidade de papéis favorece a compreensão global da experiência da pessoa alvo de cuidados, permitindo intervir em diversas dimensões – biológica, psicológica e social, de forma ajustada e coordenada.

Sempre que necessário, os utentes podem ser referenciados a outras especialidades médicas. A articulação entre diferentes áreas médicas é fundamental para a continuidade e eficácia dos cuidados (Thornicroft & Tansella, 2004), permitindo uma gestão integrada das comorbilidades e maior sustentação e adequação da resposta clínica.

A equipa de enfermagem é composta por um enfermeiro gestor, duas enfermeiras especialistas (uma em Saúde Mental e outra em Reabilitação) e os restantes elementos são enfermeiros generalistas. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011), possui competências específicas para a avaliação, planeamento e implementação de intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e socioterapêuticas, adoptando a relação terapêutica como um instrumento principal de intervenção (Peplau, 1991). McCormack e McCance (2017) acrescentam que a prática centrada na pessoa implica reconhecer valores, preferências e contexto de vida, ser promotores de parceria e decisão partilhada.

O serviço tem capacidade para trinta utentes, que se distribuem por três unidades, sendo que uma delas, com uma capacidade mais reduzida, encontra-se dirigida para utentes com sintomatologia mais ativa e que requerem maior vigilância. A organização física com áreas

diferenciadas de acordo com a gravidade clínica é preconizada pelas orientações nacionais de segurança em saúde mental (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017), permitindo adequar a supervisão e reduzir riscos.

No serviço encontram-se ainda quartos de contenção ambiental. Segundo a DGS (2017) e a Lei n.º 35/2023, a utilização de contenção ambiental deve ser excecional, justificando-se clinicamente, por tempo limitado e substituída por medidas menos restritivas sempre que exequível. Estratégias de prevenção e de-escalation, como as descritas por Stubbe (2020), devem ser privilegiadas por forma a minimizar a necessidade de medidas coactivas.

No que toca a espaços físicos, encontram-se duas salas de trabalho de enfermagem, sala de atividades dos utentes, refeitório, copa, gabinete do enfermeiro gestor, sala de reuniões, gabinete médico e da assistente social. O serviço dispõe ainda de um pátio interior com acesso ao exterior. Ulrich et al. (2008) mostraram que ambientes terapêuticos com acesso à luz natural, espaços verdes e áreas de socialização auxiliam a recuperação, reduzem o stress e tendem a melhorar o bem-estar global dos utentes. Barker (2009) acrescenta que espaços destinados a atividades terapêuticas estimulam o envolvimento e a responsabilização do utente no seu processo de recuperação.

No que toca às patologias, são diversificadas, podendo identificar-se todas as que se encontram descritas na literatura. As perturbações psicóticas, do humor, de ansiedade e de personalidade são frequentemente observadas, muitas vezes associadas a comorbilidades físicas e contextos sociais hostis (Keltner et al., 2007). Anthony (1993) defende que, para além da estabilidade clínica, é essencial promover a reabilitação psicossocial, com foco no treino de competências, reforço da autonomia e integração comunitária.

O serviço integra a rede de saúde mental, tendo como principal fonte de internamento a referenciação a partir do serviço de urgência psiquiátrica. No entanto, poderão ser encaminhados de outras urgências psiquiátricas ou de consultas externas de psiquiatria. A WHO (2005) salienta que a articulação entre serviços e diferentes níveis de cuidados é basilar para assegurar a continuidade de cuidados evitando falhas no acompanhamento. Thornicroft e Tansella (2004) reforçam que sistemas adaptados são mais eficientes e de maior capacidade de resposta às necessidades populacionais.

Quanto à área geográfica abrangente, o presente serviço de internamento recebe utentes de vários pontos do país, o que implica desafios adicionais na gestão de recursos e na articulação com os serviços de origem, tendo especial enfoque na área metropolitana de Lisboa. Esta dispersão geográfica exige uma comunicação estruturada, conforme preconizado pela DGS (2017), para garantir transferências seguras e eficazes.

No momento da alta, os utentes podem regressar ao seu domicílio na companhia das suas famílias, ser reintegrados noutras valências, como hospital de dia ou unidades de reabilitação, ou encaminhados para instituições externas, garantindo a continuidade de cuidados. O conceito de *recovery*, defendido por Anthony (1993), garante a importância do envolvimento do utente na construção do seu projeto de vida pós-internamento, articulando recursos clínicos, sociais e comunitários.

As atividades terapêuticas incluem grupos psicoeducacionais, treino de competências sociais, sessões individuais e momentos de convívio estruturado. De acordo com Gray et al. (2002) demonstram que intervenções psicoeducacionais e treino de competências reduzem recaídas e melhoram a adesão ao tratamento. Kabat-Zinn (1990) demonstrou a eficácia do *mindfulness* e de técnicas de relaxamento na redução da ansiedade e no aumento da autorregulação emocional, sendo estas estratégias recomendadas em contextos de internamento.

Do ponto de vista ético, a prestação de cuidados deve obedecer aos princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça (Beauchamp & Childress, 2019), abonando o respeito pela dignidade humana mesmo em situações de elevada contenção. As medidas restritivas só devem ser utilizadas como último recurso, após esgotadas alternativas menos invasivas, e sempre sob monitorização clínica rigorosa.

Os recursos humanos disponíveis, são em alguns momentos limitados, persistindo desafios relacionados com a adequação do número de profissionais, a variedade e frequência de atividades terapêuticas e a articulação pós-alta. Promover o aumento da equipa, diligenciar, melhorar e diversificar as intervenções e reforçar a ligação à comunidade deverão ser aspetos essenciais para melhorar a resposta. Davidson (2016) lembra que a recuperação é um processo contínuo que requer apoio sustentado, não se esgotando no período de internamento.

Outro aspeto a considerar prende-se com a avaliação contínua da qualidade e segurança dos cuidados, que não se verifica no referido serviço de internamento. A utilização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, como os definidos pela Classificação de Resultados de Enfermagem (Moorhead et al., 2018), permite monitorizar a eficácia das intervenções e orientar melhorias. A Joint Commission International (2010) recomenda auditorias clínicas e formação contínua como estratégias para assegurar padrões elevados de qualidade e segurança.

## 1.2. ENSINO CLÍNICO II – SERVIÇO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

O Centro de Respostas Integradas (CRI) é um serviço que se distingue no tratamento das dependências, enquadrando-se no sistema nacional de saúde, integrado nas orientações

nacionais para os comportamentos aditivos. A sua missão consiste no tratamento e acompanhamento de pessoas com uma dependência, seja uma patologia relacionada com o uso de substâncias, como álcool e drogas, bem como de outras dependências comportamentais, como o jogo patológico. É comum a presença de comorbilidades psiquiátricas, nomeadamente depressão, perturbação de ansiedade e perturbação de personalidade, bem como problemas de saúde física associados, incluindo infeções como VIH e hepatite C. A Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2010) recomenda que estes serviços adotem uma abordagem biopsicossocial, afirmando que a intervenção abrange dimensões clínicas, psicológicas e sociais. De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA], 2017), a recuperação implica não só a abstinência, mas também a reintegração social, a segurança habitacional e a melhoria das condições de vida. Estas condições exigem cuidados integrados e particularizados, que respondam tanto às necessidades clínicas como às sociais e familiares, já que a marginalização e o estigma constituem barreiras significativas à recuperação.

O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar formada por enfermeiros generalistas e especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (um com funções de gestão), psiquiatras, assistente social, psicóloga, técnico de reinserção social, assistentes técnicas, um segurança e uma profissional de limpeza. A diversidade da equipa está em acordo com as orientações internacionais que apontam a multidisciplinaridade como chave para um plano terapêutico inclusivo (McLellan et al., 2000). O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), tem um papel central na avaliação clínica, implementação de intervenções psicoterapêuticas breves, promoção da motivação para a mudança e coordenação de cuidados. A teoria de Peplau (1991) realça a importância da relação terapêutica no processo de reabilitação da pessoa com doença mental.

O trabalho da equipa pauta-se pela articulação entre os diferentes profissionais, numa lógica de partilha de informação adequada e ajustada para a definição de objetivos e estratégias terapêuticas. Embora o método de trabalho não esteja explicitamente designado, observa-se um modelo de gestão de caso, no qual um terapeuta de referência acompanha todo o percurso terapêutico do utente, garantindo continuidade e coerência (Vanderplasschen et al., 2007).

O CRI presta cuidados especializados que vão desde a intervenção em crise e aconselhamento motivacional até à implementação de programas estruturados de tratamento. Um dos programas com maior expressão é a terapêutica de substituição opioide, com cloridrato de metadona e buprenorfina, destinada a utentes que se encontram em programas de substituição de opioides. A evidência mostra que este tipo de programas diminuiu o

consumo ilícito, melhoram a saúde física e mental, e conseqüente redução dos comportamentos de risco, como a partilha de material de consumo (Mattick et al, 2009).

O serviço também desenvolve ações de prevenção em contexto escolar, comunitário e laboral, promovendo campanhas de sensibilização sobre os riscos das dependências e a importância do tratamento precoce. O UNODC (2015) classifica a prevenção universal, seletiva e indicada como estratégias eficazes para reduzir novos casos e atrasar a iniciação do consumo. Programas educativos precoces explicam o impacto na alteração de comportamentos de risco (Cuijpers, 2003), contribuindo para um aumento do conhecimento e consciencialização.

Em termos de regras e dinâmicas, observa-se que cada utente é acompanhado por um terapeuta que funciona como terapeuta de referência, responsável pela negociação do seu projeto terapêutico e pelo seu acompanhamento. A individualização do seguimento, permite construir relações terapêuticas consistentes, que segundo Simpson (2004) são um preditor de adesão e sucesso terapêutico. No entanto, algumas limitações podem ser apontadas, particularmente a ausência de atividades terapêuticas estruturadas diárias para todos os utentes, o que poderia potenciar competências sociais e ocupacionais. A WHO (2010) e Davidson (2016) defendem que a promoção de atividades significativas e de participação comunitária aumenta as probabilidades de manutenção da recuperação a longo prazo.

O CRI desenvolve o seu trabalho em articulação com outras unidades de saúde, como hospitais e centros de saúde, bem como com organizações não governamentais, segurança social e organismos judiciais. A WHO (2010) reforça que esta articulação interinstitucional é fundamental para uma resposta adaptada, permitindo que problemas clínicos, sociais e legais sejam expostos de forma organizada.

Na ótica da estudante, o serviço cumpre um papel essencial na resposta às necessidades da população com comportamentos aditivos, proporcionando cuidados especializados e integrados. Contudo, a limitação de recursos humanos, pode delimitar a capacidade de resposta e a implementação de intervenções mais diversificadas. Seria benéfico reforçar as equipas e investir no desenvolvimento de programas de reabilitação ocupacional e comunitária, além de ampliar as ações de prevenção. Estas melhorias iriam ao encontro das recomendações internacionais de que a recuperação deve ser apoiada por uma rede sólida de cuidados e oportunidades de participação social (Davidson, 2016).

### 1.3. ENSINO CLÍNICO III – EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL

A equipa comunitária de saúde mental foi constituída em janeiro de 2023, no âmbito de uma candidatura dos fundos PRR, destinados aos cuidados comunitários de saúde mental.

Encontra-se instalada num espaço adaptado para a sua atividade, constituído por quatro gabinetes, uma sala de enfermagem, uma sala de espera, receção, e instalações sanitárias para profissionais e utentes. A proximidade física e a adaptação dos espaços de intervenção são apontadas pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2025) como fatores que amplificam a acessibilidade, melhoram a relação terapêutica e auxiliam o desenvolvimento de intervenções comunitárias centradas no utente.

Integrada num departamento de psiquiatria, a equipa é composta por três enfermeiros (dois deles especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria), um terapeuta ocupacional, um assistente social, uma psicóloga e um psiquiatra que também assume funções de coordenação. A diversidade multidisciplinar e a presença de enfermeiros especialistas refletem as recomendações internacionais que defendem equipas pluridisciplinares para responder à complexidade das necessidades em saúde mental, associando intervenções clínicas, psicossociais e comunitárias (Thornicroft & Tansella, 2004; McLellan et al., 2000).

A Equipa Comunitária de Saúde Mental tem como principais objetivos assegurar cuidados especializados de saúde mental junto da comunidade, aliando a proximidade à diferenciação técnica, aumentando a acessibilidade, promovendo a continuidade de cuidados e facilitando a recuperação e a integração familiar e social das pessoas com problemas de saúde mental. Segundo a WHO (2013), os cuidados comunitários devem garantir que as pessoas ficam no seu meio natural sempre que possível, recebendo apoio estruturado por forma a manter a sua autonomia, prevenindo internamentos desnecessários.

A sua atuação está alinhada com o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), que preconiza a descentralização dos serviços e a integração dos cuidados na comunidade, priorizando a promoção da saúde mental, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento especializado e reabilitação psicossocial (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Outro objetivo essencial da equipa é a articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e com parceiros institucionais e comunitários, como autarquias, organizações da sociedade civil e associações de familiares e utentes. A coordenação entre setores é considerada pela WHO (2010) como uma prática favorável, permitindo a majoração dos recursos e oferecer respostas estruturadas, respondendo não só às necessidades clínicas, mas também às dimensões sociais e económicas associadas à doença mental grave.

Enquanto equipa descentralizada, presta cuidados a utentes de vários concelhos, implicando deslocações semanais para consultas em centros de saúde locais e visitas domiciliárias. Este modelo itinerante está em linha com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005) para serviços de saúde mental sedeados na comunidade, que indicam que uma proximidade física e cultural aumentando a adesão e melhoria dos resultados clínicos.

São elegíveis para acompanhamento pela equipa os utentes com Doença Mental Grave (DMG), segundo os critérios de Leona Bachrach (1988), que incluem diagnóstico de perturbação mental grave e prolongada (ex.: esquizofrenia, perturbação esquizoafetiva, perturbação bipolar), duração mínima de dois anos e impacto significativo no funcionamento social, familiar e ocupacional. Estes utentes apresentam frequentemente necessidades complexas e crónicas que exigem acompanhamento persistente, apoio familiar e intervenção multidimensional (Slade et al., 2014).

Todos os utentes têm um terapeuta de referência atribuído após discussão do caso clínico, considerando as necessidades identificadas e as competências dos elementos da equipa. Este modelo de gestão de caso visa assegurar a continuidade e a personalização dos cuidados (Vanderplassen et al., 2007), sendo reconhecido pela literatura como promotor de melhores resultados terapêuticos e maior satisfação dos utentes (Simpson, 2004).

O funcionamento semanal da equipa está organizado de forma flexível, ajustando-se às necessidades identificadas em reunião clínica. Nos dias de consulta descentralizada, combinam-se atendimentos em gabinete com visitas domiciliárias. As consultas podem ser multidisciplinares ou individuais, consoante avaliação partilhada entre equipa e utente, resultando na elaboração de um Plano Individual de Cuidados (PIC), revisto a cada seis meses ou sempre que necessário. A utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para formular diagnósticos e intervenções garante padronização e rigor científico, conforme recomendado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2019).

As visitas domiciliárias têm como objetivo monitorizar o estado de saúde do utente e sua família no seu contexto ambiental, identificar necessidades e apoiar a gestão do quotidiano. Incluem ainda acompanhamento de utentes com maior grau de dependência ou em situação de carência económica. A presença de pelo menos dois técnicos em cada visita está em linha com recomendações de segurança e com a importância da observação partilhada para uma avaliação mais completa (WHO, 2005).

Além da intervenção individual e familiar, a equipa dinamiza dois grupos terapêuticos. O “Cuido de Mim” é um programa estruturado de 16 sessões, com enfoque em estilos de vida saudáveis e integração nas atividades de vida diária, mantendo coerência com intervenções psicoeducacionais que a literatura identifica como promotoras de adesão e autocuidado (Mueser et al., 2002). O “Movimento”, de carácter psicoterapêutico e com duração anual, aborda temas como estigma, literacia em saúde mental e crenças, sendo aberto a familiares. Este tipo de grupo, ao envolver familiares, reforça a rede de suporte e contribui para a redução do isolamento social (Pitschel-Walz et al., 2001).

Semanalmente, a equipa participa em reunião geral do departamento de psiquiatria, presencial ou à distância, para discussão de casos clínicos, partilha de conhecimento e atualização profissional. Esta prática favorece a aprendizagem contínua e a homogeneidade de critérios clínicos, tal como preconizado por Thornicroft e Tansella (2004).

Apesar dos benefícios evidentes do modelo comunitário, a limitação de recursos humanos pode comprometer a capacidade de resposta, sobretudo em áreas mais dispersas geograficamente. Seria desejável o reforço da equipa com mais profissionais, bem como o alargamento das atividades de reabilitação psicossocial e integração comunitária. A literatura enfatiza que uma rede comunitária robusta e sustentada é determinante para prevenir recaídas e promover recuperação a longo prazo (Davidson, 2016).

## 2. ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Ao longo do presente capítulo irá ser realizada uma análise de âmbito crítico às atividades desenvolvidas ao longo dos três Ensinos Clínicos, com início em abril de 2024 e fim a janeiro de 2025.

Para o desenvolvimento desta análise crítica, serão consideradas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental como referência fundamental para avaliação das atividades realizadas. (Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 515/2018).

### 2.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Segundo o Regulamento 140/2019, entende-se por enfermeiro especialista o profissional a quem se reconhecem competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas da especialidade em enfermagem. De acordo com o artigo 3.º do presente regulamento, as competências comuns aos enfermeiros especialistas são tidas como as competências partilhadas por todos, independentemente da sua área de especialidade. Estas são demonstradas através de uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como através do suporte ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (Regulamento 140/2019)

São quatro os domínios de competências comuns, nomeadamente responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais. (Regulamento 140/2019)

No decorrer da prática profissional os enfermeiros são diariamente confrontados com questões relacionadas com a responsabilidade profissional, ética e legal, sendo necessário o desenvolvimento desta competência para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados. As competências deste domínio visam desenvolver uma prática profissional alinhada com os princípios ético-legais e deontologia profissional, garantindo o respeito pelos direitos dos utentes. (DL n.º 161/96 - REPE; Código Deontológico, Ordem dos Enfermeiros, 2009)

A melhoria contínua da qualidade é uma ação prioritária, fundamental para assegurar que os cuidados de saúde se pautem por elevados padrões de segurança e eficácia. (Ordem dos Enfermeiros, 2001)

O domínio da gestão de cuidados envolve o papel do enfermeiro especialista como um profissional de referência, tanto para a sua equipa como na articulação com outros

profissionais de saúde. Otimiza a resposta da equipa e ajusta a liderança e a gestão dos recursos visando a garantia da qualidade dos cuidados. (Regulamento 140/2019)

Relativamente ao domínio da competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente a competência relacionada com o desenvolvimento do autoconhecimento, é sem dúvida muito desafiante. Ter consciência de si, mantendo o desenvolvimento do processo de autoconhecimento e da assertividade, através de uma prática baseada na evidência, permite fomentar a capacidade crítica face às situações e ao quotidiano onde o profissional está inserido. (Stuart & Laraia, 2001; Gibbs, 1988; Fritzen, 1978; Keltner et al., 2007)

### 2.1.1. RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

As competências deste domínio visam desenvolver uma prática profissional alinhada com os princípios ético-legais e deontologia profissional, garantindo o respeito pelos direitos dos utentes. Para tal, é essencial que o enfermeiro especialista esteja consciente da legislação que regulamenta a profissão, assim como das normas institucionais. É imperativo garantir que toda e qualquer prática respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, promovendo uma cultura de segurança e respeito. Segundo a Organização Mundial da Saúde WHO, 2013), a proteção destes direitos é fundamental nos serviços de saúde mental, sendo o enfermeiro especialista um agente-chave na prevenção de abusos, promoção da dignidade e defesa dos interesses do utente. A legislação nacional, nomeadamente a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) e o Regime Jurídico do Internamento Compulsivo (Lei n.º 35/2023), reforça a obrigação de garantir cuidados eticamente fundamentados e respeitadores da pessoa.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, o respeito pelas pessoas a quem foram prestados cuidados e pelo grupo foi sempre privilegiado, sendo essencial para a construção de uma relação terapêutica, garantindo a ausência de toda e qualquer forma de discriminação, salvaguardando os direitos da pessoa, visando a melhoria da sua qualidade de vida, conforme as diretrizes do Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009). As situações que vivenciei ao longo do ensino clínico exigiram da minha pessoa uma prática ponderada e refletida, que concorrem paralelamente com as minhas experiências de vida, valores e crenças.

Beauchamp e Childress (2019) sublinham que a prática clínica eticamente correta exige a aplicação consistente dos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, independentemente do contexto ou das limitações institucionais. O comportamento moral do

enfermeiro, de acordo com Townsend (2011), resulta de um pensamento crítico acerca da pessoa do outro, respeitando a autonomia, liberdade, justiça, honestidade e confidencialidade. Remetemo-nos então aos princípios éticos fundamentais que regem a prática diária do enfermeiro, nomeadamente a autonomia, beneficência, não maleficência, verdade e justiça. Durante o ensino clínico, o respeito pela individualidade, autonomia e liberdade do outro esteve sempre presente. Respeitar o ser humano é acreditar na sua unicidade e potencial para aprender a viver de forma satisfatória (Lazure, 1994).

Mesmo em contextos onde a autonomia está parcialmente comprometida, como nos internamentos involuntários, a literatura defende que o utente deve manter o maior grau possível de participação nas decisões que lhe dizem respeito (Davidson, 2016; WHO, 2013). A minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental procurou oferecer à pessoa cuidada ferramentas para se descobrir e/ou reconhecer nos seus próprios recursos. Realizei diversas entrevistas de enfermagem, onde em conjunto com o utente identificámos os seus problemas, dúvidas e receios, capacitando a pessoa alvo de cuidados, destacando em si a capacidade de resolução dos seus problemas, destacando e envolvendo a família sempre que possível, mantendo sempre uma postura de verdade e integridade. A minha abordagem passou sempre pela minha apresentação pessoal, seguida do consentimento do utente para o desenvolvimento das intervenções planeadas.

De acordo com a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS (Lei n.º 15/2014), a prestação de cuidados pressupõe um consentimento informado livre e esclarecido, obtido através de linguagem adaptada à compreensão do utente (WHO, 2015). As informações obtidas acerca da história clínica, antecedentes pessoais, história familiar e motivo de internamento, foram recolhidas através do contacto com os utentes, processo clínico eletrónico e entrevistas informais com as famílias. O consentimento informado, segundo a OE (2009), é a autorização da pessoa para receber cuidados propostos, após compreensão do que se pretende fazer, como, porquê e qual o resultado esperado.

No decorrer do ensino clínico que decorreu no serviço de internamento (Ensino Clínico I), nem sempre foi possível garantir o princípio da autonomia, uma vez que muitos utentes estão internados de forma involuntária, estando estes internamentos regulados ao abrigo do Lei 35/2023, de 21 de julho, em concreto o n.º 1 do artigo 15.º, que evidencia os pressupostos e princípios gerais do tratamento involuntário, nomeadamente a existência de doença mental, recusa mediante o tratamento proposto, perigo para o próprio e para terceiros. Só é possível ser invocado se for a única forma para garantir um tratamento adequado, minimizando os riscos e os danos que possam advir da ausência do mesmo. Nestes casos, embora a liberdade física seja limitada, a autonomia relacional e a liberdade de expressão devem ser

preservadas através do envolvimento do utente nas decisões e da oferta de atividades terapêuticas significativas (Thornicroft et al., 2016; WHO, 2021).

Ao longo do Ensino Clínico I, os internamentos involuntários foram uma constante, remetendo-me ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Esteve presente em mim a necessidade de reflexão acerca do estigma criado em torno da doença mental, sendo esta uma área privilegiada de intervenção do enfermeiro especialista em saúde mental. A doença mental, historicamente interpretada de diversas formas, ainda resulta em segregação (Spadini & Souza, 2006). O estigma impede em muitas situações uma vida social e laboral adequada aos doentes, levando ao autoestigma (Gonçalves et al., 2018).

Cabe ao enfermeiro especialista quebrar esse estigma, através de intervenções de psicoeducação e promoção da aceitação da pessoa com doença mental. Ao longo do ensino clínico procurei, junto da equipa de enfermagem, pontuar a necessidade de igualdade entre os pares, sejam eles profissionais ou os utentes. Desenvolvi atividades ocupacionais terapêuticas de natureza socioterapêutica, como o treino de competências sociais e atividades de grupo, que ajudaram a desmistificar ideias acerca da doença mental, promovendo a aceitação e evitando a discriminação. Nos contextos voluntários, onde os utentes não se encontram privados da sua liberdade física, estas estratégias mostraram-se ainda mais eficazes, pois a autonomia na gestão do tratamento e na participação social é mais facilmente exercida, resultando em melhores indicadores de recuperação e satisfação com os cuidados (Corrigan et al., 2012; Davidson, 2016).

A minha intervenção foi ainda norteadada pela centralidade da relação interpessoal entre a minha pessoa, enquanto futura enfermeira especialista, a pessoa do utente e/ou grupo de utentes, suas famílias e a comunidade em geral. A prestação de cuidados exige da minha pessoa sensibilidade e respeito pelos valores do outro, pelas suas crenças, desejos, resultantes das suas condições de vida e desenvolvimento.

Stuart e Laraia (2001) lembram-nos da importância de questionar constantemente se as nossas intervenções são orientadas para promover o bem-estar do utente ou para responder às normas socialmente e politicamente aceites. Confrontei-me com dilemas éticos como a liberdade de escolha, o ajudar vs impor valores, o equilíbrio entre o foco na manutenção de um tratamento e a prevenção do mesmo com base na mudança de comportamentos. Validei sempre as minhas intervenções com os enfermeiros orientadores, assim como com a restante equipa, nomeadamente o direito a recusar o tratamento e o consentimento informado, assegurando a autonomia e dignidade dos utentes. De acordo com Beauchamp e Childress (2019), qualquer restrição à liberdade deve ser eticamente justificada, proporcional ao risco identificado e a menor possível para salvaguardar a dignidade da pessoa.

Assisti a intervenções de outros profissionais e participei em reuniões multidisciplinares, o que enriqueceu a minha prática e aumentou a consciência ética e legal das minhas ações enquanto futura especialista. No domínio da relação terapêutica, respeitei sempre os limites e fronteiras profissionais, conforme recomendado por Stuart e Laraia (2001), mantendo uma postura empática, mas sem comprometer a distância terapêutica necessária. Assumi uma escuta ativa e validativa das emoções do utente, preservando a sua identidade e direito à confidencialidade.

Durante os ensinamentos clínicos, confrontei-me com situações que despertaram em mim sentimentos de desconforto ético, como por exemplo a discussão em equipa sobre prazos de expulsão dos utentes da instituição. Estes episódios levaram-me a refletir sobre a forma como os profissionais podem, por vezes, assumir posições de poder desproporcionado, desconsiderando as necessidades e vulnerabilidades das pessoas com doença mental. Esta reflexão encontra-se registada nas minhas notas de campo e foi objeto de análise crítica à luz dos princípios da prática ética e humanizada.

A minha prática esteve sempre orientada pelos valores da empatia, verdade, justiça e respeito. Este compromisso ético refletiu-se em todas as minhas intervenções, desde as mais técnicas às mais relacionais, desde o momento da entrevista até à promoção da autonomia nas atividades terapêuticas. O princípio do respeito pela pessoa foi o alicerce da minha atuação, mesmo nos momentos em que a estrutura institucional ou as rotinas podiam colocar isso em causa.

Por fim, acredito que o desenvolvimento da competência da responsabilidade profissional, ética e legal não se esgota na aplicação de normas e regulamentos, mas sim numa postura contínua de autorreflexão, abertura ao outro e compromisso com a melhoria da prática. Ao longo deste percurso, consolidei uma visão crítica e ética do cuidado, fortalecendo o meu papel enquanto futura enfermeira especialista capaz de garantir cuidados de excelência, humanos e fundamentados.

### 2.1.2. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A competência da melhoria contínua da qualidade constitui-se como um eixo orientador da prática do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Esta competência implica uma postura crítica e reflexiva, sustentada numa prática ética, científica e centrada na pessoa. Ao longo dos três contextos de ensino clínico procurei desenvolver intervenções que refletissem esta competência, promovendo cuidados individualizados, seguros e ajustados às necessidades da pessoa e do contexto.

Segundo Donabedian (1988), a qualidade em saúde deve ser entendida como um processo integrado, onde a estrutura, o processo e os resultados se articulam para garantir ganhos em saúde. Neste sentido, a melhoria contínua deve estar assente na avaliação global e sistemática e na introdução de mudanças sustentadas por evidência científica (WHO, 2006). Assume-se que a qualidade em saúde é a prestação de cuidados com base em práticas de qualidade, por forma a garantir a segurança dos utentes por forma a ir ao encontro das expectativas dos mesmos. A melhoria contínua da qualidade é um processo dinâmico, sujeito a períodos de avaliação, onde se analisam os objetivos estabelecidos, o seu cumprimento e a eficácia das medidas corretivas implementadas (Campos, 2005).

O Despacho n.º 5613/2015 reforça que este processo deve ser participativo, envolvendo toda a equipa multidisciplinar e os próprios utentes, de forma a promover corresponsabilização e sustentabilidade das mudanças.

No decorrer dos ensinamentos clínicos a fim de desenvolver esta competência procurei desenvolver uma prática centrada na reorganização de estratégias de intervenção terapêutica, assim sendo no Ensino Clínico I desenvolvi junto dos utentes algumas sessões que se inseriam no projeto “Saber melhor para viver”, onde foram abordados temas como a higiene pessoal e a adesão à medicação, com o objetivo de reforçar a literacia em saúde, desmistificar crenças e capacitar os utentes (Stuart & Laraia, 2001). A literacia consiste na capacidade que cada pessoa tem para compreender e usar a informação, por forma a atingir os seus objetivos, desenvolvendo os seus próprios conhecimentos e potencialidades, por forma a participar ativamente na sociedade. Nutbeam (2000) refere que a literacia em saúde é determinante para a promoção da autonomia, para a tomada de decisões informadas e para a redução das desigualdades em saúde. A definição de literacia vai muito mais além da mera capacidade de compreensão e descodificação de textos, no conceito de literacia inclui-se todo um conjunto de capacidades para a resolução de problemas e processamento de informação que um adulto utiliza no seu dia-a-dia.

Tive também a oportunidade de desenvolver sessões de relaxamento com recurso ao *mindfulness*, promovendo a autorregulação emocional, a atenção plena e a redução da ansiedade, os resultados foram apenas observados através das partilhas e verbalizações dos utentes, estes tiveram oportunidade de partilhar que após a sessão dormiram melhor e que se sentiram mais bem-dispostos, ou seja, com melhoria no seu humor. Kabat-Zinn (2003) evidencia que a prática de *mindfulness* em contextos de saúde mental contribui para a diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão, além de melhorar a autorregulação e a qualidade de vida.

Ainda neste contexto, dinamizei atividades socioterapêuticas com enfoque na arteterapia, jardinagem e passeios terapêuticos. Estas atividades visaram promover a expressão

emocional, a autoestima e o sentimento de pertença ao grupo, num ambiente seguro e estruturado. Case e Dalley (2014) salientam que a arteterapia potencia a comunicação não verbal e a reconstrução da identidade, especialmente em contextos de sofrimento psíquico prolongado. Já a horticultura terapêutica, segundo Sempik et al. (2014), estimula competências sociais, promove o bem-estar e facilita a integração comunitária. Propus também melhorias nos registos clínicos de enfermagem, promovendo a clareza e sistematização das observações, com impacto positivo na continuidade e segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Para D’Innocenzo et al (2006), registos estruturados segundo linguagens padronizadas aumentam a qualidade e a segurança dos cuidados, permitindo melhor comunicação interprofissional. A participação em reuniões multidisciplinares permitiu-me elaborar planos de cuidados mais completos, refletindo sobre a aplicação dos mesmos, o que contribuiu para que as intervenções desenvolvidas fossem acima de tudo ajustadas as necessidades dos utentes alvo de cuidados.

No Ensino Clínico II, a prática decorreu em regime ambulatorio, o que exigiu uma abordagem centrada na continuidade de cuidados e na promoção da autonomia dos utentes. Assim e no decorrer das atividades propostas foram desenvolvidos diversos folhetos, que surgiram como suporte a várias das atividades desenvolvidas, nomeadamente folheto sobre a higiene do sono, sobre técnicas de relaxamento, folhetos e poster sobre o álcool utilizado na Feira da Saúde. Segundo Nutbeam (2000), materiais educativos adaptados ao nível de literacia da população aumentam a eficácia das intervenções, reforçando a retenção da informação e a adoção de comportamentos saudáveis.

No Ensino Clínico III procurei manter o desenvolvimento desta competência no que toca ao desenvolvimento de material escrito de suporte aquando da dinamização do grupo terapêutico “Cuido de mim”, onde foram trabalhadas questões relacionadas com alimentação saudável, rastreios, higiene e gestão da medicação. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2017), a promoção de estilos de vida saudáveis em grupos estruturados de educação para a saúde contribui para ganhos sustentados em saúde mental e física, sobretudo em populações vulneráveis.

A integração de cuidados de enfermagem em instituições de apoio a pessoas com deficiência e necessidades permitiu acompanhar os utentes em atividades ocupacionais, observando o seu desempenho, ajustando estratégias e promovendo a continuidade de cuidados. Wilcock (2006) defende que a ocupação significativa é essencial para a saúde e bem-estar, promovendo participação social, sentido de propósito e autoestima.

Estas experiências reforçaram a importância da articulação entre os recursos comunitários e a equipa de saúde mental, assegurando respostas mais eficazes e integradas (Ordem dos Enfermeiros, 2024).

Em suma, ao longo dos diversos contextos de ensino clínico procurei desenvolver esta competência, não só através de materiais textuais/ de suporte, tendo sempre a preocupação de responder às necessidades identificadas, em conjunto com os enfermeiros orientadores em cada um dos campos de estágio. Considero também que revelei preocupação no que diz respeito à manutenção de um ambiente terapêutico securizante em todas as intervenções desenvolvidas. Esta postura vai ao encontro do que refere Berwick (1989), ao afirmar que a melhoria contínua não é um evento pontual, mas um compromisso permanente com a segurança, a eficácia e a humanização dos cuidados.

### 2.1.3. GESTÃO DOS CUIDADOS

Durante o percurso pelos contextos de prática clínica, a competência da gestão de cuidados foi transversal à minha intervenção como futura enfermeira especialista. A gestão de cuidados, enquanto competência comum do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, exige uma postura organizada, fundamentada e cooperativa, que assegure não só a continuidade e segurança dos cuidados prestados, mas também a sua adequação à singularidade de cada pessoa. Segundo Benner et al. (2010), esta competência implica a capacidade de integrar conhecimentos clínicos, liderança e coordenação interprofissional, garantindo uma abordagem centrada na pessoa e orientada para resultados em saúde. Ao longo dos três ensinamentos clínicos desenvolvidos esta competência foi colocada em prática através de diversas intervenções que permitiram uma resposta mais eficaz e adequada às necessidades da pessoa cuidada.

No Ensino Clínico I, a gestão de cuidados traduziu-se na análise crítica das rotinas institucionais e na adaptação das intervenções aos objetivos terapêuticos definidos com o enfermeiro orientador e a restante equipa de enfermagem. A análise crítica das rotinas, segundo Porter-O'Grady e Malloch (2015), é essencial para identificar processos que não acrescentam valor e para promover práticas baseadas na evidência que aumentem a eficiência e a segurança. Participei nas passagens de turno, procurando garantir clareza na informação transmitida para assegurar a continuidade nos cuidados prestados. Tive também a oportunidade de assistir a reuniões multidisciplinares, momento muito relevante, tal como afirma Raine et al. (2015) como fundamental para integrar perspetivas diversas, criar planos terapêuticos partilhados e alinhar prioridades de intervenção.

No Ensino Clínico II, tive a oportunidade de assistir a intervenções desenvolvidas por outros técnicos, o que considero ter sido uma mais-valia, nos cuidados prestados aos utentes, e a forma como estas intervenções se espelhavam nas reuniões multidisciplinares, contribuindo para a construção de planos de cuidados partilhados. A coordenação interprofissional, como

descreve Xyrichis e Lowton (2008), promove um trabalho colaborativo em que cada profissional contribui com o seu saber específico, mas mantendo um objetivo comum — a melhoria do estado de saúde e do bem-estar da pessoa. Esta coordenação permitiu uma atuação mais eficiente e centrada no utente, reforçando a continuidade dos cuidados em contexto de ambulatório. A continuidade de cuidados no ambulatório é uma determinante para a adesão terapêutica e para a prevenção de recaídas em saúde mental (Teixeira, 2023; DGS, 2017).

No Ensino Clínico III, a gestão de cuidados foi particularmente visível na articulação entre os diferentes recursos comunitários e os cuidados domiciliários. Particpei em visitas domiciliárias, onde foram definidas prioridades de acompanhamento e articulação com os restantes membros da equipa, que resultaram em ações conjuntas de intervenção.

A articulação com recursos comunitários, segundo Thornicroft e Tansella (2004), é um elemento primordial da reabilitação psicossocial, permitindo respostas adaptadas que ultrapassam a dimensão clínica e compreendem o contexto social, familiar e ocupacional. As visitas domiciliárias, além de auxiliarem a avaliação em contexto real, diligenciam a construção de uma relação terapêutica mais próxima, adaptada às necessidades e rotinas da pessoa (WHO, 2013).

Em todos os contextos, a gestão de cuidados implicou uma visão integrada da pessoa cuidada, uma capacidade de orientação colaborativa e uma postura proativa na resolução de problemas, sempre em articulação com a equipa multidisciplinar e com foco na qualidade e segurança dos cuidados.

Donabedian (1988) reforça que a qualidade dos cuidados depende não apenas das atuações técnicas, mas também da forma como estas se integram na estrutura e na conjuntura, sendo a gestão de cuidados o elo que une todas as dimensões. Assim, a reflexão contínua sobre as práticas, a adaptação às necessidades emergentes e a integração de recursos disponíveis constituem pilares para uma gestão eficaz e humanizada dos cuidados.

#### 2.1.4. DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

Ao longo dos três ensinamentos clínicos, o domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais foi transversal e estruturante para a consolidação da minha identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Esta aprendizagem foi suportada através de uma reflexão continuada e orientada quer pela professora supervisora, assim como pelos enfermeiros orientadores da prática clínica, e acima de tudo pelos contextos onde os ensinamentos clínicos decorreram, permitindo

assim uma integração progressiva dos saberes teóricos com a experiência concreta vivida junto da pessoa em sofrimento psíquico.

Ao longo do Ensino Clínico II pude verificar que a mesma se deparava diariamente com situações complexas que exigiam um ambiente de trabalho coeso e harmonioso, sendo essencial garantir este equilíbrio para promover um atendimento eficaz junto dos utentes. Optou-se por desenvolver junto da equipa uma sessão de *team building*. Em linha com a literatura, a realização de atividades regulares de *team building*, como destaca Alves (2012), pode melhorar o ambiente de trabalho, aumentar a coesão e a motivação e, conseqüentemente, a produtividade dos profissionais da equipa. Em estudos desenvolvidos por Fleury et al. (2018) e Berent-Braun e Uhlner (2012), os investigadores são consensuais ao afirmar que as equipas de saúde mental, ao integrarem práticas de *team building*, efetuam uma melhor gestão do seu trabalho, revelando maiores índices de satisfação pessoal e profissional. Alguns autores recomendam ainda a associação do *mindfulness*, afirmando que as equipas são envolvidas de uma forma mais holística.

Vários estudos, como o de Goodman et al. (2012), demonstraram que a incorporação de técnicas de *mindfulness*, como *mindfulness eating*, pode melhorar a saúde mental dos profissionais de saúde, tendo relevância na promoção do bem-estar das equipas. Em suma, tanto as atividades de *team building* quanto as práticas de *mindfulness* são estratégias importantes para melhorar o desempenho das equipas de saúde mental. Através destas atividades, os membros podem fortalecer as suas relações interpessoais, desenvolver capacidades de liderança e melhorar a cooperação, aumentando a eficácia e o bem-estar no local de trabalho.

Os objetivos da sessão foram atingidos, e os participantes avaliaram de forma muito positiva. Considero que tenho vindo a desenvolver as minhas competências no que toca ao autoconhecimento, baseando cada vez mais a minha prática em conhecimentos teóricos, o que contribui para uma melhoria da minha prática e ampliação dos meus conhecimentos. O treino de competências na relação com utentes e profissionais, assim como o uso de uma comunicação adequada à literacia da pessoa, permitiu-me ter consciência dos meus limites profissionais e pessoais.

Neste percurso, foi igualmente possível refletir de forma aprofundada sobre impasses terapêuticos, nomeadamente a resistência, a transferência, a contratransferência e as violações de limites. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) e o Regulamento n.º 140/2019, estes fenómenos constituem dimensões críticas na prática especializada, exigindo uma postura autorreflexiva e alinhada com os princípios ético-legais. A resistência pode surgir como comportamentos ou atitudes, conscientes ou não, que dificultam a progressão terapêutica, sendo compreendida, na prática de enfermagem em saúde mental, como uma

tentativa de preservação da integridade do self perante mudanças percebidas como ameaçadoras (Stuart & Laraia, 2001). Nestes casos, o enfermeiro especialista deve adotar uma postura empática, validando a experiência da pessoa e ajustando o ritmo das intervenções. A transferência, definida como a manifestação de sentimentos e expectativas dirigidos ao profissional com base em relações anteriores, pode constituir uma oportunidade para compreender padrões relacionais e reforçar a aliança terapêutica. A contratransferência, por sua vez, corresponde às reações emocionais do enfermeiro perante o utente e requer autorregulação e supervisão clínica, de modo a transformá-la num recurso terapêutico. Já as violações de limites, que podem ocorrer tanto por proximidade excessiva como por distanciamento desproporcionado, são reconhecidas pela OE como riscos que comprometem a segurança da relação e a integridade dos cuidados, exigindo vigilância constante e adesão ao Código Deontológico.

Identificou-se ainda a necessidade de formação, sendo planeada a sessão “Saborear o Agora” com *mindfulness eating* e meditação guiada.

De acordo com John Adair (2006), a liderança eficaz passa pela interdependência entre indivíduo, equipa e tarefa. Este conceito é reforçado pela experiência de Hawthorne (Homans, 1965). Para Clevenger (2007), o *team building* numa equipa de saúde mental adquire um papel ainda mais relevante na comunicação, pertença e resolução de conflitos.

Ao longo deste percurso, as aprendizagens não se limitaram à aquisição técnica, mas estenderam-se à compreensão profunda dos processos emocionais implicados no cuidar, à consciência do impacto da relação terapêutica e à capacidade de adaptação constante às especificidades de cada contexto e de cada pessoa. A supervisão clínica, como referem Hawkins & Shohet (2012), desempenhou aqui um papel decisivo, funcionando como espaço seguro para analisar reações emocionais, prevenir o *burnout* e reforçar competências relacionais (Edwards et al, 2006). A interação com equipas multiprofissionais, a exposição a situações clínicas complexas e a análise crítica das intervenções permitiram desenvolver competências de autorregulação emocional, comunicação empática e fundamentação ética. A supervisão, enquanto espaço formativo, constituiu-se como suporte essencial na identificação dos meus limites e potencialidades, criando oportunidades para refletir, reconstruir e afirmar a minha identidade profissional.

Neste sentido, a transversalidade do domínio revelou-se numa progressiva apropriação dos referenciais teóricos e legais da prática especializada, nomeadamente do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, onde se destacam as competências de autoconhecimento e de fundamentação da prática baseada na evidência, pilares que estruturaram o meu crescimento profissional ao longo dos três estágios clínicos.

Foram diversas as oportunidades para o desenvolvimento da autoconsciência, através da realização de notas de campo, do planeamento das intervenções realizadas e registos pós-intervenção. Em todos estes momentos, tive a oportunidade de refletir conjuntamente com os enfermeiros orientadores acerca da minha prática enquanto enfermeira especialista em saúde mental.

Este domínio encontra-se intimamente relacionado com uma prática clínica especializada e baseada na evidência. As tomadas de decisão em enfermagem são em muitos momentos complexas, necessitando de fundamentação de diversa ordem (científica, ética e sócio-organizacional), pelo que o enfermeiro especialista tem um papel dinamizador do conhecimento dentro da sua área de especialidade. Neste âmbito, ao longo dos ensinamentos clínicos foram promovidas sessões de formação com as equipas onde estive integrada.

A atividade formativa desenvolvida no Ensino Clínico III, centrou-se na promoção da esperança como elemento terapêutico essencial. Esta sessão, teve como objetivos sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da esperança em saúde mental e refletir, enquanto equipa, sobre o impacto que cada profissional pode ter junto dos utentes nesse papel promotor. A esperança, enquanto construto terapêutico, encontra-se associada a ganhos significativos como o bem-estar, o conforto, a qualidade de vida e a resiliência (Querido, 2012), sendo, por isso, um pilar fundamental no trabalho desenvolvido pelas equipas comunitárias.

As dinâmicas realizadas durante a sessão revelaram o compromisso dos profissionais para com um cuidado centrado na pessoa, para além da dimensão técnica. Expressões como “ser um pontinho de luz no meio da escuridão” ou “promover momentos de festa como os aniversários” evidenciaram a valorização da humanização, da empatia e da criação de vínculos afetivos como ferramentas terapêuticas. Neste contexto, os profissionais são chamados a exercer um papel ativo na construção de ambientes seguros, empáticos e promotores de autonomia, recorrendo a competências como a autoeficácia, a comunicação terapêutica e as relações interpessoais (Lopes, 2006).

A realização desta sessão e a participação em momentos formativos ao longo dos três ensinamentos clínicos contribuíram de forma significativa para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica.

## **2.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) desenvolve uma prática clínica diferenciada que assenta em competências específicas que permitem prestar cuidados à pessoa, família e comunidade ao longo do ciclo de vida, numa perspetiva holística, terapêutica, relacional, humanizada e promotora de saúde mental e bem-estar. Estas competências específicas estão enquadradas no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, que define que o EESMP detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, fruto de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, tive oportunidade de desenvolver estas competências através da mobilização do autoconhecimento, da utilização da relação terapêutica enquanto ferramenta de trabalho, e da prestação de cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais. As intervenções realizadas foram planeadas e implementadas com base nas necessidades da pessoa cuidada e respeitando a sua individualidade, procurando sempre uma prática baseada na evidência científica, promovendo o bem-estar, a autonomia e o empoderamento da pessoa e da sua família.

Segue-se uma análise aprofundada das diversas atividades desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos, assim como uma reflexão acerca do percurso e do modo como o mesmo culminou no saber-fazer, saber-estar e saber-ser.

Gostaria de realçar que existem atividades que dão resposta a mais do que uma competência, contudo, por uma questão de organização da informação, a análise será realizada tendo em conta a competência que considere mais adequada para cada atividade.

### **2.2.1. DETÉM UM ELEVADO CONHECIMENTO E CONSCIÊNCIA DE SI ENQUANTO PESSOA E ENFERMEIRO, MERCÊ DE VIVÊNCIAS E PROCESSOS DE AUTOCONHECIMENTO, DESENVOLVIMENTO PESSOAL E PROFISSIONAL;**

Desde muito cedo senti um forte apelo e curiosidade pelo mistério infinito que são as relações humanas, e penso que escolhi ser enfermeira por isso mesmo, uma vez que a enfermagem é uma profissão cuja componente relacional é omnipresente. Ao longo do meu percurso profissional tenho sentido que a dimensão relacional da enfermagem é frequentemente, pouco reconhecida e valorizada. Este relatório procura espelhar o meu percurso de aprendizagem, que esteve longe de ser fácil e linear, mas que foi profundamente gratificante e enriquecedor.

Durante os ensinamentos clínicos procurei desenvolver atividades que me proporcionassem experiências em que aprofundasse o meu conhecimento acerca da relação terapêutica, procurando assim desenvolver a minha capacidade de observação, análise reflexiva e autocrítica; a mesma continua a ser alcançada, redescoberta, reeditada todos os dias, pois o desenvolvimento destas competências não são estanques, carecem de elevado treino. Assim será um caminho que, enquanto enfermeira, aluna e futura especialista, vou continuar a percorrer. A minha prática diária enquanto enfermeira há 16 anos ajuda-me a ter uma visão global do utente, da sua família, e acima de tudo, conhecimento do meu Eu, e das minhas aptidões para ajudar o outro. O ensino clínico ensinou-me a fazê-lo de uma forma mais criteriosa, suscetível e voluptuosa às singularidades escondidas no outro.

Assim, ao longo de todo o ensino clínico mantive diariamente uma observação diferenciada sobre cada utente que tive a oportunidade de acompanhar, quer em contexto de internamento, em consulta de enfermagem, em visita domiciliária ou em grupo terapêutico. Reporto-me a uma observação diferenciada, fazendo alusão ao olhar a componente verbal e não verbal do utente, auscultando as suas necessidades, adotando a sua visão da situação, compreendendo porque em determinado momento algo é diferenciador no seu processo de cuidados.

De acordo com Yalom (2006), a catarse é uma libertação emocional que surge durante o processo terapêutico, proporcionando alívio e promovendo uma maior conexão consigo mesmo e com os outros. Esta libertação é frequentemente facilitada em contextos de grupo, como observado no grupo terapêutico "Cuido de Mim" e no grupo terapêutico "Movimento", onde a partilha de experiências desencadeia momentos de introspeção e alívio emocional. Por outro lado, as intervenções catalíticas, descritas por Heron (2001), incentivam o utente a explorar os seus próprios pensamentos e sentimentos, permitindo que este descubra os recursos internos para enfrentar as suas dificuldades.

Este momento, tal como outros, foram promotores de uma evolução do meu "eu", promotor do desenvolvimento da narrativa acerca das intervenções desenvolvidas e aplicadas, fomentando a auto-consciência e a auto-crítica. Tendo presente a primeira competência específica do EESMP: "detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" (Regulamento n.º 515/2018), sendo estes os profissionais responsáveis pelo acompanhamento permanente dos utentes, torna-se fundamental que cada enfermeiro desenvolva uma capacidade crítica sobre si próprio (Hudak & Gallo, 1997).

A consciência é um estado de conhecimento moral, é uma capacidade de dar, permitindo à pessoa que cuida conciliar-se com o aspeto moral do cuidar. Esta cresce fora da experiência, é inata à pessoa humana. Jean Watson (2001) defende que o conceito de cuidar está

intimamente ligado à enfermagem, abarcando os mecanismos utilizados pelos enfermeiros por forma a harmonizar os cuidados prestados. Para atingir os objetivos de cuidar de outrem, a autora propõe dez fatores: 1) Formação de valores humanísticos e altruístas; 2) Instalação de fé e esperança; 3) Cultivo da sensibilidade consigo e com os outros; 4) Promoção e aceitação da expressão de sentimentos; 5) Uso sistemático do método científico para resolução de problemas; 6) Promoção do ensino e aprendizagem interpessoal; 7) Satisfação das necessidades humanas; 8) Aceitação de forças existenciais; 9) Relação de ajuda e confiança; 10) Provisão de um ambiente de suporte mental, físico e espiritual.

A relação interpessoal entre enfermeiro e utente integra a essência do cuidar, rodeando sentimentos e comportamentos que emergem durante essa interação. Uma compreensão firme e aceitação de si mesmo permite ao enfermeiro reconhecer as suas dificuldades, diferenças e a singularidade de cada pessoa cuidada. Estou seguramente diferente na forma de ser, pensar e agir quando comparativamente ao início desta especialidade, em setembro de 2023.

Ao longo de todo este percurso de ensino clínico, fui desenvolvendo não só competências técnicas e relacionais, mas também uma crescente consciência sobre quem sou enquanto pessoa e profissional. Aprofundei a reflexão sobre o impacto que tenho na relação terapêutica, reconhecendo a importância do autoconhecimento como ferramenta essencial de cuidado em saúde mental. Para consolidar esta reflexão e torná-la mais tangível, recorro agora à Janela de Johari — um modelo que me permitiu organizar e interpretar de forma clara os diferentes níveis de perceção que tenho sobre mim mesma e a forma como sou percecionada pelos outros. Esta ferramenta foi fundamental para aprofundar o meu processo de autoanálise e reforçar a minha identidade enquanto futura enfermeira especialista.

Segundo Townsend (2011), a **Janela de Johari**, desenvolvida por Luft e Ingham em 1955, é uma ferramenta que facilita o processo de autoconhecimento e de desenvolvimento interpessoal, permitindo visualizar como nos percecionamos a nós próprios e como somos percecionados pelos outros. A sua estrutura divide-se em quatro áreas – **aberta**, **cega**, **privado** e **desconhecida** – que representam diferentes dimensões da perceção e da comunicação.

No decorrer do meu percurso no ensino clínico, a aplicação deste modelo revelou-se profundamente útil. Através da autoanálise, da reflexão estruturada (com recurso ao Ciclo de Gibbs) e do feedback recebido pelos enfermeiros orientadores, da professora supervisora e das equipas multidisciplinares onde estive inserida, fui capaz de expandir a minha **área aberta**. Esta área diz respeito ao que é conhecido por mim e pelos outros. Inclui características como a minha capacidade empática, a escuta ativa, a sensibilidade relacional

e a entrega ética ao processo terapêutico – aspetos valorizados tanto por mim como por quem trabalhou comigo.

A **área cega**, composta por aspetos desconhecidos por mim, mas visíveis aos outros, começou a ser desvelada através do feedback. Tomei consciência, por exemplo, da minha tendência para ser demasiado exigente comigo própria, do impacto emocional que absorvo nas interações com os utentes e da rigidez que, por vezes, posso demonstrar ao querer controlar ou proteger o processo terapêutico. Estes pontos foram identificados como oportunidades de crescimento, obrigando-me a aceitar limitações e a moderar a autoexigência, tornando o meu cuidar mais leve e consciente.

Por outro lado, a **área oculta** representa o que sei sobre mim, mas que escolho não partilhar com os outros. Ao longo do estágio, esta área foi gradualmente diminuindo à medida que me fui permitindo expressar medos, dúvidas, angústias e até inseguranças quanto ao meu desempenho ou utilidade em momentos de grande vulnerabilidade emocional – por exemplo, durante as reuniões de equipa, em que se discutiram questões éticas delicadas. A coragem de partilhar estes aspetos interiores foi essencial para fortalecer a relação com os colegas e para humanizar ainda mais a minha prática.

Por fim, a **área desconhecida**, que abrange o que nem eu nem os outros conhecem, começou a revelar-se nas situações mais desafiantes. Momentos como na sessão de *mindfulness eating* que conduzi com a equipa no Ensino Clínico II, ou a relação terapêutica com o Sr. R., em contexto de Programa de Manutenção com Opioides, trouxeram à superfície recursos internos, respostas emocionais e estratégias que desconhecia em mim. Estes episódios mostraram-me o potencial de crescimento que ainda existe e que se desvela com a prática e a reflexão contínua.

Assim, a utilização da Janela de Johari não foi apenas um exercício teórico, mas um verdadeiro instrumento do meu processo de autoconhecimento. Através dela, pude compreender melhor o impacto das minhas ações e emoções na relação terapêutica e na equipa, potenciando uma prática mais consciente, empática e coerente com os princípios da enfermagem em saúde mental (Keltner et al., 2007; Stuart & Laraia, 2001; Peplau, 1991).

Cabe-me agora e num futuro o desenvolvimento destas competências enquanto futura especialista, à luz da teoria e das experiências vivenciadas, através de uma prática reflexiva, tal como mantive ao longo do ensino clínico, onde mobilizei conhecimentos práticos para planear e sustentar as minhas intervenções. Melhorando a minha capacidade de autoanálise, de comunicação, sustentando a capacidade de manutenção de uma relação terapêutica promovendo uma melhoria da saúde mental a quem prestei cuidados.

## 2.2.2. ASSISTE A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE NA OTIMIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL;

De acordo com o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em Saúde Mental desempenha um papel fundamental na promoção e proteção da saúde mental, abrangendo fatores individuais, familiares e sociais, ao longo de todo o ciclo vital (Lehtinen, 2008). Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), a saúde mental é entendida como um estado de bem-estar em que a pessoa reconhece as suas capacidades, consegue lidar com os fatores de stress normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade, sendo esta visão alinhada com a perspetiva de Anthony (1993), que associa o Recovery à redescoberta de um sentido de vida mesmo perante a doença. Compete ao enfermeiro especialista em saúde mental avaliar as necessidades de saúde individuais, familiares e comunitárias em diversos contextos e em seguida coordenar e implementar programas promotores da saúde e de proteção em situações de doença. Neste sentido, ao refletir sobre o meu percurso ao longo de todo o ensino clínico, remeto-me para um processo de intervenção que realizei com um utente em programa de manutenção opióide, tive a oportunidade de me confrontar com a complexidade das necessidades em saúde mental e da importância de uma abordagem holística.

Desde o primeiro contacto com o referido utente, ficou evidente a necessidade de estruturar um plano de intervenção sobre a sua ansiedade, um desafio que enfrenta no seu dia-a-dia. Ao longo da entrevista inicial de colheita de dados, pude identificar, com a minha enfermeira orientadora, que a ansiedade e a incapacidade de lidar com os seus "triggers" emocionais eram fatores importantes no agravamento do seu estado mental. Beck (1979, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2023) explica que os pensamentos automáticos negativos e as crenças disfuncionais são fatores centrais no agravamento da ansiedade e da depressão, exigindo intervenções que promovam a consciencialização e reestruturação cognitiva. Perante este cenário, delineámos um plano de intervenção que incluiu uma primeira sessão psicoterapêutica focada na "Respiração Consciente e Relaxamento Muscular: Promoção do Autocontrolo e Redução da Ansiedade".

Este primeiro passo teve como principal objetivo proporcionar ao utente ferramentas concretas para lidar com a sua ansiedade, ajudando-o a desenvolver a capacidade de autocontrolo, algo que ele próprio reconheceu como uma área que precisava de aperfeiçoar. Durante a sessão, foi notório o impacto das técnicas de respiração e relaxamento. O utente mostrou-se recetivo e envolvido, reconhecendo posteriormente a utilidade destas técnicas na sua vida diária. Kabat-Zinn (1990) sublinha que a prática de *mindfulness* e de respiração consciente diminui sintomas de stress e ansiedade, possibilitando maior autorregulação

emocional. A avaliação, feita através da escala visual analógica de faces e da observação dos sinais vitais, confirmou uma redução dos níveis de ansiedade no final da sessão.

O resultado inicialmente positivo motivou a continuidade do plano de intervenção, com a realização de sessões subsequentes de carácter psicoterapêutico e psicoeducacional. Uma das sessões foi intitulada “Navegar com Ansiedade: Desafios para a Serenidade”. Aqui, o foco principal foi a identificação dos fatores desencadeadores da ansiedade, os chamados *triggers*, e a procura conjunta de estratégias eficazes para gerir essas situações. Nessa sessão, a interação com utente revelou-se ainda mais rica. Solicitei que partilhasse exemplos específicos de momentos em que se sentiu ansioso, permitindo-lhe refletir sobre os pensamentos, emoções e contextos que acompanhavam essas experiências.

As perguntas abertas, como “O que estava a acontecer à sua volta nesse momento?” e “Como reagiu ao sentir a ansiedade a aumentar?”, permitiram uma autoanálise, incentivando o utente a consciencializar-se dos padrões da sua ansiedade. No decorrer da sessão, também discutimos estratégias de controlo da ansiedade. Revisitámos técnicas de respiração e relaxamento, já aplicadas na sessão anterior, mas também introduzimos outras abordagens, como a identificação de pensamentos negativos e a importância do exercício físico e da gestão do tempo. Lazarus e Folkman (1984) defendem que o coping eficaz assenta na capacidade de reavaliar as situações de stress e de deslocar estratégias de resolução de problemas, reforçando a resiliência da pessoa.

Foi para mim gratificante assistir ao envolvimento do utente, no processo de escolha e adaptação destas estratégias à sua realidade. Solicitou ajuda para as registar num documento anexo, que foi criado propositadamente para a sessão, algo que o ajudará a lidar com as suas dificuldades de forma mais estruturada e consciente. É importante lembrar que estas intervenções não proporcionam resultados imediatos e definitivos. O impacto do trabalho psicoterapêutico, especialmente com um utente em programa de manutenção opióide, é gradual e necessita de continuidade.

Como tal, reconheço a importância do acompanhamento contínuo por parte da equipa de enfermagem do CRI. Estas intervenções não só auxiliam a diminuição da ansiedade a médio prazo, como também promovem uma maior capacidade de autocontrolo e a otimização da saúde mental a longo prazo. A profissão de enfermagem, de acordo com o que está preconizado no REPE (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros), visa prestar cuidados ao ser humano ao longo do seu ciclo de vida, sejam eles de prevenção, tratamento ou reabilitação (Decreto-Lei nº 16/96 de 4 de setembro). Rogers (2010) enfatiza que a relação de ajuda terapêutica deve assentar na autenticidade, aceitação incondicional e empatia, pilares para o desenvolvimento da autonomia do utente.

Através deste trabalho com o utente acima indicado pude constatar na prática o que é ser um enfermeiro especialista em saúde mental, uma vez que a minha atuação foi além dos cuidados gerais, envolvendo a aplicação de técnicas psicoterapêuticas que visam não só a resolução dos problemas atuais, mas também a promoção da saúde mental a longo prazo (Regulamento n.º 515/2018).

Concluído este percurso, e em particular o trabalho que desenvolvi ao longo dos diversos locais de estágio, foi caminho nem sempre fácil, mas muito enriquecedor, que me permitiu aplicar os conhecimentos teóricos à prática clínica e, sobretudo, ver que algumas das intervenções desenvolvidas tendem a melhorar a vida dos utentes.

Mais do que tratar sintomas, é essencial ajudar a pessoa a recuperar o controlo sobre a sua vida e a encontrar ferramentas que promovam o seu bem-estar. Durante o ensino clínico de âmbito comunitário, e em particular enquanto futura enfermeira especialista, tive a oportunidade de refletir em diversos momentos acerca da minha prática enquanto enfermeira generalista, mas também acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria.

Socorrendo-me em vários momentos da literatura, é-me possível afirmar que o trabalho de qualquer enfermeiro, em particular do EESMP, assenta em princípios éticos e deontológicos, tendo em vista a promoção de cuidados baseados na evidência, focados e personalizados na pessoa do utente, na sua família e na comunidade onde está integrado. O International Council of Nurses (ICN, 2019) defende que a prática de enfermagem deve ser norteadada por princípios éticos universais, como o respeito pela dignidade, a compaixão e a justiça social.

Ao longo do ensino clínico, procurei não apenas cuidar de pessoas com doença mental, mas acima de tudo desenvolver intervenções que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida daquelas a quem prestei cuidados, mantendo o foco na promoção da saúde, na prevenção de novos episódios que colocassem em causa o seu bem-estar e na reintegração na comunidade.

Foi perceptível ao longo deste percurso que o estigma social, as limitações da autonomia das pessoas com doença mental, assim como o impacto nas relações familiares, é comum, independentemente do tempo e do espaço onde me encontro. Acima de tudo, deveremos estar cientes de que o EESMP deverá ser capaz de adaptar a sua prática diária às necessidades da pessoa a quem presta cuidados, um cuidado holístico centrado no outro e na sua rede de suporte (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A promoção da esperança em saúde mental e o modo como cada profissional de saúde se posiciona perante a mesma é fundamental não só para o processo de capacitação do utente, mas também para o próprio profissional de saúde inserido numa equipa. Herth (1990) descreve a esperança como um recurso essencial para enfrentar situações de doença

crónica, operando como fator de resiliência e de motivação para o futuro; Frankl (1969), citado por Neto (2004) acrescenta que o sentido de vida é inseparável da manutenção da esperança, mesmo em contextos de enorme sofrimento. A esperança tem na sua génese um construto terapêutico, crucial na manutenção do bem-estar, da qualidade de vida e na resiliência dos próprios utentes, sendo um elemento basilar no trabalho desenvolvido pela equipa comunitária de saúde mental (Querido, 2012).

Em particular, no contexto do Ensino Clínico III, foi realizada uma a dinâmica de grupo com a equipa multidisciplinar, e perante o que foi verbalizado pelos profissionais, ficou evidente que práticas centradas na promoção da esperança proporcionam ganhos para todas as partes. As frases dos profissionais refletem o profundo compromisso com a promoção do bem-estar dos utentes, indo além do cuidado técnico. "Promover a informação e a defesa de direitos" e "ajudar a construir/reconstruir a identidade ocupacional" revelam o foco na autonomia e na reestruturação da vida dos utentes. "Promover momentos de festa como os aniversários" e "sermos cuidadores uns dos outros" enfatizam a importância da humanização e da criação de vínculos afetivos. "Ser um pontinho de luz no meio da escuridão" sintetiza a essência do papel terapêutico, enquanto "exercício diário de promoção de empatia" evidencia a base relacional do cuidado.

Cabe aos diversos profissionais de saúde ter a capacidade para demonstrar empatia, confiança e otimismo, tornando-se veículos de mudança, encorajando os utentes a perceberem o seu potencial de recuperação. Bandura (1977) destaca que a autoeficácia é decisiva para a perceção de controlo e para a motivação em processos de recuperação. Snyder (2000) acrescenta que a esperança envolve não apenas a aceção de objetivos, mas também a perceção de caminhos para os granjear e a motivação para os perseguir. Competências como a autoeficácia, a capacidade de comunicação terapêutica e as relações interpessoais são ferramentas essenciais que, conforme Manuel Lopes (2006), fortalecem os indivíduos, promovendo o controlo sobre as suas vidas e os seus contextos.

Esta abordagem colaborativa e humanizada reforça não só a autonomia dos utentes, mas também a eficácia das equipas multidisciplinares no cumprimento dos seus objetivos terapêuticos. Cabe-me agora, e num futuro, o desenvolvimento destas competências enquanto futura especialista, à luz da teoria e das experiências vivenciadas, através de uma prática reflexiva, tal como mantive ao longo de todo o ensino clínico, onde mobilizei conhecimentos práticos para planear e sustentar as minhas intervenções. Melhorei a minha capacidade de autoanálise e de comunicação, sustentando a manutenção de uma relação terapêutica que promove a melhoria da saúde mental de quem cuido.

Tal como Peplau (1991) ressalta na sua teoria das relações interpessoais, os cuidados de enfermagem destacam a importância da interação dinâmica entre o enfermeiro e o utente,

envolvendo intervenções psicoterapêuticas, psicoeducacionais e socioterapêuticas. Em muitos momentos, todas estas intervenções entrelaçam-se, abraçam-se e confluem de forma pacífica. A grande maioria dos momentos permite colocar em prática todas elas, sem que uma coloque em causa a outra, e é exatamente isto que espero de mim enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria.

### 2.2.3. AJUDA A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, INTEGRADA NA FAMÍLIA, GRUPOS E COMUNIDADE A RECUPERAR A SAÚDE MENTAL, MOBILIZANDO AS DINÂMICAS PRÓPRIAS DE CADA CONTEXTO;

O enfermeiro especialista em saúde mental estabelece um diagnóstico de saúde mental individual, de um grupo ou comunidade, tendo em consideração a recolha e sistematização dos dados que colheu, seguidamente elabora, negocia e estabelece um plano de intervenção adequado aos diagnósticos levantados, baseando-se no conhecimento científico existente na sua área de intervenção (Regulamento n.º 515/2018).

De acordo com Macedo et al, (2019) e com a Ordem dos Enfermeiros (2021), o exercício do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria estrutura-se segundo modelos que favorecem a gestão de casos e a continuidade dos cuidados, capacitando a pessoa a ser parceira ativa na tomada de decisão sobre a sua saúde. Este processo apoia-se numa metodologia de acompanhamento longitudinal, garantindo o acompanhamento do percurso clínico, a apreciação dos resultados e a promoção da autonomia.

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

Nos serviços onde foi desenvolvida a prática clínica, os modelos de enfermagem utilizados estão frequentemente alicerçados na teoria psicodinâmica de Hildegard Peplau (1991), que enfatiza a relação interpessoal como ferramenta terapêutica, e no modelo das necessidades humanas básicas de Virgínia Henderson (2007), que considera a pessoa como um ser global, com necessidades básicas a satisfazer para alcançar independência (Tomey & Alligood, 2004). Em alguns contextos, como salientado por Watson (2001), é ainda mobilizado o Modelo do Cuidar Transpessoal, que assenta em dez fatores cuidadosos e confere centralidade à relação humana, à esperança e à espiritualidade no processo de cuidar.

No ensino clínico decorrido junto da equipa comunitária de saúde mental, em colaboração com o enfermeiro orientador, realizei visitas domiciliárias a diferentes contextos da comunidade, acompanhando e monitorizando o estado de saúde de utentes com doença

mental grave. Estes momentos foram riquíssimos em aprendizagem, permitindo-me observar *in loco* as atividades dos utentes, auscultar necessidades de outros profissionais, e participar na articulação de cuidados — como ajustes terapêuticos, encaminhamentos judiciais ou consultas médicas.

As equipas comunitárias, de acordo com a Direção-Geral da Saúde (2017), assumem a responsabilidade direta pelos cuidados às pessoas com doença mental grave, operacionalizando a intervenção através da figura do terapeuta de referência. Este profissional garante a continuidade de cuidados, organiza os recursos da comunidade e atua como elo entre os diferentes serviços, promovendo a integração social da pessoa.

Outro fator que destaco é o método de trabalho da equipa, baseado no modelo de terapeuta de referência. Este método permite a cada profissional conhecer profundamente os utentes e respetivas famílias, promovendo uma abordagem personalizada e integrada, conforme proposto por Gago e Xavier (2023) no manual para equipas comunitárias de saúde mental. Trata-se de um método humanizado, onde auscultar individualmente cada utente permite identificar necessidades e articular respostas com a equipa e outras instituições.

Segundo Brito (2018) e Colvero et al, (2004), o terapeuta de referência tem como funções principais a identificação de problemas e necessidades, a edificação partilhada de um projeto terapêutico e o acompanhamento próximo da pessoa no seu quotidiano. Esta figura profissional contribui para a redução do número de internamentos e para a permanência na comunidade, fomentando a autonomia e diminuindo o estigma. Para além disso, de acordo com Duncan et al. (2021) e Killaspy et al. (2022), o acompanhamento estruturado na comunidade associa-se a melhores resultados terapêuticos, menor tempo de hospitalização e maior satisfação dos utentes e famílias.

Das atividades realizadas, gostaria de destacar o estudo de caso realizado junto de um utente seguido em consulta de enfermagem de saúde mental, cujo acompanhamento era feito pelo meu enfermeiro orientador. A experiência permitiu-me aprofundar a relação enfermeiro-utente e aplicar um programa de promoção de esperança (Erikson, 1968; Querido, 2012), orientado para a melhoria da autoestima, da visão de futuro e da perceção de controlo sobre a vida. As sessões foram adaptadas às necessidades do utente e articuladas com a equipa multidisciplinar, assegurando coerência terapêutica. Esta intervenção demonstrou ganhos significativos na motivação e adesão ao regime terapêutico.

A esperança tem sido amplamente reconhecida como foco central da enfermagem em saúde mental. Segundo Snyder (2000) e Gallagher & Lopez (2009), a esperança estipula a definição de objetivos claros e a construção de caminhos alternativos para os alcançar. Erikson (1968) já a identificava como uma virtude essencial do desenvolvimento humano, enquanto Watson (2001) a integrava como um fator cuidativo fundamental na sua teoria do cuidar transpessoal.

Querido (2015), aplicando estas perspetivas à prática clínica, demonstra que a promoção da esperança se constitui como um recurso terapêutico imprescindível para favorecer a recuperação e a resiliência em contextos de doença mental.

Assumi o papel de elo entre o utente, a família e os profissionais de saúde. Em parceria com o orientador, planeámos os cuidados de forma personalizada, ajustando as intervenções à utente com doença mental grave.

Neste processo, o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (Wright & Leahey, 2012) revelou-se fundamental para compreender a dinâmica, os padrões de comunicação e os fatores facilitadores da reintegração da pessoa no seio familiar, permitindo um planeamento mais ajustado às necessidades da utente e da sua rede de suporte.

De acordo com Brito (2018), o terapeuta de referência facilita a permanência da pessoa na comunidade, promovendo a sua integração e autonomia. Este papel torna-se ainda mais relevante quando se reconhece a importância da família na recuperação: muitas vezes são os familiares quem primeiro identificam sinais de doença mental e enfrentam os desafios do diagnóstico. Na prática, o terapeuta atua sobretudo na comunidade, com visitas domiciliárias e trabalho de coordenação (Brito, 2018; Colvero et al., 2004). Além de mediar o plano de cuidados, envolve a família, esclarecendo sobre a doença e as intervenções, fortalecendo a rede de apoio e combatendo o estigma.

Os estudos de caso realizados ao longo dos diversos ensinamentos clínicos encontram-se intimamente relacionados com o desenvolvimento da competência do enfermeiro especialista em saúde mental de assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental. Esta metodologia permitiu-me conhecer de forma mais aprofundada o percurso de vida dos utentes, auscultar as suas necessidades, compreender o impacto da doença mental nas suas dinâmicas familiares e sociais, bem como identificar os fatores de risco e de proteção presentes no seu contexto.

Segundo Rainho (2014), a elaboração de estudo de caso permite uma análise holística da pessoa e do seu contexto, possibilitando a definição de diagnósticos de enfermagem adaptados e de planos de intervenção individualizados. Esta metodologia está alinhada com a perspetiva de Creswell (2007), que a caracteriza como uma abordagem qualitativa aprofundada, centrada na singularidade do sujeito estudado.

Através da observação direta, da escuta ativa e da aplicação de instrumentos de avaliação, foi possível realizar um levantamento dos diagnósticos de enfermagem, ajustados à realidade de cada pessoa.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2019), a documentação do processo de enfermagem deve recorrer à taxonomia CIPE, permitindo uniformizar a linguagem profissional e garantir a continuidade e qualidade dos cuidados. Entre os focos de

atenção mais comuns identificados em saúde mental destacam-se a ansiedade, a ideação suicida, as dificuldades de autocuidado e a adesão ao regime terapêutico.

As passagens de turno foram momentos cruciais de partilha de informação entre os membros da equipa de enfermagem, garantindo coerência e continuidade dos cuidados. Foram partilhadas informações sobre a história de vida dos utentes, as suas necessidades e alterações do seu estado mental. As reuniões multidisciplinares e entrevistas familiares, ainda que com participação limitada por ser estudante, foram igualmente relevantes para o planeamento de estratégias e de ambientes terapêuticos seguros.

A prática clínica que vivenciei reflete também a integração de referenciais teóricos contemporâneos, como o Modelo Tidal de Phil Barker (2001), que privilegia a narrativa da pessoa e a valorização da sua experiência vivida de sofrimento psíquico, e a Teoria das Relações Interpessoais de Peplau (1991), que sustenta a importância da comunicação terapêutica e da relação de ajuda na recuperação. Estes modelos complementam os referenciais clássicos de Roy (2001) e Orem (1985), que respetivamente abordam a adaptação ao meio e o autocuidado, indicando a riqueza e a pluralidade de referenciais teóricos aplicados em saúde mental.

Esta abordagem conferiu significado às intervenções implementadas, permitindo-me desenhar planos de cuidados mais ajustados, centrados na singularidade do utente e nas suas relações com a comunidade, procurando assim desenvolver a minha capacidade de promover a saúde mental de forma holística, contínua e integrada.

#### 2.2.4. PRESTA CUIDADOS PSICOTERAPÊUTICOS, SÓCIO TERAPÊUTICOS, PSICOSSOCIAIS E PSICOEDUCACIONAIS, À PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA, MOBILIZANDO O CONTEXTO E DINÂMICA INDIVIDUAL, FAMILIAR DE GRUPO OU COMUNITÁRIO, DE FORMA A MANTER, MELHORAR E RECUPERAR A SAÚDE.

A enfermagem de saúde mental, conforme estabelecido pelo Regulamento 515/2018, centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas que geram sofrimento ou doença mental. Enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental, deverei possuir a capacidade para me mobilizar enquanto instrumento terapêutico, intervindo em múltiplos domínios. No âmbito psicoterapêutico, psicossial, socioterapêutico e psicoeducacional (Keltner et al, 2007). Neste âmbito, importa, explicitar o que são cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico,

psicossocial e psicoeducacional, para melhor compreender as atividades desenvolvidas ao longo de todos os ensinamentos clínicos.

As intervenções psicoterapêuticas, são intervenções desenvolvidas no âmbito da construção de uma relação terapêutica intencional e estruturada, orientada para a compreensão do mundo interno da pessoa alvo de cuidados, das suas emoções, conflitos e formas de lidar com o seu sofrimento. Estas intervenções têm por base uma escuta ativa, empática e uma comunicação terapêutica centrada na pessoa, permitindo trabalhar aspetos relacionados com a identidade, a autoestima e a autoimagem (Figueiredo et al., 2009). Peplau (1991) descreve a Enfermagem como um processo interpessoal eloquente e terapêutico, que constitui simultaneamente um instrumento educativo e uma força de amadurecimento. A autora enfatiza que os cuidados de enfermagem só acontecem se houver uma relação entre enfermeiro e pessoa, estruturada em fases de orientação, identificação, exploração e resolução, e na qual o enfermeiro resgata papéis como pessoa de recurso, conselheiro, professor, líder, perito técnico e substituto. Este enquadramento sustenta a pertinência das intervenções psicoterapêuticas, dado que a mudança ocorre dentro da relação e através dela, sendo possível promover o insight, capacidade de coping e maior autonomia da pessoa.

Por sua vez, as intervenções socioterapêuticas, visam a promoção da interação social, assim como o envolvimento comunitário como forma de reabilitação psicossocial. Estas intervenções decorrem através de dinâmicas de grupo, atividades ocupacionais, de lazer ou mesmo de reestruturação da rotina diária, estes cuidados pretendem combater o isolamento, promover competências relacionais e facilitar a reintegração social da pessoa (Fleury et al., 2009).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001) e a PSR/RPS Canada (2017) destacam que a reabilitação psicossocial deve integrar programas que conjuguem habitação, reabilitação vocacional, emprego protegido, redes de apoio social e atividades de lazer, promovendo uma reintegração sustentada na comunidade. Barbato (2006) acrescenta que estas intervenções visam a modificação de fatores de risco psicossociais e a promoção do máximo de funcionamento independente e autónomo. A literatura evidencia ainda que as atividades ocupacionais terapêuticas favorecem a autoestima, o sentido de responsabilidade e a aquisição de competências relacionais, constituindo um recurso eficaz na reintegração social da pessoa.

Ao falarmos de intervenções psicossociais, poderemos afirmar que estas integram as dimensões anteriores numa abordagem global, considerando não só os aspetos emocionais e sociais da pessoa, mas também a sua história de vida, contexto familiar e a sua rede de suporte. A intervenção psicossocial centra-se na pessoa e procura responder às suas

necessidades de forma integrada, envolvendo a sua participação ativa no processo de cuidados (Lussi et al., 2006).

De acordo com Rogers (1986) e Halter (2017), a intervenção psicossocial assenta numa perspetiva humanista em que o terapeuta assume um papel mediador e não diretivo, fundamentado em atitudes nucleares de congruência, empatia e respeito. Este enquadramento reforça a relevância de uma relação de ajuda centrada na pessoa como ferramenta para a promoção da esperança e da recuperação, sendo a esperança considerada um foco essencial e integrante da prática em saúde mental.

Por fim, as intervenções psicoeducacionais, incidem na promoção do conhecimento sobre a doença, tratamento, efeitos secundários da medicação, sinais de recaída, estratégias de coping e gestão da sintomatologia. A psicoeducação empodera a pessoa, tornando-a mais consciente da sua condição e mais responsável pelo seu processo de recuperação (Figueiredo et al., 2009). Vieta et al. (1998) descrevem a psicoeducação como um conjunto de estratégias educacionais orientadas para o ensino de competências de saúde e doença, implicando a definição de objetivos, treino estruturado e avaliação da mudança cognitiva e comportamental. O International Council of Nurses (2019) considera a adesão terapêutica como o grau em que a pessoa executa as atividades de saúde e integra o regime terapêutico na sua vida diária. Bugalho e Carneiro (2004) indicam que intervenções educativas e comportamentais dirigidas a utentes e famílias melhoram a adesão ao tratamento, e Santana (2011) acrescenta que na esquizofrenia a psicoeducação está associada a maior adesão, reconhecimento precoce de sintomas de recaída e redução de reinternamentos, revelando-se uma intervenção com eficácia comprovada.

Tendo definido e caracterizados as intervenções de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, irei descrever em seguida um conjunto de intervenções realizadas ao longo do ensino clínico iniciado em abril de 2024 e finalizado em janeiro de 2025, que mobilizaram esta competência do enfermeiro especialista em saúde mental.

Durante o período de ensino clínico decorrido no internamento de agudos, foram desenvolvidas três sessões com recurso a intervenções de âmbito psicoterapêutico, as mesmas visaram a partilha de sentimentos e emoções, mas também a promoção e a descoberta do eu. Recorreu-se ao uso da leitura e da música como mediador terapêutico; assim foram utilizados textos do livro "O Principezinho", "A Tristeza da Leonor" e a música "Não Dá" de Paulo Gonzo. O uso da leitura como estratégia terapêutica permitiu a discussão dos textos selecionados, que ofereceram metáforas e histórias para refletir sobre temas como amizade, solidão, tristeza e esperança, experiências que ressoaram na vida dos participantes.

A história do "O Príncipezinho" explorou a importância das relações interpessoais e a procura por um significado na nossa existência enquanto seres humanos. "A Tristeza da Leonor" trouxe à tona a experiência da tristeza e que estratégias utilizar para lidar com ela, enquanto a música "Não Dá" permitiu uma expressão emocional através da arte sonora.

Durante as sessões, os utentes foram encorajados a partilhar as suas perceções, criando no grupo um ambiente de apoio e compreensão mútuos. As atividades com recurso a música como estratégia terapêutica, proporcionaram uma forma não verbal de expressar as emoções. Yalom e Leszcz (2006) evidenciam que as sessões compostas em grupo ajudam as pessoas a desenvolver um sentido de controlo pessoal ao desenvolverem técnicas para se tornarem coterapeutas de si mesmas, o que contribui para o autocuidado e para a redução da dependência de terapia formal. Yalom e Leszcz (2006) sublinham que os grupos terapêuticos visam simultaneamente o alívio sintomático e a mudança de padrões de funcionamento, sendo eficazes na promoção de coesão e partilha. A literatura em arteterapia também confirma benefícios destas abordagens na redução de ansiedade e stress, e no reforço da autoestima e do bem-estar (Laranjeira et al., 2019; Van Lith, 2016; Hu et al., 2021).

Perante a importância de cuidar da pessoa de forma holística e promoção de um ambiente terapêutico adequado, as sessões foram orientadas pelo uso do self como instrumento terapêutico. Esta abordagem incorporou os princípios da teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, enfatizando o relacionamento interpessoal e a compreensão holística da pessoa. Peplau advoga que a Enfermagem é uma arte terapêutica que considera o indivíduo como um ser biopsicossocial, influenciado pela sua própria cultura e ambiente onde se insere. Através destas sessões procurou oferecer-se um espaço securizante, onde os utentes pudessem expressar as suas emoções, vindo a ser fortalecido as relações interpessoais junto do grupo.

Dando continuidade ao trabalho desenvolvido foram também realizadas sessões de âmbito psicoterapêutico, nomeadamente o treino em atividades de vida diária, em particular a gestão do autocuidado. Foram desenvolvidas sessões de relaxamento corporal com recurso ao *mindfulness*. O desenvolvimento destas intervenções manteve-se em linha com a literatura, pois tal como Townsend (2011) afirma, este tipo de abordagem é particularmente importante para diminuir a ansiedade e aumentar a confiança. Brown e Ryan (2003), Shapiro e Schwartz (2000), Weinstein et al. (2009) e Pagnoni e Cekic (2007) indicam que a prática de *mindfulness* está associada a maiores níveis de bem-estar, melhorando a capacidade de autorregulação, sendo promotor de mudanças neurofisiológicas, incluindo alterações na massa cinzenta em estruturas cerebrais ligadas à atenção. Goldin et al. (2009) acrescentam no que toca à ansiedade social, o *mindfulness* reduz a ruminação e medo de uma apreciação negativa por parte de outrem, enquanto Hölzel et al. (2011) documentam a ativação do sistema

parassimpático como mecanismo que promove relaxamento e redução de stress. Assim, as intervenções psicoterapêuticas, focaram-se na componente comunicacional, tendo sido esta a forma de se chegar ao outro de modo mais efetivo. As intervenções desenvolvidas com uma aproximação aos princípios da psicoterapia constituíram, assim um conjunto de intervenções estruturadas para promover e reforçar um funcionamento cognitivo mais favorável.

Foram também desenvolvidas sessões com recurso a intervenções de âmbito Psicoeducativo tendo tido particular foco num utente portador de esquizofrenia e sobre o qual recaiu um dos estudos de caso, sendo abordada a temática da “Adesão ao Regime Terapêutico”, com o objetivo do treino de competências na gestão do regime terapêutico de modo a controlar a doença, evitar recaídas, promover uma melhor qualidade de vida, dando assim a conhecer as consequências da má adesão ao regime terapêutico. McFarlane et al. (2003) atestam que intervenções psicoeducacionais com utentes e suas famílias promovem a adesão à terapêutica, aumentando o conhecimento da doença e reduzindo significativamente o número de recaídas e reinternamentos, o que reforça a utilidade desta prática.

Ainda no decorrer do deste ensino clínico foram desenvolvidas mais duas atividades nomeadamente, um passeio terapêutico com dois utentes pelo parque, que teve a duração de aproximadamente 40 minutos, tendo como principal objetivo promover o bem-estar físico e emocional através do contacto com a natureza. A sessão iniciou-se com a explicação clara da atividade, definição de regras de segurança. Durante o passeio, os utentes foram incentivados a observar o ambiente, atentando aos sons, cheiros, cores e elementos naturais envolventes. Promoveu-se também um momento de relaxamento com exercícios de respiração profunda. Esta abordagem favoreceu a consciência do presente, aliviou sintomas de ansiedade e promoveu a integração dos utentes no espaço envolvente. No final do passeio, foram validados os sentimentos dos utentes em relação à atividade, destacando-se a importância do contacto com a natureza na promoção da saúde mental. A avaliação decorreu de forma informal, por meio de diálogo reflexivo.

Houve também lugar a uma atividade terapêutica de jardinagem e alimentação das galinhas. A ida ao quintalão (espaço integrado no Hospital) integrou uma atividade ocupacional de aproximadamente 60 minutos com um utente. Visou estimular competências sociais e promover o bem-estar através do contacto com a natureza, a jardinagem e o cuidado com os animais. A sessão iniciou-se com a explicação dos objetivos e regras de segurança. O utente foi envolvido na alimentação das galinhas, aprendendo sobre a importância do cuidado com seres vivos, e em tarefas básicas de jardinagem, como o reconhecimento de plantas e manuseamento de materiais. Promoveu-se também o relaxamento com exercícios de respiração profunda. Jiménez-Picón et al. (2021) confirmam que a prática de *mindfulness* em movimento, como a caminhada consciente, reduz ansiedade, depressão e stress, enquanto

Paluska e Schwenk (2000) e Meyer e Brooks (2000) descrevem benefícios consistentes do exercício físico em saúde mental, incluindo melhoria da autoestima, da percepção corporal e do humor. Mello et al. (2005) acrescentam que o exercício regular melhora o sono e a interação social, fortalecendo a evidência de que atividades físicas e ocupacionais como a jardinagem e a relação com animais contribuem para ganhos significativos em saúde mental. No final da atividade houve lugar à partilha de sentimentos e percepções sobre a importância da atividade, favorecendo o reforço da autoestima, o sentido de responsabilidade e o enraizamento do utente no ambiente terapêutico. A avaliação foi feita por meio de conversa informal.

No ensino clínico de respostas diferenciadas (ECII), tive a oportunidade de realizar uma sessão de psicoeducação com um utente que apresentava limitações físicas e cognitivas. A sua mãe assume o papel de cuidadora principal, o que me levou a refletir sobre a importância da psicoeducação como uma abordagem contínua que visa ensinar competências essenciais para a autogestão da saúde. Durante essa sessão, foram feitos ensinamentos sobre a medicação que o utente tinha necessidade de tomar, enfatizando a importância de explicar os efeitos, doses e possíveis efeitos secundários. Fiquei convicta de que a participação ativa do utente e da sua cuidadora foram cruciais para o sucesso da intervenção. Adotando uma abordagem interativa, procurei envolver os presentes, criando um espaço de diálogo. Foi um momento gratificante, pois não se tratou apenas de uma transmissão de informação, mas sim de um verdadeiro intercâmbio.

A literatura confirma que a psicoeducação é mais eficaz quando envolve a tríade utente–família–profissional, promovendo o conhecimento, reduzindo recaídas e aumentando a adesão ao regime terapêutico (Colom & Vieta, 2006; Pitschel-Walz et al., 2001). Ao integrar os cuidadores no processo, fomenta-se a corresponsabilização no tratamento e uma gestão mais eficaz da doença.

Na sequência desta intervenção, realizei uma sessão dedicada à Higiene do Sono, intitulada "Higiene do Sono: Ter um bom sono é um sonho possível!". O objetivo foi ajudar o utente a entender e aplicar práticas eficazes para melhorar a qualidade do seu sono. Durante a entrevista inicial, percebi que padecia de insónia, e a capacitação nesse domínio era imperativa. Ao longo da sessão, partilhei informações sobre a importância do sono para a saúde emocional, a consolidação de memórias e a recuperação do corpo e mente.

Expliquei o ciclo do sono e os impactos negativos da insónia, ressaltando a necessidade de estabelecer hábitos saudáveis, como criar um ambiente propício ao descanso e limitar o consumo de estimulantes. A dinâmica da sessão revelou-se transformadora. Ao abordar as práticas de higiene do sono, senti que tanto o utente quanto a mãe estavam a tomar

consciência da relevância da alteração de hábitos. A mensagem central que procurei transmitir foi que a mudança requer tempo e consistência. De acordo com Harvey e Tang (2003), a insónia é frequentemente mantida por padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais, pelo que intervenções educativas que indiquem práticas de higiene do sono são consideradas estratégias de primeira linha do tratamento. Também Stepanski e Wyatt (2003) evidenciam que a implementação destas medidas conduz a melhorias na qualidade do sono e redução de sintomas ansiosos e depressivos associados à insónia.

Para proceder à avaliação da sessão, procedeu-se a uma avaliação qualitativa no final, utilizando a Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono (Gomes et al., 2015), o que me proporcionou uma visão clara do impacto da sessão. A monitorização contínua das queixas de insónia e qualidade de sono foi fundamental para adaptar as estratégias às necessidades do utente.

Além da higiene do sono, conduzi uma sessão psicoeducacional sobre a ansiedade, intitulada "Navegar com Ansiedade: Desafios para a Serenidade". Os objetivos foram promover o controlo da ansiedade e identificar situações que a provocam. A sessão começou com uma breve revisão das sessões anteriores, especialmente a de relaxamento muscular, estabelecendo uma continuidade no processo de aprendizagem. Segundo Clark e Beck (2012), a psicoeducação em ansiedade deve incluir a identificação de pensamentos automáticos e a prática de técnicas de autocontrolo, pois estas reduzem sintomas físicos e cognitivos de ansiedade. Hofmann et al. (2012) reforçam que as intervenções psicoeducacionais associadas a técnicas de relaxamento são eficazes na diminuição da ansiedade generalizada e no aumento do bem-estar.

Pedi ao utente que partilhasse situações que lhe causavam ansiedade. Esse espaço de partilha foi crucial, permitindo-lhe explorar os seus sentimentos e os contextos associados à sua ansiedade. Utilizei perguntas abertas, como "Pode descrever uma situação específica em que se sentiu ansioso?", o que ajudou a aprofundar a reflexão e a autoanálise do utente.

Ao identificar as situações desencadeadoras, pude guiá-lo na procura de estratégias que já utilizava e negociar novas abordagens, como técnicas de respiração e relaxamento muscular. Uma parte fundamental da sessão foi a exploração do autocontrolo. Ao longo do processo, fiquei mais consciente de como a prática de técnicas de respiração e relaxamento muscular é vital para a gestão da ansiedade. O impacto positivo que estas intervenções podem ter na qualidade de vida dos utentes é motivador para a continuidade deste percurso.

No seguimento das sessões, realizei também uma sessão psicoterapêutica focada na "Respiração Consciente e Relaxamento Muscular". O objetivo foi não apenas promover o controlo da ansiedade, mas também ajudar o utente a interiorizar a importância do

autocontrolo. Esta abordagem integra um conjunto de intervenções estruturadas que visam reforçar um funcionamento cognitivo desejável.

Durante a prática de relaxamento, observei como o utente se tornava mais consciente do seu corpo e da sua respiração. Este momento de tranquilidade e auto-reflexão foi essencial para o seu bem-estar emocional. Autores como Varvogli e Darviri (2011) demonstram que exercícios de respiração controlada estão associados à redução de stress, ao aumento da variabilidade da frequência cardíaca e à melhoria da resposta fisiológica em situações de ansiedade. Bernstein e Borkovec (1973) já haviam sistematizado a eficácia do relaxamento muscular progressivo como técnica estruturada para reduzir sintomas de ansiedade, tendo o seu impacto sido replicado em múltiplos estudos posteriores.

As sessões de psicoeducação e psicoterapia destacam a importância da comunicação. Através da componente comunicacional, consegui estabelecer uma relação de confiança com o utente, criando um espaço seguro onde ele se sentiu à vontade para partilhar as suas fragilidades.

É neste contexto que a psicoterapia se torna um meio poderoso para ajudar o utente a reconhecer e enfrentar os seus desafios, contribuindo para a sua autonomia e diminuição do sofrimento. Como Afonso (2002) salienta, os doentes com esquizofrenia, por exemplo, frequentemente apresentam défices cognitivos que afetam a memória e a concentração. Reconhecer estas dificuldades é fundamental para que possamos adaptar as nossas intervenções.

A utilização de escalas de avaliação, como a Escala de Ansiedade de Hamilton e a Escala Visual Analógica de Faces, não apenas fornece dados quantitativos sobre a evolução dos utentes, mas também nos permite ouvir as suas vozes e compreender as suas perceções sobre o tratamento. Segundo Coelho et al (2021), as escalas de avaliação em saúde mental não devem ser entendidas apenas como instrumentos de mensuração, mas como recursos que favorecem a comunicação terapêutica e a participação ativa do utente no seu processo terapêutico. A partilha de sentimentos e a expressão de dificuldades são essenciais para o processo terapêutico, e o feedback recebido é um poderoso indicador da eficácia das intervenções.

A jornada na enfermagem de saúde mental é uma caminhada de continuidade e dedicação, onde o trabalho em conjunto com o utente se torna um elemento essencial. Às vezes, as mudanças não são imediatas, e é fundamental aceitar que cada pessoa tem o seu ritmo.

Este meu percurso revelou-se rico em aprendizagens. Cada interação com os utentes enriqueceu a minha prática e reforçou a importância da humanização dos cuidados. A psicoeducação não é apenas uma transferência de informação; é um processo relacional que promove a autonomia e a capacitação do utente. Durante estas experiências, percebi que a

verdadeira transformação ocorre quando os utentes se tornam protagonistas da sua própria saúde.

Esta tomada de consciência também se estende à minha prática como membro da equipa de enfermagem. Tive a oportunidade de promover uma sessão de *team building* junto da equipa da Equipa do CRI (EC II). Esta sessão possuía um carácter psicoeducacional e socioterapêutico, levando-me a refletir sobre esta dualidade no conceito de *team building*. Para alguns, poderia ser vista como uma intervenção socioterapêutica, enquanto para outros, a ênfase poderia recair na psicoeducação. Klein et al. (2009) sublinham que programas de *team building* aumentam a confiança entre membros da equipa e melhoram a coordenação das tarefas, enquanto Salas et al. (2008) acrescentam que estes programas estão associados a maior eficácia organizacional e a ganhos diretos na qualidade dos cuidados prestados.

O conceito de *team building* tem ganho crescente atenção e aplicação em diversas equipas e organizações, especialmente na área da saúde. O objetivo principal é melhorar as dinâmicas de grupo e promover a eficácia coletiva. De acordo com John Adair (2006), a liderança eficaz e a gestão de equipas dependem de três fatores interligados: o indivíduo, a equipa e a tarefa. A interdependência destes elementos é crucial para o sucesso organizacional, garantindo que tanto as necessidades individuais como as coletivas sejam atendidas.

A experiência de Hawthorne, que remonta à década de 1920, reforça esta ideia, demonstrando que as condições sociais e psicológicas no local de trabalho impactam diretamente a produtividade. Esta visão foi ainda mais acentuada junto da equipa onde decorreu o EC II, onde a coesão e a harmonia no ambiente de trabalho são essenciais para garantir um atendimento eficaz aos utentes.

Ao implementar atividades de *team building*, tinha como objetivo melhorar comunicação interpessoal e o fortalecimento das relações entre os membros da equipa. Além disso, consegui criar um sentimento de pertença à organização e identificar conflitos ou fraquezas que poderiam afetar o desempenho do grupo. Num estudo realizado por Fleury et al. (2018) e Berent-Braun e Uhlener (2012), foi unânime a constatação de que equipas de saúde mental que incorporam práticas de *team building* são mais eficazes na gestão do seu trabalho e apresentam maiores índices de satisfação, tanto pessoal como profissional.

Um aspeto que decidi incluir na sessão foi a prática de *mindfulness*, que promoveu uma abordagem holística na integração da equipa. Além destas práticas, a participação na Feira da Saúde foi uma experiência transformadora. Este evento, que ocorreu entre os finais de setembro e o início de outubro de 2024, focou-se na promoção da saúde e bem-estar para diferentes faixas etárias, desde crianças a seniores. A Câmara Municipal do local onde decorreu o ECII organizou este evento sob o lema “Ser + saudável, para ser + feliz”, e a equipa do CRI teve a oportunidade de apresentar o trabalho desenvolvido, especificamente no

tratamento de dependências, com e sem substâncias. Durante a feira, elaborei um poster e um folheto sobre o alcoolismo, além de desenvolver diversos jogos interativos, como lançamentos de dados e raspadinhas da saúde. O objetivo era aumentar o conhecimento da comunidade sobre temas cruciais de saúde, e foi gratificante ver a interação dos participantes e a curiosidade demonstrada. Gomes e Loureiro (2013) defendem que as ações comunitárias de promoção da saúde contribuem para aumentar o conhecimento, reduzir estigmas associados à doença mental e reforçar redes de suporte social. World Health Organization (2013) acrescenta que intervenções de literacia em saúde a nível comunitário têm impacto direto na capacitação das populações e na adoção de comportamentos de vida saudáveis. A realização destas atividades não apenas promoveu a saúde, mas também serviu como uma plataforma para a divulgação do novo Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências (ICAD). Em cada dia, conseguimos envolver diferentes públicos – famílias, crianças, jovens e seniores – numa abordagem inclusiva e educativa. No terceiro e último dia da feira, a equipa focou-se na população sénior, oferecendo atividades que promoviam o envelhecimento ativo e saudável. O envolvimento em atividades de promoção da saúde na área dos Comportamentos Aditivos e Dependências foi enriquecedor, permitindo-me observar a importância da interação interinstitucional com diversos parceiros presentes.

Focando-me agora no ensino clínico, decorrido junto da equipa comunitária de saúde mental, e no meu papel enquanto futura enfermeira especialista tive a oportunidade de refletir em diversos momentos acerca da minha prática enquanto enfermeira generalista, mas também acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros especialista em saúde mental e psiquiatria. Socorrendo em vários momentos da literatura foi-me possível afirmar que o trabalho de qualquer enfermeiro, em particular do EESMP assenta em princípios éticos e deontológicos, tendo em vista a promoção de cuidados baseados na evidência, focados e personalizados na pessoa do utente, na sua família e na comunidade onde está integrado. Como defendem Beauchamp e Childress (2019), a prática clínica deve assentar em quatro princípios fundamentais — autonomia, beneficência, não maleficência e justiça — que orientam a tomada de decisão e garantem a centralidade da pessoa nos cuidados de saúde. No contexto específico da enfermagem em saúde mental, estes princípios são operacionalizados através de uma relação terapêutica que respeita a unicidade de cada utente e promove a sua autonomia no processo de recuperação.

Ao longo deste ensino clínico, tal como nos anteriores, procurei não apenas cuidar de pessoas com doença mental, mas acima de tudo desenvolver intervenções que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida daquelas a quem prestei cuidados, mantendo o foco na promoção da saúde, na prevenção de novos episódios que colocassem em causa o seu bem-

estar e na reintegração na comunidade. A Ordem dos Enfermeiros indica que cabe ao EESMP a mobilização de competências específicas que lhe permitam o desenvolvimento de intervenções e respetiva aplicação de âmbito psicoterapêutico, psicoeducacional, socioterapêutico e psicossocial, visando a melhoria da qualidade de vida e a autonomia dos utentes alvo de cuidados ao longo do seu ciclo de vida (Regulamento n.º 515/2018). De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), a reabilitação em saúde mental deve reunir não apenas na redução de sintomas, mas a promoção da participação ativa da pessoa na comunidade, reforçando a sua autodeterminação e qualidade de vida.

As intervenções psicoeducacionais estiveram fortemente presentes no grupo "Cuido de Mim", onde os temas abordados incidiram sobre alimentação saudável e rastreios. Estas sessões contribuíram para a promoção da autonomia e para a consciencialização dos utentes sobre os fatores que influenciam diretamente a sua saúde física e mental. As atividades permitiram que os participantes refletissem sobre os seus comportamentos, identificando mudanças viáveis no seu estilo de vida. Nutbeam (2000) sublinha que a literacia em saúde é uma ferramenta fundamental para o empoderamento dos cidadãos, permitindo-lhes adquirir conhecimentos e competências que conduzam a escolhas mais saudáveis e ao fortalecimento da autonomia. Na primeira sessão do programa "Cuido de Mim", dinamizada em conjunto com a Terapeuta Ocupacional e a Assistente Social da Equipa Comunitária de Saúde Mental, foi abordada a temática da alimentação saudável como parte integrante da promoção da saúde mental. Esta atividade decorreu no Teatro-Cine da cidade, teve a duração de 60 minutos e contou com a participação de utentes com doença mental acompanhados pela equipa comunitária. Após as boas-vindas e um breve resumo da sessão anterior, introduziu-se a temática, destacando-se o impacto da fast-food na saúde física e mental. Foram enumerados alimentos associados ao consumo de fast-food e, em contraponto, apresentados exemplos de alimentos saudáveis. Incentivou-se a partilha de estratégias para substituir uma refeição menos equilibrada por opções mais saudáveis. A sessão terminou com uma reflexão em grupo e um breve resumo do tema. A avaliação da sessão, tendo em conta que o programa já prevê uma avaliação física inicial, foi realizada através de questões simples que permitiram perceber o impacto da sessão nos participantes, nomeadamente o que consideraram mais importante e se acharam a informação útil. Esta atividade teve como principal objetivo promover o bem-estar físico, emocional e social através de escolhas alimentares saudáveis, reforçando o autocuidado como ferramenta fundamental para a saúde mental. Segundo Hattie et al., (1997) programas de promoção da saúde que utilizam metodologias de ordem participativa oferecem ganhos não apenas ao nível do conhecimento, mas também da motivação e da autorregulação dos comportamentos.

Na sessão de avaliação final do programa “Cuido de Mim”, tive a oportunidade de colaborar com os EESMP da Equipa Comunitária de Saúde Mental, contribuindo para o encerramento de um percurso que visa a promoção de estilos de vida saudáveis em utentes com doença mental. Esta atividade decorreu na sede da equipa, distribuída por três gabinetes, com uma duração aproximada de quatro horas, envolvendo a recolha de dados antropométricos (peso, altura, IMC, perímetros e relação cintura/anca) e a aplicação de diversas escalas validadas, como o Inventário de Depressão de Beck, o STAI, o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, o IPAQ, a Escala de Performance Social e Pessoal (SOFAS) e a Escala de Qualidade de Vida da WHO. A sessão iniciou-se com uma breve recapitulação dos conteúdos trabalhados ao longo dos módulos do programa e com as boas-vindas aos participantes. O objetivo principal passou por permitir aos utentes refletirem sobre os seus hábitos e evolução, reconhecendo a importância da manutenção de comportamentos saudáveis. Apesar de a análise dos dados ainda estar a decorrer, esta sessão representou uma etapa essencial de monitorização e encerramento do processo, tendo sido igualmente uma experiência muito enriquecedora para o meu percurso como aluna do mestrado em Saúde Mental. De acordo com Ware et al. (1996), a avaliação sistemática da qualidade de vida constitui um indicador robusto para medir o impacto das intervenções em saúde mental, permitindo compreender de que forma os programas implementados contribuem para o bem-estar global da pessoa.

As sessões de grupo e as intervenções desenvolvidas entre os momentos de grupo e as consultas de enfermagem individualizadas integraram componentes informativas e técnicas, capacitando os utentes com conhecimento acerca da sua condição, tratamento e estratégias de adaptação. Esta abordagem, conforme Sequeira & Sampaio (2020), reforça a autonomia e tomada de decisão. Para além disso, Knowles (1990) destaca a importância da aprendizagem experiencial no adulto, destacando que a participação ativa em programas educativos amplia a motivação, a retenção de conhecimento e a transferência de competências para a vida quotidiana.

No grupo "Movimente" foram desenvolvidas intervenções de natureza socioterapêutica. As atividades fomentaram a socialização e o trabalho em equipa, promovendo a cooperação e as relações interpessoais. Yalom (2006) destaca a coesão grupal e o comportamento imitativo como fatores terapêuticos essenciais, ambos claramente visíveis nestas dinâmicas. Segundo Mead e MacNeil (2006), a utilização de grupos de apoio e de intervenção psicossocial permite desenvolver sentimentos de pertença, reduzir o isolamento e reforçar a identidade pessoal, constituindo-se como um recurso terapêutico poderoso na recuperação em saúde mental.

A atividade de Natal foi realizada no Centro de Saúde da cidade com os utentes do referido grupo terapêutico, e teve como principal objetivo promover o desenvolvimento de competências emocionais, sociais e cognitivas, através de uma atividade ocupacional

terapêutica – expressão plástica com materiais alusivos ao Natal – com vista à decoração da sala onde decorrem as sessões do grupo.

O cuidar em Enfermagem centra-se na promoção de projetos de saúde construídos entre enfermeiro e utente, visando a satisfação global das suas necessidades e a promoção do seu funcionamento social. Neste sentido, a atividade foi pensada no âmbito da reabilitação psicossocial, onde o enfermeiro, inserido numa equipa multidisciplinar, atua para proporcionar à pessoa com doença mental a oportunidade de desenvolver ao máximo as suas capacidades, na comunidade em que está inserida. Segundo Townsend (2011), a reabilitação psicossocial promove não apenas a recuperação clínica, mas sobretudo a reintegração social, permitindo ao utente reaver papéis sociais significativos e fortificar a sua identidade.

A ocupação, enquanto atividade terapêutica, cria uma ligação entre terapeuta, cliente e atividade, funcionando por vezes como objeto intermediário, e noutras, como meio de expressão e construção identitária. As atividades ocupacionais terapêuticas, como esta, são estruturadas de forma a dirigir o desempenho funcional dos participantes, respondendo às suas necessidades humanas fundamentais (NHF). Kielhofner (1989) salienta, no Modelo de Ocupação Humana, que a atividade ocupacional constitui um mediador essencial do bem-estar, favorecendo a motivação, a volição e o desempenho adaptativo da pessoa.

A sessão teve a duração de 60 minutos. Teve início com a receção aos utentes e uma pequena abordagem ao tema do Natal, não só enquanto época festiva, mas também como oportunidade de ligação, expressão de sentimentos e valorização das pequenas conquistas. Durante o desenvolvimento, foi explicada a atividade: criar enfeites de Natal (bolas, estrelas) com os materiais disponíveis (cartão, cola, tesoura, fitas, fita cola, etc.). A proposta visou não só estimular a criatividade, mas também promover a interação entre os participantes, incentivar a partilha de ideias e sentimentos, e reforçar a autoestima de cada um. Bandura (1977) defende que o reforço da autoeficácia é fundamental para que os indivíduos se sintam capacitados para enfrentar desafios, e atividades criativas em grupo funcionam como um contexto mediador para consolidar esse sentimento de competência.

Os utentes participaram ativamente, com entusiasmo e dedicação. Houve espaço para partilhas sobre o dia a dia e também sobre o significado do Natal. A troca de experiências e a expressão emocional foram muito enriquecedoras para o grupo. A atividade tornou-se um espaço de escuta e construção coletiva, alinhada com os princípios da Enfermagem em Saúde Mental, nomeadamente a promoção da autonomia, da satisfação pessoal e da qualidade de vida.

A sessão foi encerrada com perguntas reflexivas como: “Como é que se sente ao dar ou receber presentes?” e “Como podemos celebrar as pequenas conquistas do nosso dia a dia?”.

Estas perguntas permitiram reforçar o sentido da atividade e o seu impacto na vivência individual e grupal.

A avaliação foi feita de forma qualitativa, através do feedback dos utentes. A maioria referiu ter gostado da atividade, destacando o prazer de participar, o gosto pela criação artística e o sentimento de pertença ao grupo. Segundo Deci e Ryan (2000), a satisfação das necessidades psicológicas básicas de autonomia, competência e relação é determinante para o bem-estar e motivação intrínseca, o que ficou evidente nas respostas positivas dos participantes.

Concluiu que esta atividade respondeu aos objetivos traçados, promovendo competências importantes no processo de reabilitação psicossocial e reforçando o papel do enfermeiro na implementação de estratégias terapêuticas centradas no utente.

Adicionalmente, foi evidente que a planificação das sessões, com objetivos específicos e espaço para reflexão, permitiu o envolvimento progressivo dos utentes. A socioterapia surgiu também como ferramenta para a reintegração social dos utentes, estimulando a participação em ambientes comunitários e fora do contexto institucional (Fleury et al., 2009). Autores como Saraceno et al. (2005) reforçam que a integração comunitária das pessoas com doença mental constitui não apenas um direito humano, mas uma estratégia essencial para reduzir o estigma e favorecer a inclusão social.

Posteriormente foi dinamizada uma segunda sessão de grupo, do Grupo Terapêutico “Movimente”, dinamizada no Centro de Saúde da cidade, tive a oportunidade de promover a reflexão sobre o conceito de esperança, enquanto fator motivador e transformador em momentos de adversidade. A sessão teve a duração de 60 minutos e iniciou-se com uma breve introdução ao tema, seguida da leitura do texto “Esperança, apesar do absurdo, aconteça o que acontecer” de José Tolentino de Mendonça, articulada com a audição das músicas “Esperança”, de Miguel Araújo, e “Algo Mais”, de Milhanas. Criou-se assim um ambiente de introspeção, com os participantes de olhos fechados, favorecendo uma experiência emocional positiva. Após este momento, foi incentivada a partilha em grupo com base em questões orientadoras sobre a importância da motivação interna para manter a esperança, e os participantes foram convidados a elaborar a sua própria “Lista da Esperança”, expressando sonhos, sentimentos e estratégias pessoais. A sessão terminou com uma breve reflexão final e a avaliação foi realizada de forma qualitativa, através da observação direta da interação e envolvimento dos participantes. De acordo com, Snyder (2002), a esperança deve ser entendida como um processo cognitivo e motivacional, que assenta na capacidade de definir metas, delimitar caminhos e manter a motivação para os alcançar, sendo assim uma variável psicológica decisiva na recuperação em saúde mental.

Estas intervenções foram implementadas em momentos onde os utentes expressaram dificuldades emocionais, sendo as estratégias sempre definidas em articulação com os orientadores e a restante equipa. A sua aplicação teve como objetivo fomentar a autorreflexão, o insight e a autonomia dos utentes ao enfrentarem as suas dificuldades.

As intervenções psicossociais estiveram presentes de forma transversal nas sessões de grupo e em momentos individuais, com foco na capacitação social e emocional dos utentes. Estas ações visaram o fortalecimento das relações interpessoais e a promoção da integração comunitária, em linha com os pressupostos da intervenção psicossocial descrita por Morato & Lussi (2018). De acordo com Thornicroft e Henderson (2016), as intervenções psicossociais demonstram eficácia não apenas na redução do sofrimento psicológico, mas acima de tudo na melhoria das competências sociais e da participação comunitária, sendo elementos centrais na reabilitação em saúde mental.

O trabalho em articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar foi fundamental para garantir continuidade e coerência no plano de cuidados. O utente foi sempre envolvido nas decisões, respeitando o seu ritmo e escolhas, tal como defende Lazure (1994). Davidson et al., 2006 reforçam que a participação ativa do utente no seu processo terapêutico é um princípio essencial da reabilitação psicossocial, promovendo empowerment e reforçando a perceção de autoeficácia.

A utilização da CIPE no registo clínico e a personalização dos planos de cuidados permitiram adequar as estratégias às reais necessidades de cada pessoa.

A relação de ajuda assumiu um papel central no ensino clínico, com enfoque na escuta ativa, empatia e respeito pelo outro. A prática demonstrou que a ajuda efetiva é assimétrica, mas não autoritária. É recíproca, baseada no reconhecimento da singularidade do outro, conforme Morel, Hervé e Fontaine (1998).

Uma das intervenções mais desafiantes que desenvolvi durante o estágio foi a implementação de um programa de promoção da esperança junto de um utente em acompanhamento individual no âmbito de estudo de caso. Esta atividade exigiu uma cuidada articulação com outros profissionais da Equipa Comunitária de Saúde Mental, nomeadamente o psiquiatra e a psicóloga, e implicou uma planificação rigorosa, ajustada às necessidades e potencialidades do utente. Inspirado nos contributos teóricos de Erikson (1968) e Querido (2012), este programa teve como objetivo central estimular a crença do utente na sua capacidade de superação e na reconstrução de um sentido de vida. Estruturado em quatro sessões, procurou trabalhar a esperança como um constructo terapêutico essencial ao processo de recuperação. A intervenção encontra-se sustentada nos princípios do Modelo Cuidar em Enfermagem Baseado nas Forças (SBC), de Laurie Gottlieb, que privilegia a capacitação, a autoeficácia e a esperança. Este modelo compreende o empoderamento do utente através da valorização

das suas forças, competências e recursos internos, ajudando-o a assumir um papel ativo e responsável no seu próprio processo terapêutico. A esperança é entendida como a expectativa de que algo positivo possa acontecer, funcionando como motor de mudança e de mobilização emocional. Segundo Antonovsky (1996) esta mobilização decorre de um “sentido de coerência”, em que a pessoa percebe a vida como compreensível, gerível e significativa, aspeto fundamental para a promoção da saúde mental e resiliência.

Na 1.<sup>a</sup> sessão, com o tema *Brasão da Esperança*, foram utilizados materiais como folhas A4, canetas e música relaxante. Após o acolhimento, foi proposto ao utente que refletisse sobre o significado da esperança e identificasse momentos da sua vida em que sentiu esperança mesmo perante a adversidade. Com base nessa reflexão, foi convidado a construir o seu brasão, incluindo palavras, símbolos ou desenhos que representassem a sua experiência e visão sobre a esperança. A sessão permitiu uma primeira abordagem emocional ao tema e serviu como ponto de partida para a exploração do seu universo interior. Foi aplicado o indicador NOC 1201 e a Escala de Esperança HHP-PT, instrumentos que também seriam utilizados na última sessão, permitindo comparar os resultados ao longo da intervenção.

A 2.<sup>a</sup> sessão, com o tema *Árvore dos Talentos*, teve como objetivo levar o utente a identificar os seus recursos internos, talentos e valores, reconhecendo as suas potencialidades mesmo num contexto de sofrimento. Através de um brainstorming inicial, foi feita uma reflexão orientada sobre o significado de “árvore”, “talento” e “esperança”. O utente foi incentivado a recordar pessoas que o inspiram e a considerar os valores que passaram a ter mais ou menos importância desde o início da sua doença. Com o apoio de música ambiente e da folha da “Árvore dos Talentos”, foi convidado a representar simbolicamente os seus talentos e forças, desenhando ramos com palavras-chave ou imagens que lhe transmitissem significado. Esta sessão fomentou o autoconhecimento e a valorização das capacidades próprias, reforçando a sua autoeficácia. De acordo com Bandura (1977), a autoeficácia representa a perceção do indivíduo sobre a sua capacidade de organizar e executar ações necessárias para lidar com situações futuras, funcionando como um determinante essencial do comportamento humano e da recuperação em saúde mental.

Na 3.<sup>a</sup> sessão, o foco centrou-se na criação do *Kit da Esperança*, um recurso terapêutico com forte impacto simbólico e emocional. Explicou-se ao utente o conceito do kit enquanto espaço físico e emocional onde pode guardar objetos, imagens, frases ou símbolos que reforcem a sua esperança em momentos de maior fragilidade. O utente foi incentivado a escolher e incluir na sua caixa pelo menos três elementos que representassem fontes de esperança, como fotografias, mensagens ou memórias, personalizando o seu kit com desenhos, cores ou colagens. Foi ainda convidado a escrever uma mensagem dirigida a si próprio, com palavras de encorajamento, para incluir no interior da caixa. Esta sessão revelou-se particularmente

significativa, pois permitiu ao utente construir um suporte tangível de esperança, capaz de o apoiar em momentos difíceis, funcionando como âncora emocional e como ferramenta de autocuidado. Como enfatizam Moreira e Holanda (2010) preservar a esperança e do sentido de vida é determinante para a capacidade de resiliência e para enfrentar o sofrimento.

A 4.<sup>a</sup> sessão, com o tema *Definição de Objetivos para o Futuro*, visou consolidar os ganhos terapêuticos e preparar o utente para dar continuidade ao seu processo de recuperação. Após uma breve reflexão conjunta sobre o impacto do programa, foram revistos os principais momentos das sessões anteriores e os recursos internos identificados. O utente foi apoiado na definição de três objetivos concretos e realistas, um de ordem física, outro emocional e outro social, que gostaria de alcançar num futuro próximo. Discutiram-se possíveis dificuldades e estratégias para as enfrentar, estimulando a responsabilização e a autogestão. No final, foram novamente aplicadas a Escala de Esperança HHP-PT e a Escala HAD, permitindo avaliar a evolução do estado emocional e os progressos alcançados no domínio da esperança. Segundo Locke e Latham (2002), a definição de objetivos específicos e realistas constitui um fator motivacional fundamental, amplificando a probabilidade de sucesso e de manutenção de comportamentos saudáveis.

Esta intervenção revelou-se profundamente transformadora, não apenas para o utente, que demonstrou maior motivação e confiança, mas também para o meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental. A aplicação prática de um modelo centrado nas forças permitiu-me reforçar a importância de uma abordagem terapêutica humanizada, promotora de autonomia, significado e esperança. Indo ao encontro das palavras de Watson (2001), o cuidar em enfermagem deve ser entendido como uma prática humanizada, em que a dimensão relacional e o sentido de singularidade do outro constituem o verdadeiro núcleo da prática profissional.

A prática reflexiva, sustentada pela literatura e pela experiência em campo, revelou-se essencial para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura especialista. Capacitar, escutar, adaptar e promover a esperança foram pilares da minha atuação junto da Equipa Comunitária de Saúde Mental.

Ao longo deste percurso clínico, foi perceptível que o estigma, a limitação da autonomia e o impacto familiar são fatores transversais nas doenças mentais. O EESMP deve adaptar as suas intervenções ao contexto, mobilizando competências psicoterapêuticas, psicoeducacionais, psicossociais e socioterapêuticas de forma integrada, garantindo cuidado holístico e centrado na pessoa.

Autores como Phaneuf (2005), Yalom (2006) e Lopes (2005) destacam que a empatia é uma competência essencial, permitindo ao EESMP captar e devolver ao utente a imagem dos seus sentimentos, facilitando o processo terapêutico. Essa capacidade foi mobilizada em múltiplos

momentos do ensino clínico, contribuindo para o estabelecimento de relações terapêuticas sólidas e humanizadas.

Como sintetiza Lazure (1994), o enfermeiro cuidador é aquele que clarifica, respeita, ouve, confronta e acredita no potencial de quem cuida. A enfermagem, sendo uma profissão de ajuda, exige presença, consciência e disponibilidade — qualidades que procurei desenvolver e aplicar ao longo deste ensino clínico.

### 3. A PRÁTICA ESPECIALIZADA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Num passado não tão longínquo, a ausência de conhecimento obrigava os interessados a partirem da prática para a teoria. Porém, com a passagem do tempo e acumulação de informação, as ciências construíram um património de conhecimentos próprios o que nos permite, atualmente, abordar as questões que nos suscitam interesse de modo contrário, ou seja, da teoria para a prática. De facto, hoje a teoria comanda todo o processo de investigação, cabendo-lhe o acionamento dos métodos e técnicas a aplicar na busca do produto-conhecimento tão desejado.

Para quê fazer investigação? De acordo com Basto (1998), faz-se investigação de forma a melhor compreender a realidade, aumentando o conhecimento acerca de determinado fenómeno. Contudo, sabe-se que a realidade é sentida de forma diferente por indivíduos diferentes, consoante as suas experiências, conhecimentos, grupo de pertença, cultura de origem, etc., construindo estes as bases das anteriormente referidas representações (Adam, 1994).

É, todavia, possível penetrar nessas mesmas realidades através do desenvolvimento de modelos flexíveis e dinâmicos de investigação. Estes modelos devem permitir encarar a pessoa de uma forma holística, tendo em conta os seus componentes intrínsecos e extrínsecos particulares, bem como o modo como estes se interrelacionam, de forma a construir um retrato dinâmico o mais próximo possível da realidade sentida e vivida por cada um (Phaneuf, 2005).

Por sua vez, Schutz (2011) expressa a opinião de que, *todos os factos são, desde a origem, selecionados de um contexto universal pela atividade da nossa mente. São sempre factos interpretados, sejam eles olhados à parte do seu contexto, por uma abstração artificial, ou ponderados no seu enquadramento específico. Em qualquer dos casos, transportam os seus próprios horizontes interpretativos internos e externos*".

O desenvolvimento de modelos explicativos destes factos é essencial para as boas práticas em enfermagem, uma vez que *devem servir como instrumento de união entre a teoria e a*

*prática; podem clarificar as nossas ideias sobre elementos de uma situação prática e relacioná-los entre si; podem ajudar a quem trabalha em enfermagem a comunicar de forma mais significativa* (Couto, 2006), isto é, podem, com base no seu produto-conhecimento, facilitar o desenvolvimento de cuidados ajustados à pessoa cliente.

Tendo em conta a importância da produção de conhecimento e a renovação do mesmo, bem como o que se encontra descrito nas competências comuns do enfermeiro especialista, foi desenvolvido o presente estudo que se intitula: “Gestão da Ansiedade e Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Profissionais de Enfermagem de um serviço de medicina, através de técnicas de 3ª geração (*mindfulness*, aceitação e compromisso)”.

Este estudo foi desenvolvido tendo por base a crescente evidência de que o *mindfulness*, aceitação e compromisso são técnicas de 3ª geração eficazes na gestão da ansiedade e na promoção do bem-estar subjetivo. Este projeto foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, sendo implementado num serviço de medicina de um hospital da região oeste, onde a autora exerceu funções durante nove anos. A sua pertinência advém do impacto do contexto laboral na saúde mental e emocional dos enfermeiros, onde a ansiedade é uma constante e com repercussões significativas. Face à realidade observada, e após análise reflexiva, tornou-se essencial intervir com estratégias que procurassem promover a saúde emocional, respondendo também às competências comuns do Enfermeiro Especialista, que orienta a sua prática na investigação e no conhecimento científico. O projeto manteve-se alinhado com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2011) e com o Core de Indicadores Sensíveis aos Cuidados Especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2021), através da utilização de práticas fundamentadas na evidência e centradas na pessoa do profissional de enfermagem.

Os hospitais estão entre os locais mais potenciadores de stress; o stress aumenta diariamente como resultado de rápidas mudanças tecnológicas, das necessidades sentidas pelos utentes a quem são prestados cuidados, dos mais diversos domínios de tratamento (Urden et al., 2010). O *burnout* entre enfermeiros, tendo sido referenciado através de diversos estudos que procuraram demonstrar a relação entre stress, *burnout* e as características específicas desta profissão, nomeadamente um contacto assistencial direto, lidar com o sofrimento, a dor, a morte, condições de trabalho em alguns momentos precárias, carga horária elevada, trabalho por turnos, conflitos entre as equipas, supervisão deficitária, elevada exigência laboral, contribuindo para uma desmotivação global quer com as instituições, quer com a própria profissão (Getie et al, 2025).

O termo *burnout* (do inglês: burn = queimar, out = fora) significa não ter mais energia, chegar ao limite das forças, ser incapaz de fazer mais. É descrito como um estado de total esgotamento físico e emocional, o *burnout* surge após uma exposição prolongada a

ambientes de trabalho desfavoráveis e geradores de stress (Cooper et al., 2001). Um dos fatores geradores de stress tido em primeira linha é a carga de trabalho elevada ou profissões com elevada responsabilidade no que concerne às questões humanas, médicas ou educacionais envolvidas (Fathi, 2004). Desta forma, identificou-se que o *burnout* deveria ser estudado não somente como uma reação individual ao stress, mas também em termos das relações que o ser humano desenvolve com o seu ambiente laboral. Os primeiros estudos sobre esta temática foram realizados com grupos de profissionais cujas atividades eram desenvolvidas na área da saúde mental, do serviço social, sistema judicial, profissões de âmbito religioso e ensino (Maslach & Jackson, 1981). Estes profissionais reúnem entre si o foco na prestação de cuidados e assistência ao outro, ou seja, uma relação entre prestador e recetor, com um imenso e contínuo nível de contacto pessoal e emocional.

Uma a exposição prolongada a fatores geradores de stress ambientais e ocupacionais, resulta em stress no local de trabalho, contribuindo para a exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal. De acordo com a teoria de conservação de recursos (Hobfoll, 2001), esta resposta resulta de um desequilíbrio da homeostasia, em que a exposição prolongada a fatores geradores de stress resulta numa alteração do sistema biológico, através da perda de recursos necessários (Gorgievski & Hobfoll, 2008). Esta derrocada impede alterações compensatórias e antecipatórias, afetando diretamente o estado de saúde física e mental, levando a estados de exaustão, fadiga, cefaleias, insónia, somatização, depressão e disfunção social (Lambert et al., 2007; Iacovides et al., 1999; Malinauskienė et al., 2009; Piko, 2006; Tselebis et al., 2001).

Entre 2011 e 2013, num estudo desenvolvido em Portugal 21,6% dos profissionais de saúde apresentaram índices de *burnout* moderado e 47,8% *burnout* elevado (Marôco et al., 2016). Os resultados deste estudo apontaram a necessidade da implementação de intervenções ocupacionais que reduzam a incidência do *burnout* em profissionais de saúde, por forma a melhorar o seu bem-estar físico e emocional, potenciando a qualidade do serviço de saúde que estes profissionais prestam. A perceção das condições precárias no local de trabalho foi um dos fatores estudados, surgindo como o melhor preditor da incidência de *burnout* tanto em médicos como em enfermeiros (Marôco et al., 2016).

O Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), num estudo desenvolvido ao longo do ano 2018 em parceria com outros organismos de saúde, concluiu que o *burnout* afeta todos os profissionais que trabalhem em hospitais, independentemente da função desempenhada (Marques et al., 2018). Além de procurar avaliar a prevalência de *burnout* em cinco classes profissionais (técnicos auxiliares de saúde, enfermeiros, técnicos superiores de saúde e de diagnóstico e terapêutica, administrativos e médicos), a investigação procurou também perceber em que medida a categoria profissional se associava a níveis de *burnout*

elevados. Entre médicos, enfermeiros e técnicos administrativos, verificou-se um risco elevado de *burnout* em todas elas. Os investigadores, ressaltam que os fatores que conduzem ao *burnout* são diferentes.

A qualidade de vida é influenciada pelo modo como cada um de nós vivencia determinados acontecimentos na vida, sendo a profissão um dos fatores condicionantes dessa mesma qualidade de vida (Unanue et al, 2017). A satisfação perante a vida é uma avaliação global e cognitiva face à qualidade de vida e bem-estar de cada ser humano. A qualidade de vida comporta diversos aspetos tais como o ambiente, bem como aspetos internos de cada pessoa, nomeadamente o bem-estar psicológico e o bem-estar subjetivo.

O bem-estar é definido como o funcionamento global positivo da pessoa, incluem-se fatores como a vitalidade, o desenvolvimento cognitivo e social ou a própria perceção de saúde física e psíquica. A atividade positiva do ser humano é um conceito que advém das áreas afetas à psicologia e à saúde mental, que conduzem à definição de um dos tipos de bem-estar, o bem-estar psicológico. Contudo, existe também o bem-estar subjetivo, que engloba a felicidade, a satisfação e as experiências subjetivas, associadas à qualidade de vida no local de trabalho e à satisfação com o estilo de vida (Ryff, 1989). Assim, enquanto o bem-estar psicológico está associado ao ser em permanente mudança, ao exercício e à procura pelo crescimento e desenvolvimento pessoal, o bem-estar subjetivo está associado ao conceito de felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a uma relativa ausência de problemas (Waterman, 1993). Neste âmbito, existem duas correntes de estudo: o bem-estar eudemonista e o bem-estar hedonista. A corrente eudemonista refere-se à importância do nível de funcionamento pessoal, significado e autorrealização do ser humano. Aqui inserem-se os modelos do bem-estar psicológico e do bem-estar social (Ryff & Singer, 2008). A corrente hedonista centra-se na importância das emoções. Insere-se o modelo do bem-estar subjetivo, que salienta a importância dos níveis de afetividade e da satisfação com a vida no bem-estar. O bem-estar psicológico, enraizado na perspetiva eudemonista, encara o bem-estar como a materialização do potencial humano (Ryff, 1995). Consiste na concretização pessoal, em que se acentua o desenvolvimento psicológico na procura de um significado.

O bem-estar psicológico desempenha um papel central no grau de saúde mental do indivíduo. Foram identificadas cinco dimensões relevantes para a saúde mental do ser humano: o bem-estar afetivo a dimensão mais significativa, baseia-se na sensação de bem-estar ser humano, apresentando uma forte relação com a autoestima; que se define pelo o conjunto de recursos psicológicos utilizados para resolução de problemas; a autonomia define as competências dos indivíduos, enquanto forma de resiliência face aos estímulos ambientais, bem como a formação de uma opinião própria; a aspiração relaciona-se com a manutenção do interesse de integração num ambiente favorável ao desenvolvimento humano; o funcionamento

integrado representa o funcionamento do indivíduo no seu todo. O bem-estar afetivo é considerado a componente afetiva do bem-estar psicológico que envolve os aspetos relacionados com as emoções e o humor (Warr, 1990). Alguns autores descreveram a afetividade como o experienciar e vivenciar os sentimentos e emoções positivas (alegria, excitação, interesse e estado de alerta) e a relativa ausência das emoções negativas (raiva, medo, tristeza e culpa), estando implícito um conteúdo relacional, pois as pessoas vivenciam afetos em relação aos outros, em relação a elas próprias, e em relação aos contextos, onde se encontram inseridos (Diener & Larsen, 1993).

O modelo do bem-estar subjetivo é um constructo multidimensional que inclui as componentes afetivas e cognitiva, as quais, embora relacionadas, possuem diferenças empíricas e filosóficas (Schimmack et al., 2008). Vinculado ao hedonismo, concebe o bem-estar como felicidade subjetiva e procura a experiência do prazer ou do equilíbrio entre o afeto positivo e o afeto negativo (Diener et al., 1999; Diener, 2000). Resulta do experienciar sentimentos agradáveis ou um equilíbrio entre os sentimentos agradáveis e desagradáveis. É considerado um conceito complexo, que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, englobando outros grandes conceitos e domínios de estudo, como são a qualidade de vida, o afeto positivo e o afeto negativo. Está estruturado de modo que estes três conceitos formem um fator global de variáveis interrelacionadas. Cada um dos três componentes pode ser subdividido. A satisfação com a vida global pode ser dividida em satisfação com os vários domínios de vida e estes, por sua vez, podem ser divididos em várias facetas. O afeto positivo pode ser dividido em emoções tais como a alegria, a afeição e o orgulho, e o afeto negativo pode ser dividido em emoções negativas como a vergonha, a culpa e a tristeza (Diener et al., 1999).

Bradburn, procurou desenvolver instrumentos para avaliar a saúde mental através das emoções, detetou duas dimensões afetivas independentes: a afetividade positiva e a afetividade negativa. Demonstrando, assim, que a diminuição ou eliminação de estados negativos, não corresponde ao aumento de estados positivos. O autor propôs que avaliar a discrepância entre estas duas dimensões hedonistas, constitui um bom indicador dos sentimentos de bem-estar do ser humano (Bradburn, 1969). As componentes afetivas do bem-estar subjetivo podem definir-se como estados e emoções representativos da forma como cada um vivencia os acontecimentos no momento imediato. A afetividade constitui um constructo multidimensional com estabilidade temporal e boa capacidade preditiva para estados emocionais futuros. Assim considerar que esta avaliação cognitiva é um processo dinâmico que depende da satisfação momentânea do indivíduo com domínios específicos da vida, mas também, da forma específica e coordenada como percebe a vida globalmente (Diener et al., 2000; Pavot & Diener, 2008).

Componentes do bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida, a afetividade positiva e a afetividade negativa relacionam-se entre si, mas são também dimensões independentes umas das outras. Uma pessoa pode experienciar, frequentemente, emoções positivas e, raramente, emoções negativas, enquanto outro pode registar elevados níveis de afetividade positiva e negativa. Assim, as três dimensões do bem-estar subjetivo são empiricamente distintas devendo ser estudadas individualmente para uma visão completa do bem-estar subjetivo global (Diener et al., 1999). A componente cognitiva do bem-estar subjetivo, satisfação com a vida, é um constructo emergente (Pavot & Diener, 2008). Representa a avaliação global que a pessoa realiza da sua satisfação e qualidade de vida, utilizando os seus próprios critérios (Pavot & Diener, 1993).

O conceito de bem-estar subjetivo relaciona-se com a noção de qualidade de vida. De facto, nesta noção incluem-se as condições de vida e a experiência de vida. A experiência de vida constitui, mais propriamente, o domínio do bem-estar subjetivo, ao passo que as condições de vida se referem a um conjunto de fatores sociodemográficos suscetíveis de influenciar o modo como os indivíduos experienciam e avaliam a vida. Desta forma, o bem-estar subjetivo é uma reação avaliativa da pessoa à sua própria vida, quer em termos de satisfação com a mesma (avaliação cognitiva) que em termos de afetividade (reações estáveis) (Diener, 2000). Numa perspetiva individual, o estudo do bem-estar subjetivo centra-se frequentemente em conhecer as características de pessoas felizes. Embora os níveis elevados de bem-estar não sejam estáticos (Diener & Seligman, 2002), estas pessoas tendem a descrever maiores níveis de otimismo (Carver et al., 2010) e autoestima; demonstrando propensão à interiorização de sentimentos (Diener, 2009), lembrar mais acontecimentos positivos que negativos, relatar diariamente mais emoções positivas que negativas, dedicando mais tempo à socialização (Diener & Seligman, 2002) e a desenvolver melhores relações interpessoais (Fave et al., 2011); relatam uma boa relação consigo e com os outros e, tendo maiores características de extroversão, amabilidade e estabilidade emocional (Diener & Seligman, 2002).

O stress surge quando a pessoa tem de enfrentar situações que exigem uma adaptação e são percebidas como um desafio ou ameaça. Essa percepção, conjuntamente com uma resposta emocional desencadeada, é promotora da ativação de uma cascata hormonal.

De acordo com Selye (1956), o stress tem um lado positivo ajudando a manter a motivação para cumprir uma tarefa, desde que a pessoa tenha recursos para tal, falamos de eustress podendo originar uma sensação de excitação controlada. Quando os recursos são limitados surgem sentimentos de ansiedade, falta de controlo, tensão ou tristeza e mal-estar, designando-se por distress este lado negativo do stress. Selye designou ainda por hiperstress o excesso de stress, por um confronto constante com situações de desafio, e por hipostress a falta de stress ou de desafios. O nível de stress e o tempo de exposição estão intimamente

relacionadas com a interpretação que cada um de nós faz sobre as perdas e ganhos resultantes das mudanças, das suas características pessoais, os recursos de que dispõe para enfrentar uma determinada situação, estado de saúde e o ambiente em que está inserido.

De acordo Maté com devem ser considerados três componentes para se perceber o que representa uma experiência de stress: o evento (realidade interna ou um acontecimento externo) que a pessoa interpreta como ameaçador sob um ponto de vista físico ou emocional; a forma como a experiência é interpretada e o respetivo significado desse stress.

A resposta a uma situação de stress envolve uma série de ajustes fisiológicos e comportamentais. Qualquer situação que afete o equilíbrio emocional provoca uma rutura na homeostasia do organismo, exigindo uma adaptação e desencadeando uma resposta. O elemento que desencadeia essa reação, conhecido como fator gerador de stress, pode ter origem externa ou interna e pode assumir uma natureza física, cognitiva ou emocional (Selye, 1956). Importa destacar que o eustress e o distress não se distinguem pelo fator gerador de stress, mas sim pela avaliação que a pessoa faz dele. Significa isto que o que pode representar uma situação de eustress para uma pessoa (porque se sente capaz de enfrentar a situação), pode representar um fator de distress para outra pessoa que não sinta possuir os recursos necessários para o enfrentar.

Perante situações consideradas geradoras de stress, o ser humano procura utilizar mecanismos psicológicos para retomar o equilíbrio. Estes mecanismos ou estratégias são ações cognitivas elaboradas através da avaliação da situação, do ambiente, de experiências anteriores e da maturidade do próprio eu, designamos de estratégias de coping. Com origem na palavra inglesa to cope, significa lutar, competir, enfrentar. A capacidade para lidar com desafios é evolutiva na medida em que o ser humano, vai sendo cada vez mais capacitado quer emocionalmente quer geneticamente.

Uma outra resposta adaptativa perante situações de stress é a de congelamento; quando uma ameaça é demasiado avassaladora, é possível que a pessoa fique com ausência de reação num determinado período. Quando as emoções são de tal ordem intensas, o nosso organismo tende a proteger-se (assumindo uma fuga transitória), até que a situação possa ser minimizada. Perante uma situação de pressão, a resposta desencadeada será sempre a mesma, independentemente do fator gerador de stress que a provoca, pois, os mecanismos de defesa acionados serão os mesmos. Assim, pela mesma ordem: primeiro, a reação de alarme, em que se identifica a situação e os mecanismos de defesa são reunidos para a enfrentar; depois, a resistência, em que são ativadas uma série de mudanças fisiológicas para preservar o equilíbrio. Dependendo da sua intensidade e extensão, o nosso organismo é capaz de manter essas mudanças durante um definido período, mas, num determinado momento essa capacidade cessa, surgindo a exaustão que poderá causar irreparáveis, no

entanto, estes danos poderão ser restaurados, se houver oportunidade de “descanso” (Perry & Szalowitz, 2008).

De acordo com Gilbert (2010) o vivenciar a mesma experiência diversas vezes permite ao cérebro recriar um determinado tipo de resposta. Assim, perante uma situação percebida como ameaça, que requer proteção, o cérebro ativa um padrão automático de resposta, previamente apreendido, que é acionado sempre que a pessoa entra nesse estado.

Desta forma, perante uma situação de stress, é ativado um circuito neural específico, simultaneamente no corpo e no cérebro, que gera um comportamento acompanhado de todas as alterações fisiológicas que este exige (Pert, 1997). O stress possui um valor evolutivo para o organismo, pois permite manter um estado de alerta e vigilância, prevenindo eventuais perigos e preparando o organismo para lidar com eles, caso se revelem uma ameaça.

Contudo, como já foi referido, tanto a ausência como o excesso de stress podem ser prejudiciais. O stress é necessário à manutenção da vida e das atividades do quotidiano, sendo extremamente benéfico quando funciona como estímulo à mudança, ao crescimento e ao desempenho global do indivíduo, permitindo a concretização das suas tarefas e a satisfação das necessidades básicas, incluindo o trabalho.

O problema surge quando este comportamento se prolonga no tempo e é direcionado a situações que não podem ser resolvidas com os recursos pessoais do indivíduo, como acontece frequentemente com as ameaças contemporâneas (Seligman, 2007). Nestes casos, a pessoa passa a viver permanentemente num modo de ameaça e autoproteção, o que limita, ou até impede, o bem-estar, a satisfação com a vida, a expressão afetiva e a criatividade.

O ser humano tem uma necessidade profunda de estabelecer relações, e a dificuldade em concretizá-las pode ser uma das consequências do stress contínuo, uma vez que todo o organismo se foca prioritariamente em reduzir os possíveis danos antecipados associados a um determinado evento, relegando para segundo plano tudo o resto (McTaggart, 2011). O mesmo se aplica ao descanso, ao relaxamento e à simples capacidade de apreciar os aspetos positivos da vida.

A capacidade de adaptação não é ilimitada e, quando o fator gerador de stress se torna demasiado intenso ou prolongado, podem surgir danos ou prejuízos para o organismo. Em níveis elevados e sustentados, o stress pode originar doenças físicas e mentais, com impacto negativo nas relações profissionais, familiares e sociais.

Perante os efeitos do stress no dia a dia do ser humano, têm surgido abordagens promotoras da regulação emocional e do bem-estar, das quais se destaca o *mindfulness*.

*Mindfulness* é a palavra inglesa utilizada para traduzir *sati*, um termo da língua páli que se refere a consciência, atenção e lembrança (Siegel, 2007). A cultura ocidental tem vindo a interessar-se pela sua prática e o seu interesse tem crescido de forma exponencial.

De acordo com a literatura, quando se faz referência ao *mindfulness* num contexto terapêutico, o seu significado pode concentrar-se em três elementos: consciência; da experiência presente; e a aceitação. Pode ser entendido como o direcionar e orientar o *self* para o momento presente (Segal et al., 2002) e Jon Kabat-Zinn define-o como dirigir a atenção ao momento presente, intencionalmente e sem julgamento. O *mindfulness* incide sobre a experiência do momento presente, em vez vivência do passado ou da preocupação com o futuro (Kabat-Zinn, 1990). Por este motivo, engloba um conjunto de técnicas que procuram treinar a focalização da atenção, ou seja, um processo de autorregulação da atenção (Davison & Goleman, 1977). Brow e Ryan definem consciência e a atenção no momento presente aos estímulos internos (pensamentos, emoções, sensações físicas) e externos como componentes fundamentais do *mindfulness*. O *mindfulness* é considerado um atributo da consciência (Brown & Ryan, 2003), uma das aptidões ou propriedades mentais básicas.

Pode operacionalizar-se o *mindfulness* como consistindo em dois componentes interrelacionados: a autorregulação da atenção, de modo a mantê-la na experiência imediata, permitindo o reconhecimento dos acontecimentos mentais que estão a ocorrer no momento, e a adoção de uma orientação mental de curiosidade, de abertura e aceitação perante aquilo que acontece, e de não julgamento perante os eventos mentais (Bishop et al., 2004; Walach et al., 2006). À perspetiva da atenção dirigida para o momento-a-momento numa atitude receptiva de não julgamento, pode ainda acrescentar-se a orientação metacognitiva, ou descentramento, ou seja, a não identificação com os pensamentos e emoções (Lau et al., 2006). A clareza na perceção dos estados psicológicos e das emoções, a abertura à experiência e o interesse por novas experiências emergem também como atributos do estado *mindful*. Num estado de maior consciência, do próprio e do mundo, a reatividade automática habitual e a impulsividade dão lugar a uma resposta mais refletida e abrem-se possibilidades numa perspetiva mais alargada e de maior compreensão (Ospina et al., 2007).

Acrescente-se ainda que, de acordo com as abordagens budistas tradicionais do *mindfulness*, que colocam grande ênfase na compaixão enquanto chave para ultrapassar o sofrimento, o *mindfulness* pode ser uma porta que se abre à sabedoria ou às revelações, que desafiam as crenças desajustadas sobre o próprio, o mundo e o futuro (Lau et al., 2006). O *mindfulness* é cultivado através da prática da meditação (Kabat-Zinn, 2003). Com o tempo, e segundo demonstra a investigação neurobiológica, as mudanças de estado transformam-se em mudanças de traço (Brefczynski-Lewis et al., 2007). Vários mecanismos têm sido sugeridos para explicar a redução de sintomas e as mudanças comportamentais associadas à aquisição de competências *mindfulness*. Kabat-Zinn, em 1982, foi o primeiro a sugerir que a prática meditativa parecia funcionar, no caso de utentes com dor crónica (Kabat-Zinn, 1982), como uma exposição prolongada às sensações dolorosas, propondo um mecanismo semelhante

para os potenciais efeitos do treino do *mindfulness* nas perturbações da ansiedade (Kabat-Zinn et al., 1992): a manutenção de uma observação sem julgamento de sintomas ansiosos e de pensamentos associados à ansiedade pode, reduzir a reatividade emocional tipicamente associada à presença deste tipo de sintomas.

Baer e colegas referem-se à exposição, sugerindo que a aprendizagem e prática do *mindfulness* pode ser promotora da tolerância dos indivíduos a estados emocionais negativos e de mudanças nos padrões de pensamento, ou nas atitudes perante os pensamentos, e assim, também na capacidade para os gerir de modo mais efetivo (Baer, 2012). Num estado *mindfulness*, há redução dos estilos disfuncionais de coping, e são promovidos estilos adaptativos, diminuindo o nível de stress e a ativação psicofisiológica (Garland, 2007). Os resultados do estudo experimental conduzido por Weinstein e colegas parecem confirmar que o traço-estado *mindfulness* parece alterar o processo de resposta de stress, atenuar a avaliação negativa e facilitar o uso adaptativo de estratégias reguladoras de coping em situações indutoras de stress, suportando o bem-estar psicológico pelo uso adaptativo destas estratégias (Weinstein et al., 2009). O estado de *mindfulness* e o bem-estar psicológico mostraram influenciar-se retroativamente, sendo mediados pela avaliação seletiva das situações, através de vias cognitivas pré-reflexivas que facilitam o comportamento regulado, e, portanto, melhor desempenho (Brown & Ryan, 2003; Weinstein et al., 2009).

A meditação compreende a intenção, a autorregulação da atenção e a atitude adequada, ou seja, a orientação particular para a própria experiência no momento presente com curiosidade, abertura e aceitação (Balsekar, 2007). Sherman propõe que os aspetos ético-espirituais associados ao *mindfulness* possam contribuir para melhorias na ansiedade e na depressão (Sherman, 2012). O *mindfulness* é uma prática central cujo foco é estar totalmente presente e consciente da experiência do momento presente. A autocompaixão é um campo crescente na investigação do bem-estar psicológico. É uma atitude saudável em relação a si mesmo, incluindo os três principais componentes da bondade, humanidade comum e *mindfulness* (Neff, 2003). Pensa-se que a autocompaixão promove uma autoatitude emocionalmente positiva que pode proteger contra as consequências negativas do autojulgamento, isolamento e ruminação que podem levar à depressão. Neff (2003) sugere uma relação simbiótica entre o *mindfulness* e a autocompaixão, através da qual facilitam e reforçam um ao outro, sugerindo que ambos são medidas importantes. A autocompaixão é um contribuinte significativo nos resultados positivos de saúde mental com a ansiedade e a depressão mencionados em programas estruturados baseados no *mindfulness* (Baer et al., 2012; Van Dam et al., 2011). Estudos empíricos e experimentais sugerem que o treino *mindfulness* produz alterações no volume de massa cinzenta das estruturas cerebrais relacionadas com a atenção (Pagnoni & Cekic, 2007), nos circuitos neuronais relacionados com o desenvolvimento de aptidões de

atenção e afetos positivos e na ansiedade social e do desempenho (Ivanovski & Malhi, 2007). O *mindfulness* também surge associado à regulação hormonal, nomeadamente do cortisol, que desempenha importante função na regulação dos processos sociais e assume papel de relevo na ansiedade social (Peer et al., 2010). A diminuição da atenção autofocada e a mudança no sistema de referenciação, facilitando a redução da ruminação, pode ser outro dos mecanismos chave relacionados com a eficácia das intervenções *mindfulness* para a ansiedade social (Goldin et al., 2009).

A atenuação da reatividade ao stress e a estimulação do sistema nervoso autónomo parassimpático parecem ser mais efetivos com o treino do *mindfulness* que através de técnicas de relaxamento. Embora o propósito de um treino baseado no *mindfulness* não seja induzir relaxamento, diversos autores têm sugerido que pode funcionar como tal para perturbações relacionadas com o stress.

As duas técnicas terapêuticas estruturadas e padronizadas, são *Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR* e *Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT*. O MBSR foi inicialmente desenvolvido por Jon Kabat-Zinn em 1979, de modo a ensinar utentes com doenças crónicas a experienciar vidas mais completas e saudáveis. Kabat-Zinn terá idealizado a possibilidade de se criar um veículo para o treino efetivo e intensivo de meditação *mindfulness*, com vista à sua aplicação ao stress, à dor e às doenças com que os doentes e as pessoas em geral se confrontam no dia-a-dia (Kabat-Zinn, 2003). A intervenção teria de ser isenta de fatores culturais, religiosos e ideológicos, associadas às origens Budistas do *mindfulness*, visando apenas oferecer um ambiente no qual os participantes pudessem experimentar formas novas e potencialmente eficazes de enfrentarem, explorarem e aliviarem o seu sofrimento, tanto a nível corporal como mental (Kabat-Zinn, 2003).

Foi originalmente criado como uma intervenção com uma duração de oito semanas, o programa assentava em aulas de grupo semanais, com uma duração de cerca de horas, em que os participantes recebem instrução na prática de *mindfulness*, recebendo também orientações para o desenvolvimento individual da prática entre as sessões. A partir desta origem, tem-se assistido a uma multiplicação do número de participantes em cursos MBSR, para além do alargamento das potenciais aplicações deste programa a múltiplas doenças e situações. As intervenções baseadas no *mindfulness* envolvem mecanismos ligados à regulação da atenção, regulação emocional-valorização, regulação emocional-exposição, consciência corporal e mudanças na perspetiva do self. (Kabat-Zinn, 2003).

### 3.1. METODOLOGIA

Este capítulo irá abordar a metodologia utilizada para a realização do presente estudo de investigação. Primeiro, será explicitado o desenho do estudo, seguindo as questões de investigação e a hipótese, a definição da população e da amostra deste estudo, os instrumentos de colheita de dados utilizados, os procedimentos formais e éticos, e, por último, a descrição das metodologias utilizadas para o tratamento dos dados.

#### 3.1.1. DESENHO DO ESTUDO

Todo o processo de investigação envolve uma fase metodológica que estabelece a maneira de proceder para realizar a pesquisa, definindo-se operações e estratégias que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho. Considerando que a metodologia se caracteriza pelo conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, e que asseguram a fiabilidade e qualidade dos resultados, é fundamental a sua escolha e definição (Fortin, 1999).

De acordo com Basto (1998: 23), faz-se investigação de forma a “melhor compreender a realidade, ou seja, para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno”. Contudo, sabe-se que a realidade é sentida de formas diferentes por indivíduos diferentes consoante as suas experiências, conhecimentos, etc., sendo estas as bases das anteriormente referidas representação mentais e sociais (Riehl e Roy, citados por Adam, 1994). É, todavia, possível penetrar nessas mesmas realidades através do desenvolvimento de modelos flexíveis e dinâmicos. Tais modelos devem permitir encarar a pessoa em causa de uma forma globalizante, tendo em conta os seus componentes intrínsecos e extrínsecos particulares, bem como o modo como estes se inter-relacionam, de forma a construir um retrato dinâmico o mais próximo possível da realidade sentida e vivida por cada um (Phaneuf, 2005).

Trata-se de um estudo quantitativo quase-experimental, com pré e pós-teste e sem grupo de controlo. Segundo Fortin (1999), a escolha do método de colheita de dados faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada. Num estudo exploratório-descritivo, o investigador visa acumular a maior quantidade de informações possíveis, a fim de abarcar os diversos aspetos do fenómeno. Assim, optou-se por uma abordagem quantitativa por permitir recolher dados objetivos sobre a realidade vivida pelos profissionais de enfermagem, facilitando a identificação de padrões e relações entre variáveis, nomeadamente entre os níveis de ansiedade e fatores sociodemográficos ou profissionais.

A estudante do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria desempenhou funções num serviço de Medicina, que se caracterizava pela prestação de cuidados globais a doentes e suas famílias com idade superior a 18 anos, cuja patologia se inseria no âmbito das patologias médicas, cirúrgicas e também ortopédicas. Com o passar do tempo, verificou-se um aumento do número de doentes, que ocupavam 100% as camas do serviço, perfazendo um total de trinta e duas camas, sendo que, quando necessário, a lotação podia aumentar até 3 macas extra. O carácter de dependência dos doentes era transversal, verificando-se muitas vezes que a idade dos mesmos não significava menor grau de dependência, sendo na sua grande maioria doentes totalmente dependentes nas Atividades de Vida Diárias (AVD's), cujo estado de orientação se encontrava comprometido, muitos com feridas ou multiescariados. A equipa de enfermagem era constituída por um enfermeiro gestor e cinco enfermeiros especialistas, sendo que apenas a um dos elementos eram atribuídas horas de contacto para o desempenho das funções de enfermeira especialista, a par com as funções de gestão, enquanto segundo elemento da equipa. A equipa de enfermagem era composta por vinte e dois elementos, dos quais um elemento tinha posto de trabalho adaptado, não prestando cuidados diretos ao utente. Na prestação de cuidados gerais diretos ao utente encontravam-se vinte e um elementos, sendo que destes, doze cumpriam turnos rotativos e os restantes nove apresentavam horário fixo. Dos vinte e dois elementos, três encontravam-se ausentes por motivos de doença prolongada, restando apenas dezoito elementos para prestar cuidados efetivos a trinta e dois doentes, na sua maioria totalmente dependentes.

Neste serviço, pela carência elevada de elementos, não eram asseguradas as dotações seguras preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Verificava-se de forma sucessiva o seguinte número de elementos por turno: muitos turnos eram assegurados de forma extraordinária por elementos do próprio serviço, salvo raras exceções em que outros enfermeiros afetos a outros serviços se deslocavam. A distribuição habitual era: Turno da Manhã – quatro enfermeiros; Turno da Tarde – três enfermeiros; Turno da Noite – dois elementos. Eram solicitados, de forma diária por parte da chefia, a realização de turnos extraordinários. A equipa verbalizava junto da chefia do serviço e ao conselho de administração, de forma regular, os sentimentos de desmotivação, exaustão e incapacidade na prestação dos cuidados de enfermagem globais e de qualidade, não se limitando apenas a assegurar as necessidades humanas básicas dos doentes.

Após uma análise reflexiva da situação exposta, propus-me, enquanto formanda no mestrado em saúde mental e psiquiatria, a identificar se a presente equipa apresentava níveis de ansiedade, e após esta identificação, desenvolver junto da equipa estratégias para a promoção do seu bem-estar.

Para tal, procedeu-se à elaboração e implementação de um projeto de melhoria contínua a ser desenvolvido no decorrer do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, cujo título foi “Gestão da Ansiedade e Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Profissionais de Enfermagem de um serviço de medicina, através de técnicas de 3ª geração (*mindfulness*, aceitação e compromisso)”.

Assim, foram realizadas oito sessões práticas no local de trabalho com a equipa de enfermagem do serviço de medicina, com base nas abordagens da atenção plena, aceitação, compromisso e autocompaixão. Para a elaboração destas sessões a estudante, recorreu à literatura, fundamentando as suas intervenções.

As sessões foram desenvolvidas de forma simples, breve e prática, incluindo exercícios de respiração consciente, escrita reflexiva, relaxamento muscular progressivo, *mindfulness eating* e construção de frases compassivas, sempre respeitando a disponibilidade e o tempo dos profissionais. A última sessão permitiu um momento de reflexão e integração, com o objetivo de avaliar os efeitos do programa na vivência emocional dos participantes.

Com esta intervenção, pretendeu-se não só melhorar o bem-estar subjetivo da equipa, como também promover práticas sustentáveis de autocuidado emocional no contexto profissional, baseadas em evidência científica e alinhadas com as necessidades reais sentidas pelos próprios profissionais.

### 3.1.2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Foram definidas as seguintes **questões de investigação**:

**Questão 1:** Qual o nível de ansiedade manifestado pelos enfermeiros do serviço de medicina?

**Questão 2:** Que fatores sociodemográficos e profissionais influenciam o nível de ansiedade dos enfermeiros do serviço de medicina?

**Questão 3:** Qual a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina sobre a aplicação das técnicas de *mindfulness*, aceitação e compromisso?

**Questão 4:** A aplicação das técnicas de *mindfulness*, aceitação e compromisso influenciam o bem-estar subjetivo da equipa de enfermagem?

Como **hipóteses de investigação**, foram delineadas:

**Hipótese 1** – Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do serviço de medicina e variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, coabitação e filhos).

**Hipótese 2** – Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do serviço de medicina e a experiência profissional no serviço.

### 3.1.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Perante a problemática em estudo optou-se pela utilização de diversos instrumentos de colheita de dados. A seleção dos instrumentos de colheitas de dados baseou-se na sua fiabilidade, validade científica, estarem validadas para Portugal, ou seja, adaptadas à língua e cultura, de utilização adequada ao contexto organizacional onde o trabalho foi desenvolvido. Inicialmente, foram recolhidos dados de carácter socio demográfico, através de um inquérito por questionário, com vista à caracterização da amostra e profissional da equipa de enfermagem, identificando se possível uma relação entre os dados sociodemográficos e os indicadores de bem-estar. Este instrumento continha questões que se relacionavam com o sexo, idade, tempo de serviço, carga horária e tipo de horário praticado.

Para avaliar os níveis de ansiedade da equipa de enfermagem, foi utilizada a Escala de Ansiedade de Hamilton. Esta escala foi desenvolvida por Max Hamilton, tendo sido traduzida, adaptada culturalmente e feitas as avaliações psicométricas por Eugénia Santos (2023), no âmbito da sua tese de Mestrado. A escala revelou uma consistência interna  $\alpha = 0.92$ . Optou-se pela utilização desta escala por ser amplamente utilizada a nível internacional, apresentando elevada fiabilidade, sendo considerada uma escala de referência para uma quantificação objetiva dos índices de ansiedade. Esta escala é composta por 14 itens que se distribuem por duas dimensões: a ansiedade psíquica e a ansiedade somática. No âmbito da ansiedade psíquica inserem-se os seguintes sintomas: tensão, medo, insónia, dificuldades cognitivas e sintomas depressivos. Por outro lado, ao nível da ansiedade somática encontram-se contempladas manifestações físicas, tais como palpitações, alterações gastrointestinais e dores musculares. Trata-se de uma escala tipo likert de cinco pontos, que varia entre 0 (ausência de sintomas) a 4 (intensidade máxima de um sintoma). A pontuação total da escala encontra-se num intervalo entre 0-56 pontos, sendo interpretada de acordo com a pontuação obtida, nomeadamente entre 0-12 pontos falamos de um nível de ansiedade normal (ou fisiológica), entre 13-18 pontos ansiedade ligeira, entre 19-25 pontos ansiedade moderada e pontuações iguais ou superiores a 26 indicam ansiedade severa (Thompson, 2015).

Para avaliar o bem-estar subjetivo da equipa de enfermagem optou-se pela PANNAS – Positive and Negative Affect Schedule, na sua Versão Reduzida Portuguesa, pois trata-se de uma escala validada para a população portuguesa, é de curta e fácil aplicação, tem a capacidade para avaliar separadamente as emoções positivas e negativas, apresentando também rigor psicométrico.

Esta escala foi desenvolvida para avaliar o Afeto Positivo (AP) e o Afeto Negativo (AN), conceitos que descrevem as experiências emocionais de cada pessoa, influenciando a sua saúde mental, o seu bem-estar e a perceção do ambiente onde se encontra inserido. A versão original da PANNAS foi criada por Watson et al. (1988), sendo inicialmente constituída por 20 itens, avaliados as duas dimensões já anteriormente referidas o Afeto Positivo (emoções tais como o entusiasmo, energia, inspiração) e o Afeto Negativo (emoções como o medo, culpa e nervosismo). Por ser inicialmente um instrumento demasiado extenso, o que comprometia a sua aplicabilidade pelo tempo despendido, Galinha et al. (2014) procederam à validação da Versão Reduzida Portuguesa da PANNAS, de modo a torná-la um instrumento conciso, de aplicação rápida e de robustez científica. A PANNAS-VRP é composta por 10 itens, que se subdividem em duas categorias, Afeto Positivo e o Afeto Negativo. Inserem-se no AP os itens “inspirado”, “entusiasmado”, “determinado”, “ativo” e “interessado”; o AN inclui os itens “nervoso”, “perturbado”, “culpado”, “amedrontado” e “irritado”. Trata-se de uma escala tipo Likert de cinco pontos, que varia entre 1 e 5. As pontuações finais são obtidas através da soma dos itens de cada subescala, resultados positivos mais elevados no Afeto Positivo indicam uma maior frequência de emoções positivas, enquanto pontuações mais altas ao nível do Afeto Negativo, refletem uma maior frequência de emoções negativas, ambas as subescalas apresentam os seguintes valores de consistência interna ( $\alpha = 0.84$  AP e  $\alpha = 0.88$  AN).

Na oitava e última sessão do projeto, foi aplicada uma atividade complementar de carácter qualitativo e reflexivo, consistindo numa reflexão escrita pelos participantes. Solicitou-se que respondessem a três questões abertas: 1) estratégias a adotar no dia a dia; 2) ações concretas para reduzir o stress e a ansiedade; e 3) o que consideraram mais importante ao longo das sessões. Esta atividade, de carácter voluntário e sem qualquer risco, teve como objetivo complementar os dados quantitativos, permitindo captar a experiência subjetiva dos participantes, permitindo uma compreensão aprofundada dos efeitos desta intervenção. A análise destes dados foi feita através da técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin (2011), que define esta método como um conjunto de procedimentos sistemáticos destinados a identificar o conteúdo comum das mensagens. A utilização desta metodologia permitiu identificar categorias temáticas e depreender diversos significados através dos relatos dos

participantes, o que forneceu uma avaliação quantitativa complementar face aos dados qualitativos recolhidos.

### 3.1.3. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

De forma a proceder-se à realização do presente estudo, foi solicitada a autorização formal ao Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde para a elaboração do mesmo, assim como aos autores das escalas utilizadas, nomeadamente a escala de PANAS (VRP) e da Escala de Ansiedade de Hamilton, tendo o Conselho de Administração dado parecer favorável à realização do presente estudo (Anexo n.º 1). A colheita de dados foi realizada pela investigadora no âmbito do projeto de investigação desenvolvido. Para tal, foi solicitada a colaboração dos enfermeiros e explicado em que consistia a participação, o questionário e a sua forma de preenchimento. Assim, pretendeu-se que os enfermeiros participassem de forma livre e esclarecida. Posteriormente ao esclarecimento de todas as dúvidas existentes e de ter sido referido que a sua participação era voluntária, foi pedido que dessem o seu consentimento informal aquando da recolha de dados através da plataforma Google Forms, o que significa que o sujeito obteve a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem a natureza do consentimento voluntário que dá.

### 3.1.5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos enfermeiros do serviço de medicina, que pretenderam fazer parte do grupo de forma voluntária. Tinham de estar a exercer funções no respetivo serviço e apresentar condição física e psíquica que o permitisse. A amostra foi não probabilística e intencional e integraram o grupo de seções, o número de enfermeiros que o pretenderam fazer, não tendo sido estabelecido nenhum número mínimo nem máximo para o mesmo.

Como critério de inclusão e por forma a garantir a homogeneidade da amostra, foram incluídos no presente estudo todos os enfermeiros que exerciam funções no serviço de medicina durante o período de implementação deste estudo, que manifestaram interesse em participar de forma voluntária e que reuniam condições físicas e psíquicas ajustadas para integrar as sessões e responder aos instrumentos aplicados. Por outro lado, como critérios de exclusão, foram excluídos os enfermeiros que não exerciam funções ativas no serviço de medicina, os que se encontravam ausentes por motivos de baixa médica ou outra situação de afastamento prolongado, bem como aqueles que não manifestaram interesse em integrar o estudo.

### 3.1.6. PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES

No planeamento das atividades foi estruturado um conjunto de sessões em grupo, dinamizadas junto da equipa de enfermagem, com base em estratégias teóricas e práticas que sustentam a importância da coesão, da regulação emocional, da autocompaixão, da atenção plena e do relaxamento para o bem-estar dos profissionais (Serrão & Alves, 2018). Foram realizadas duas sessões semanalmente, distribuídas ao longo de quatro semanas, dado que o espaço temporal é promotor da capacidade reflexiva e da integração de novas aprendizagens, assim como a possibilidade de testar novas competências e procedimentos (Pais et al., 2020).

As sessões decorreram em contexto de serviço, com uma duração variável entre 15 e 45 minutos, consoante os objetivos definidos, e privilegiaram metodologias ativas de reflexão, *mindfulness*, exercícios práticos de respiração e relaxamento, bem como dinâmicas de grupo. Cada sessão foi organizada com introdução, desenvolvimento, conclusão e avaliação, garantindo não só a exploração dos conteúdos, mas também o acompanhamento da experiência dos participantes e a verificação da integração dos conceitos.

#### **Sessão 1 – Juntos Somos Mais: A Força Invisível da Equipa**

Nesta sessão abordou-se a importância da coesão grupal e a sua influência na diminuição da ansiedade. Refletiu-se sobre o conceito de ansiedade, fatores que a potenciam e estratégias de gestão. A discussão em grupo promoveu a aceitação como ferramenta de redução da ansiedade. Foi introduzido o conceito de *mindfulness*, com exercício de respiração e prática de um exercício de atenção plena.

#### **Sessão 2 – Mente em Equilíbrio: Superar Ameaças**

Nesta sessão foram abordados e explorados os sistemas de regulação emocional: defesa/ameaça, procura e tranquilização, destacando a relevância da mente compassiva para o equilíbrio. Foi realizado um exercício de *mindfulness*, que tinha por base o equilíbrio dos sistemas de regulação emocional, seguido da prática de respiração tranquila e autocompaixão, consolidando a importância da autocompaixão na gestão do stress.

#### **Sessão 3 – Do Coração à Ação: Desbloquear a Compaixão**

Esta sessão centrou-se no conceito de compaixão, as qualidades associadas e as competências do “eu compassivo”, introduzindo ainda os conceitos de aceitação e compromisso. Foi realizada uma prática de check-in compassivo e desenvolvido o exercício

de *mindfulness eating* (meditação do chocolate), reforçando a atenção plena e a ligação entre pensamento e ação.

#### **Sessão 4 – Abraçar a Tempestade**

O foco foi a regulação emocional compassiva. Os participantes experienciaram o exercício do Toque Compassivo e refletiram sobre frases compassivas, discutindo a influência da autocompaixão na regulação emocional.

#### **Sessão 5 – Diálogos Internos: Transformar o Crítico em Aliado**

Nesta sessão foi abordado o impacto que o “eu” enquanto crítico interno e a necessidade de desenvolver autocompaixão. A leitura da história “O Enfermeiro Solitário” serviu de mote para a reflexão sobre a importância do cuidado consigo mesmo. Foi conduzido um exercício de atenção plena e autocompaixão, reforçando a ideia de que a capacidade de cuidar dos outros depende do cuidado dirigido a si próprio.

#### **Sessão 6 – Respiração Tranquila**

Foi dinamizado um exercício de respiração tranquila, com foco na consciência do ar que entra e sai, pausas conscientes e libertação da tensão acumulada. A prática ajudou os participantes a cultivar tranquilidade e regulação emocional através da respiração consciente.

#### **Sessão 7 – No Ritmo da Vida: Aceitação, Presença e Flexibilidade**

O objetivo desta sessão foi a redução de ansiedade e stress, o relaxamento físico e mental, e o desenvolvimento da concentração. Foi aplicada a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, promovendo o reconhecimento da tensão corporal e a sua libertação gradual, até atingir um estado global de relaxamento.

#### **Sessão 8 – Além da Sessão: Levar a Compaixão para o Dia a Dia**

Nesta sessão final procurou-se consolidar aprendizagens e integrar práticas de *mindfulness*, aceitação e compromisso na vida quotidiana dos profissionais. Foi proposto um exercício de reflexão e compromisso pessoal, no qual cada participante definiu uma ação concreta para reduzir stress e ansiedade no seu dia a dia. Houve ainda reaplicação de escalas de avaliação, assegurando a comparação da evolução ao longo da aplicação do projeto.

### 3.1.7. TRATAMENTO DOS DADOS

Para o tratamento dos dados foram utilizadas medidas de tratamento diferentes consoante os dados que se pretendiam tratar, sejam qualitativos ou quantitativos. No que se refere às medidas de tratamento dos dados quantitativos, estas foram lançadas numa base de dados informatizada e processadas no programa de estatística SPSS para Windows. Para o tratamento dos dados qualitativos, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo preconizada por Bardin (2011).

### 3.2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No seguimento do estudo realizado, procede-se de seguida à apresentação e discussão dos resultados.

A amostra foi composta por 17 enfermeiros, dos quais 10 responderam de forma válida ao questionário sócio-demográfico, Escala de Ansiedade de Hamilton e Escala de Pannas (VRP). A caracterização socio demográfica da amostra permite perceber que a maioria dos participantes tem idade compreendida entre os 41 e os 67 anos, com um tempo de serviço maioritariamente entre os 10 e os 20 anos. A maioria dos inquiridos não exerce funções em outras instituições, e trabalha mais de 35 horas semanais, num horário rotativo por turnos. Tal como é possível observar na tabela 1, previamente à intervenção, a maioria dos participantes apresentava índices de ansiedade ligeiros, de acordo com a Escala de Hamilton, com uma média de 15,14 pontos (DP= 9,82), com valores que oscilavam entre 3 e um máximo de 35 pontos.

Estes valores de forma global correspondem a valores que nos remetem para uma ansiedade ligeira a moderada.

<b>Categoria de Ansiedade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
Ligeira	9	64,3%	15,14	9,82	3	35
Moderada	2	14,3%				
Moderada a grave	3	21,4%				
<b>Total</b>	14	100%				

**Tabela 1- Níveis de Ansiedade antes da intervenção**

Sob o ponto de vista sintomático, tal como é possível observar na tabela 2, os domínios com valores médios mais elevados foram o Humor ansioso (M = 2,00; DP = 1,47), Tensão (M =

2,00; DP = 1,41), Sintomas musculares (M = 1,79; DP = 1,53), Dificuldades intelectuais (como concentração e memória) (M = 1,50; DP = 1,34), Humor depressivo (M = 1,43; DP = 1,34), Insónia (M = 1,29; DP = 1,68).

Dimensão	Domínio Sintomático	Média (M)	Desvio Padrão (DP)
Psíquica	Humor ansioso	2,00	1,47
	Tensão	2,00	1,41
	Dificuldades intelectuais	1,50	1,34
	Humor depressivo	1,43	1,34
Somática	Sintomas musculares	1,79	1,53
	Insónia	1,29	1,68

**Tabela 2 - Distribuição de Sintomas (Escala de Hamilton)**

Após a implementação do projeto, os resultados obtidos demonstram uma redução dos níveis de ansiedade, embora a amostra avaliada nesta fase seja mais reduzida (n=7), tal como se verifica na tabela 3.

Categoria de Ansiedade	n	%	Média	DP
Ligeira	6	85,7%		
Moderada a grave	1	14,3%		
<b>Total</b>	7	100%	13,71	8,01

**Tabela 3 - Resultados Pós-Intervenção (Escala de Hamilton)**

Foram realizados testes estatísticos não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis), tendo por objetivo verificar a existência de diferenças estatísticas significativas entre os grupos, ou seja, entre o grupo etário, carga horária semanal e tempo de serviço. Após a realização destes testes não se encontraram diferenças estatísticas significativas entre os grupos ( $p > 0,05$ ), o que pode dever à reduzida dimensão da amostra. Tal como se observa na tabela 4, a comparação estabelecida entre os níveis de ansiedade e os dois grupos etários (20-40 anos e 41-67 anos), obteve uma significância ( $p = 0,204$ ) no teste de Mann-Whitney, observando-se que os enfermeiros mais jovens apresentavam níveis médios de ansiedade ligeiramente superior ( $M = 17,25$ ), comparativamente com os da faixa etária superior ( $M = 11,57$ ).

Grupo Etário	Média	Teste U	p-valor
20–40 anos	17,25	—	0,204
41–67 anos	11,57		

**Tabela 4 - Resultados por Grupo Etário (Mann-Whitney)**

Procedeu-se também à análise quanto ao tempo de serviço, como se observa na tabela 5, dividindo-se em três grupos (<10 anos, 10–20 anos e 21–30 anos), foi realizada com recurso ao teste de Kruskal-Wallis. Os dados obtidos não são estatisticamente significativos,  $p=0,372$ ), no entanto foi possível observar que os profissionais entre 10 e 20 anos de serviço apresentaram em média, níveis de ansiedade mais elevados ( $M=18,4$ ), seguindo-se os que tinham tempo de serviço inferior a 10 anos ( $M=10,0$ ), seguindo-se os que detinham maior tempo de serviço (21 a 30 anos), com uma média de 10,25.

Tempo de Serviço	Média	Estatística H	p-valor
<10 anos	10,0	—	0,372
10–20 anos	18,4		
21–30 anos	10,25		

**Tabela 5 - Resultados por Tempo de Serviço (Kruskal-Wallis)**

No que toca à carga horária esta foi dividida entre enfermeiros que trabalham menos de 35 horas, e os que trabalham mais de 35 horas semanais, tal se observa na tabela 6, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, embora a análise estatística não tenha revelado significância ( $p=0,860$ ), é importante compreender que 90% da amostra trabalhava mais de 35 horas semanais, o que limita de forma significativa a possibilidade de comparação.

Grupo (Horas Semanais)	Média Ansiedade	Estatística U	p-valor
<35 horas	10,0	—	0,860
>35 horas	14,77		

**Tabela 6 - Resultados por Carga Horária (Mann-Whitney)**

O tipo de horário praticado foi classificado em rotativo por turnos, fixo e misto. Apesar de não terem sido realizados testes estatísticos específicos para esta variável, a análise descritiva dos dados sociodemográficos permite considerar que os profissionais com horários rotativos por turnos, sendo a maioria, tenderão a apresentar níveis mais elevados de ansiedade.

No que toca aos afetos, de acordo com os resultados obtidos através do preenchimento da Escala de Pannas (VRP), é possível afirmar que em termos médios os participantes revelam um valor elevado de afeto positivo (média de 26,1 pontos) (N=10), no entanto apresentam também níveis significativos de afeto negativo (média de 18.7 pontos), tal como é possível observar na tabela 7.

<b>Afeto</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
Positivo	26,10	8,88	13	38
Negativo	18,70	5,85	11	30

**Tabela 7 - Resultados da Escala de PANAS (Pré-Intervenção)**

Torna-se possível observar na tabela 8, que após a intervenção foi possível verificar uma ligeira redução dos valores de afeto negativo, uma média de 15.71 pontos, enquanto os valores de afeto positivo se mantiveram estáveis, numa média de 24.86 pontos.

<b>Afeto</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>
Positivo	24,86	8,65	16,00	37,00
Negativo	15,71	8,48	10,00	34,00

**Tabela 8 - Resultados da Escala de PANAS (Pós-Intervenção)**

Foram realizados testes estatísticos por forma a verificar se variáveis tais como tempo de serviço e a idade, influenciavam os valores na Escala de Pannas (VRP), se funcionavam como moderadores do bem-estar-subjetivo. Utilizando o teste Mann-Whitney, entre os grupos etários (20–40 anos e 41–67 anos), verificou-se que não existem valores estatisticamente significativos. Para o afeto positivo, com um valor de  $p = 0,648$ , enquanto para o afeto negativo, com  $p = 0,493$ , como é possível observar na tabela 9.

<b>Dimensão</b>	<b>p-valor</b>
Afeto Positivo	0,648
Afeto Negativo	0,493

**Tabela 9 - Comparação por Idade (20–40 anos vs. 41–67 anos) – Teste de Mann-Whitney**

De modo a analisar se o tempo de serviço, tinha impacto no bem-estar subjetivo, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis, o tempo de serviço foi subdividido em três grupos: menos de 10 anos, entre 10 e 20 anos e entre 21 e 30 anos. Com resultado obtidos, que se transcrevem na tabela 10, é possível afirmar que não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Para o afeto positivo, o teste apresentou  $p = 0,181$ , e para o afeto negativo, com  $p = 0,617$ .

Dimensão	p-valor
Afeto Positivo	0,181
Afeto Negativo	0,617

**Tabela 10 - Comparação por Tempo de Serviço (<10 anos, 10–20 anos, 21–30 anos) – Teste de Kruskal-Wallis**

Durante a conceção deste projeto, uma das questões tinha em consideração a perceção que os enfermeiros do serviço de medicina tinham acerca das técnicas de *mindfulness*, aceitação e compreensão, e em que medida a aplicação das referidas técnicas tinha influência sobre o bem-estar subjetivo da referida equipa de enfermagem. Assim, e para responder a estas questões, optou-se por recorrer a uma análise qualitativa, de acordo com a análise de conteúdo do Bardin (2008). Esta abordagem foi aplicada às respostas abertas, aplicadas a 8 participantes e recolhidas na última sessão de intervenção grupal, com o objetivo de captar o significado atribuído à vivenciada ao longo das sessões.

A análise de conteúdo consiste numa metodologia que analisa numericamente a frequência de uma ocorrência de determinados termos, construções e referências num determinado texto. Este método caracteriza-se por 3 momentos distintos, nomeadamente a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2011). A escolha da análise de conteúdo como técnica para o tratamento de dados deveu-se ao pressuposto de esta técnica ser adequada ao estudo do que está implícito e não do que é dito; esta técnica mantém o investigador distante em relação às interpretações espontâneas, e de forma particular às suas próprias interpretações, permitindo posteriormente um controlo do trabalho de investigação, tendo por objetivo uma comunicação reproduzida em suporte material (Quivy et al, 1998).

Tal como outros métodos de pesquisa, a análise de conteúdo está subjacente a objetivos e referenciais teóricos. Desta forma, os objetivos da análise de conteúdo efetuada cujas respostas foram transcritas no documento acima, tem por objetivo explorar as estratégias que

os participantes adquiriram para lidar com o stress e a ansiedade, através do desenvolvimento de práticas de *mindfulness*, aceitação e compromisso.

Outra etapa fundamental foi a constituição do corpus, sendo este constituído pelas respostas escritas de oito participantes a três questões abertas que se relacionam com estratégias de *mindfulness*, ações para reduzir o stress e ansiedade e perceção sobre as sessões realizadas. Foram realizadas diversas leituras a todas as respostas apresentadas pelos participantes, de forma minuciosa, com a finalidade de realçar conceitos e os temas mais utilizados, no sentido de poder identificar um sub-conjunto de áreas temáticas que pudessem conceder um rumo à análise (Amado, 2000). Seguiu-se a codificação, processo no qual os dados foram transformados em unidades de registo, por forma a descrever as características mais pertinentes do conteúdo. As unidades de registo foram definidas tendo por base frases completas ou expressões com ideias autónomas indicadas pelos participantes, tendo as respostas sido codificadas e agrupadas em categorias de acordo com a similaridade dos temas. A categoria é composta por um termo chave que indica o significado central do conceito que se pretende apreender e de outros indicadores que descrevam o campo semântico do conceito (Vala, 1986).

Abaixo apresenta-se na tabela 11 a grelha de análise.

Questão de Investigação	Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo
Q1. Estratégias para implementar práticas de <i>mindfulness</i> , aceitação e compromisso no dia-a-dia...	Tempo para si próprio	Auto-reflexão	<i>“Pensar no meu eu”; “Dar tempo a mim próprio para refletir sobre o agora”</i>
		Pausa/Descanso	<i>“Parar mais e dar tempo”; “Estar em casa sozinha, sem fazer as tarefas domésticas, só estar no sofá”.</i>
	Auto-aceitação	Acolhimento do eu	<i>“Promover o conceito de auto-aceitação”</i>
		Atenção plena ao momento presente	<i>“Tentar parar e simplesmente contemplar”; “Tentar</i>

	Contemplação e Abstração		<i>abstrair-me mais do mundo em redor</i>
Q2. Uma ação concreta que pretende adoptar para reduzir o stress e ansiedade.	Estratégias cognitivo-emocionais	Reavaliar	<i>“Pensar duas vezes antes de agir”; “Ser tolerante”</i>
		Autocompaixão	<i>“Diminuir a culpa face aos acontecimentos vividos”</i>
		Fronteira (Limite) trabalho/AVD's	<i>“(…) não trazer para casa as minhas frustrações”</i>
	Expressão emocional	Momentos de catarse	<i>“Verbalizar o problema”; “Chorar”</i>
	Regulação ambiental e social	Contactar com a natureza	<i>“Caminhar na praia e ouvir o mar”</i>
		Apoio entre pares	<i>“Conversar com os pares”</i>
Q3. O que considerou mais importante ao longo destas sessões?	Partilha interpessoal	Troca de experiências	<i>“Momentos de partilha”; “Promoção da troca de ideias entre os elementos da equipa”</i>
	Consciencialização acerca da saúde mental	Refletir sobre o autocuidado	<i>“A importância do cuidar da nossa saúde mental”; “Alerta-nos para a importância de cuidarmos de nós”</i>
	Técnicas de Gestão do Stress	Aplicação de técnicas	<i>“exercícios de relaxamento”; “(…) tempo dedicado aos profissionais de saúde (..)”</i>

**Tabela 11 - Grelha de análise**

## 3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No seguimento do estudo realizado, procede-se seguida à discussão dos resultados. A amostra foi composta por 17 enfermeiros, dos quais 10 responderam de forma válida ao questionário sócio-demográfico, Escala de Ansiedade de Hamilton e Escala de Pannas (VRP). A caracterização socio demográfica da amostra permite perceber que a maioria dos participantes tem idade compreendida entre os 41 e os 67 anos, com um tempo de serviço maioritariamente entre os 10 e os 20 anos. A maioria dos inquiridos não exerce funções em outras instituições, e trabalha mais de 35 horas semanais, num horário rotativo por turnos.

Tal como é possível observar na Tabela 1, previamente à intervenção, a maioria dos participantes apresentava índices de ansiedade ligeiros, de acordo com a Escala de Hamilton, com uma média de 15,14 pontos (DP= 9,82), com valores que oscilavam entre 3 e um máximo de 35 pontos. Estes valores de forma global correspondem a valores que nos remetem para uma ansiedade ligeira a moderada (ansiedade ligeira 64,3% dos participantes, correspondente a 9 enfermeiros; ansiedade moderada 14,3% dos participantes, correspondente a 2 enfermeiros; e ansiedade moderada a grave 21,4% dos participantes, o que corresponde a 3 enfermeiros).

Verifica-se, portanto, que um terço dos profissionais apresenta sintomas relevantes no que toca a questões de ansiedade, podendo comprometer o seu desempenho profissional, o seu bem-estar, bem como a qualidade dos cuidados prestados. Resultados semelhantes são referidos por Khan et al. (2021), num estudo com profissionais de saúde, onde 65,1% apresentavam ansiedade ligeira, 22% ansiedade moderada e 12,9% ansiedade moderada a grave, tendo também sido aplicada a Escala de Hamilton. Estes dados mostram que este fenómeno é transversal a diferentes contextos de cuidados de saúde e que a ansiedade é uma realidade presente e significativa.

Sob o ponto de vista sintomático, tal como é possível observar na Tabela 2, os domínios com valores médios mais elevados foram o Humor ansioso (M = 2,00; DP = 1,47), Tensão (M = 2,00; DP = 1,41), Sintomas musculares (M = 1,79; DP = 1,53), Dificuldades intelectuais (como concentração e memória) (M = 1,50; DP = 1,34), Humor depressivo (M = 1,43; DP = 1,34), Insónia (M = 1,29; DP = 1,68). Estes resultados evidenciam que os participantes experienciavam no seu dia-a-dia ansiedade, quer na dimensão psíquica, quer na dimensão somática. Estes sintomas estão em linha com os desafios diários sentidos na prática clínica, os enfermeiros vivenciam ambientes de elevada exigência laboral, como neste caso num serviço de medicina. Qi e Xu (2024), desenvolveram um estudo cujos participantes eram enfermeiros que desenvolviam a sua atividade profissional em contextos marcados por uma forte pressão emocional e ritmo laboral acelerado, referem que o stress constante vivenciado

neste tipo de realidades está diretamente associado ao aparecimento de sintomas somáticos, afetando não só a saúde emocional, mas também física dos profissionais.

Após a implementação do projeto, os resultados obtidos demonstram uma redução dos níveis de ansiedade, embora a amostra avaliada nesta fase seja mais reduzida ( $n=7$ ). Os principais dados obtidos com a aplicação da Escala de Hamilton pós-intervenção demonstram uma média de 13,71 pontos ( $DP=8.01$ ), no que toca a classificação por grupos, 85,7% dos participantes apresentava níveis de ansiedade ligeira, e 14,3% dos participantes evidenciava ansiedade moderada a grave, conforme descrito na Tabela 3. Estes números apontam para uma melhoria, temos de ter presente o ambiente de trabalho exigente e os impactos que a ansiedade tem no trabalho de um enfermeiro, no serviço em questão.

Foram realizados testes estatísticos não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis), tendo por objetivo verificar a existência de diferenças estatísticas significativas entre os grupos, ou seja, entre o grupo etário, carga horária semanal e tempo de serviço. Após a realização destes testes não se encontraram diferenças estatísticas significativas entre os grupos ( $p>0.05$ ), o que se deve à reduzida dimensão da amostra.

A comparação estabelecida entre os níveis de ansiedade e os dois grupos etários (20-40 anos e 41-67 anos), obteve uma significância ( $p= 0,204$ ) no teste de Mann-Whitney, observando-se que os enfermeiros mais jovens apresentavam níveis médios de ansiedade ligeiramente superior ( $M=17,25$ ), comparativamente com os da faixa etária superior ( $M=11,57$ ), conforme se observa na Tabela 4. Perante estes dados obtidos e em concordância com a literatura, os enfermeiros mais jovens sentem-se menos preparados para lidar com ambientes com maior pressão laboral. Outro fator explicativo destes dados é o facto de uma menor experiência laboral traduzir-se num maior quadro de vulnerabilidade emocional perante situações emocionalmente complexas e exigentes (Lin et al., 2019; Jarden et al., 2021; Han et al., 2022). Procedeu-se também à análise quanto ao tempo de serviço, dividindo-se em três grupos (<10 anos, 10–20 anos e 21–30 anos), foi realizada com recurso ao teste de Kruskal-Wallis. Os dados obtidos não são estatisticamente significativos ( $p=0,372$ ), no entanto foi possível observar que os profissionais entre 10 e 20 anos de serviço apresentaram em média, níveis de ansiedade mais elevados ( $M=18,4$ ), seguindo-se os que tinham tempo de serviço inferior a 10 anos ( $M= 10,0$ ), seguindo-se os que detinham maior tempo de serviço (21 a 30 anos), com uma média de 10,25, tal como ilustrado na Tabela 5. Ao interpretar estes dados é possível afirmar, que o nível de ansiedade aumenta nos anos intermédios de carreira, parece surgir tendencialmente uma “curva”. A literatura indica-nos que este fenómeno tende a acontecer devido à responsabilidade profissional e familiar que em regra acontecem nesta etapa de vida, conjugadas com as exigências laborais cumulativas com outras dimensões de sobrecarga profissional.

Jarden et al. (2021) referem que a exaustão emocional, o *burnout* e o stress ocupacional tendem a atingir níveis elevados quando as exigências no local de trabalho se acumulam com a falta de apoio organizacional e social. Estes fatores são frequentemente reportados por profissionais que já têm experiência suficiente para assumir funções de maior responsabilidade, mas que ainda estão numa fase ativa de crescimento profissional e familiar. Adicionalmente, Lin et al. (2020) demonstraram que embora a ansiedade seja mais intensa no início da carreira, ela pode manter-se ou até agravar-se ao longo dos anos, em especial quando os profissionais de saúde se deparam com limitação de recursos laborais e humanos, alterações no seu bem-estar emocional e profissional, bem como exigências profissionais permanentes para uma melhoria do seu desempenho profissional apesar da limitação de recursos existentes. Estes fatores conjugados, tendem a ser relevantes numa fase intermédia da carreira, em que há maior exposição a contextos clínicos complexos e menor apoio institucional.

No que toca à carga horária esta foi dividida entre enfermeiros que trabalham menos de 35 horas, e os que trabalham mais de 35 horas semanais, recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, embora a análise estatística não tenha revelado significância ( $p=0,42$ ), é importante compreender que 90% da amostra trabalhava mais de 35 horas semanais, o que limita de forma significativa a possibilidade de comparação. Ainda assim, a literatura tem apontado que o trabalhar por longos períodos, conduz a maiores níveis de ansiedade, fadiga emocional e *burnout*, o que é consistente com os dados obtidos ao longo deste estudo. O aumento do horário de trabalho (horas extraordinárias) está associado a um elevado nível de stress ocupacional, o que pode resultar em fadiga, devido ao tempo reduzido para descanso (Margalho et al., 2018). O mesmo autor destaca ainda que os enfermeiros que trabalharam horas extra, pelo menos três vezes por semana, nos últimos dois meses, terão maior risco de comprometimento excessivo com o trabalho e um desequilíbrio esforço/ recompensa (Margalho et al., 2018).

O tipo de horário praticado foi classificado em rotativo por turnos, fixo e misto. Apesar de não terem sido realizados testes estatísticos específicos para esta variável, a análise descritiva dos dados sociodemográficos permite considerar que os profissionais com horários rotativos por turnos, sendo a maioria, tenderão a apresentar níveis mais elevados de ansiedade, tal como é suportado pela literatura. Estudos descrevem um maior nível de stress ocupacional nos enfermeiros a trabalhar por turnos rotativos quando comparado com os que têm um horário fixo, uma vez que os enfermeiros que praticam um horário rotativo têm maior dificuldade em lidar com os fatores geradores de stress, maior probabilidade em ter patologias do sono, fadiga, depressão e *burnout*, quando comparados com os que têm um horário regular diurno (Bamonde et al., 2020; Faria et al, 2019; Margalho et al, 2018).

A literatura indica que o exercício de funções em ambientes laborais desfavoráveis e em regime rotativo é frequentemente apontado como um fator de risco para perturbações emocionais. Tal como já foi referido trabalhar por turnos pode potenciar alterações são ponto de vista emocional e relacional, o que pode comprometer a saúde mental dos enfermeiros. De acordo com Bamonde et al, 2020, enfermeiros que trabalham por turnos relataram níveis significativamente mais altos de sofrimento mental em comparação com os que trabalham em horário regular.

Foi igualmente considerada a variável que indica se os enfermeiros exercem funções noutra instituição. Apesar de não terem sido aplicados testes estatísticos, a análise descritiva sugere que os profissionais que acumulam funções noutra instituição poderão experienciar níveis mais elevados de ansiedade, o que está em consonância com a literatura sobre sobrecarga laboral e exaustão emocional. De acordo com Melo-Ribeiro et al. (2023), cerca de um terço dos enfermeiros acumula funções noutra instituição, tendo estes enfermeiros apresentado níveis elevados de stress ocupacional, exaustão emocional. O aumento da média de horas de trabalho semanal em mais de 5 horas do que o previsto, aumenta o risco de elevada exaustão emocional e despersonalização.

No que toca aos afetos, de acordo com os resultados obtidos através do preenchimento da Escala de Pannas (VRP), é possível afirmar que em termos médios os participantes revelam um valor elevado de afeto positivo (média de 26,1 pontos), no entanto apresentam também níveis significativos de afeto negativo (média de 18.7 pontos), tal como é possível observar na Tabela 7. Torna-se possível observar na Tabela 8, que após a intervenção foi possível verificar uma ligeira redução dos valores de afeto negativo, uma média de 15.71 pontos, enquanto os valores de afeto positivo se mantiveram estáveis, numa média de 24.86 pontos. Estes valores apontam para uma ligeira melhoria nas vivências emocionais dos profissionais de enfermagem no pós-intervenção.

Foram realizados testes estatísticos por forma a verificar se variáveis tais como tempo de serviço e a idade influenciavam os valores na Escala de Pannas (VRP), se funcionavam como moderadores do bem-estar-subjetivo. Utilizando o teste Mann-Whitney, entre os grupos etários (20–40 anos e 41–67 anos), verificou-se que não existem valores estatisticamente significativos. Para o afeto positivo, com um valor de  $p = 0,648$ , enquanto para o afeto negativo, com  $p = 0,493$ , como é possível observar na Tabela 9. Estes resultados destacam que a idade, não constitui por si só um fator influenciador nos níveis de bem-estar subjetivo, face aos dados obtidos. De modo a analisar se o tempo de serviço, tinha impacto no bem-estar subjetivo, recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis, o tempo de serviço foi subdividido em três grupos: menos de 10 anos, entre 10 e 20 anos e entre 21 e 30 anos. Com resultado obtidos, que se transcrevem na Tabela 10, é possível afirmar que não se observaram

diferenças estatisticamente significativas. Para o afeto positivo, o teste apresentou  $p = 0,181$ , e para o afeto negativo, com  $p = 0,617$ . Apesar de se notar uma ligeira tendência para valores mais elevados de afeto positivo em profissionais com mais tempo de experiência, esta diferença não se revelou significativa do ponto de vista estatístico, podendo ser explicada por flutuações de comportamento ou características individuais dos participantes.

Durante a conceção deste projeto, uma das questões tinha em consideração a perceção que os enfermeiros do serviço de medicina tinham acerca das técnicas de *mindfulness*, aceitação e compreensão, e em que medida a aplicação das referidas técnicas tinha influência sobre o bem-estar subjetivo da referida equipa de enfermagem. Assim, e para responder a estas questões, optou-se por recorrer a uma análise qualitativa, de acordo com a análise de conteúdo do Bardin (2011). Esta abordagem foi aplicada às respostas abertas, aplicadas a 8 participantes e recolhidas na última sessão de intervenção grupal, com o objetivo de captar o significado atribuído à vivenciada ao longo das sessões.

A análise de conteúdo consiste numa metodologia que analisa numericamente a frequência de uma ocorrência de determinados termos, construções e referências num determinado texto. Este método caracteriza-se por 3 momentos distintos, nomeadamente a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2008). A escolha da análise de conteúdo como técnica para o tratamento de dados deveu-se ao pressuposto de esta técnica ser adequada ao estudo do que está implícito e não do que é dito; esta técnica mantém o investigador distante em relação às interpretações espontâneas, e de forma particular às suas próprias interpretações, permitindo posteriormente um controlo do trabalho de investigação, tendo por objetivo uma comunicação reproduzida em suporte material (Quivy et al, 1998).

Tal como outros métodos de pesquisa, a análise de conteúdo está subjacente a objetivos e referenciais teóricos. Desta forma, os objetivos da análise de conteúdo efetuada cujas respostas foram transcritas (tabela 11), tem por objetivo explorar as estratégias que os participantes adquiriram para lidar com o stress e a ansiedade, através do desenvolvimento de práticas de *mindfulness*, aceitação e compromisso. Outra etapa fundamental foi a constituição do corpus, sendo este constituído pelas respostas escritas de oito participantes a três questões abertas que se relacionam com estratégias de *mindfulness*, ações para reduzir o stress e ansiedade e perceção sobre as sessões realizadas. Foram realizadas diversas leituras a todas as respostas apresentadas pelos participantes, de forma minuciosa, com a finalidade de realçar conceitos e os temas mais utilizados, no sentido de poder identificar um sub-conjunto de áreas temáticas que pudessem conceder um rumo à análise (Amado, 2000). Seguiu-se a codificação, processo no qual os dados foram transformados em unidades de registo, por forma a descrever as características mais pertinentes do conteúdo. As unidades

de registo foram definidas tendo por base frases completas ou expressões com ideias autónomas indicadas pelos participantes, tendo as respostas sido codificadas e agrupadas em categorias de acordo com a similaridade dos temas. A categoria é composta por um termo chave que indica o significado central do conceito que se pretende apreender e de outros indicadores que descrevam o campo semântico do conceito (Vala, 1986).

Anteriormente apresentou-se na tabela 11 a grelha de análise.

A primeira questão explorou as estratégias que os participantes pretendem aplicar no seu quotidiano com base nas práticas vivenciadas. Emergiram três categorias temáticas: Tempo para si próprio: Os participantes expressaram a necessidade de ter momentos de pausa, descanso e auto-reflexão, com frases como “pensar no meu eu” ou “estar em casa sozinha, só estar no sofá”. Esta dimensão traduz a interiorização do princípio da atenção plena ao momento presente, característica essencial no *mindfulness*, e a valorização de momentos de desaceleração como formas de preservar a saúde mental (Kabat-Zinn, 1990). Autoaceitação: A promoção do acolhimento de si próprio, “promover o conceito de autoaceitação”, sugere um reconhecimento das próprias vulnerabilidades sem julgamento, tal como preconizado pelas abordagens da terapia da aceitação e compromisso (ACT). Esta resposta revela que os participantes compreendem a importância de se permitirem a experienciar emoções desconfortáveis com abertura e compaixão. Contemplação e abstração: Expressões como “tentar parar e simplesmente contemplar” ou “abstrair-me do mundo em redor” demonstram um esforço consciente para interromper o automatismo das rotinas diárias, permitindo a reconexão com o presente e a quebra de ciclos mentais repetitivos. Esta abordagem está em consonância com a noção de auto-observação de forma consciente promovida nas terapias de terceira geração.

A segunda questão procurou identificar ações concretas que os participantes tencionam adotar para lidar com o stress e a ansiedade. A análise revelou uma multiplicidade de estratégias adaptativas, que foram agrupadas da seguinte forma: Estratégias cognitivo-emocionais: Reestruturação de pensamentos, autocompaixão e delimitação entre vida profissional e pessoal. Expressões como “pensar duas vezes antes de agir” e “não trazer para casa as frustrações” indicam uma crescente capacidade de autorregulação emocional, essencial para a gestão do stress ocupacional. Expressão emocional: A verbalização das emoções e a catarse foram valorizadas como formas de aliviar a tensão acumulada, “verbalizar o problema”, “chorar”. Acolher as emoções, sem fugir delas, surge aqui como um processo saudável de integração emocional. Regulação ambiental e social: O contacto com a natureza e o apoio entre pares surgem como estratégias fundamentais, “caminhar na praia e ouvir o mar”, “conversar com os pares”. Estas frases reforçam a importância de um ambiente

físico e da rede uma rede de suporte como elementos protetores de bem-estar emocional, especialmente em contextos de elevada pressão como os serviços hospitalares.

Quando questionados sobre o que consideraram mais importante nas sessões realizadas, os participantes identificaram três aspetos essenciais: Partilha interpessoal: Os momentos de partilha foram reconhecidos como altamente significativos, “troca de ideias entre elementos da equipa”. A vivência de um espaço seguro, de validação mútua e de escuta ativa emergiu como um dos maiores ganhos emocionais da intervenção. Consciencialização da saúde mental: “A importância do cuidar da nossa saúde mental” foi uma expressão recorrente. Este despertar da consciência individual e coletiva para o autocuidado reforça o papel formativo da intervenção. Aplicação prática de técnicas: Os exercícios de relaxamento e os conteúdos partilhados foram percebidos como úteis e aplicáveis, “tempo dedicado aos profissionais de saúde”. Tal perceção traduz um valor instrumental e funcional da intervenção, que permitiu aos profissionais adquirir ferramentas práticas para o quotidiano.

Foram definidas inicialmente as seguintes questões de investigação: Questão 1: Qual o nível de ansiedade manifestado pelos enfermeiros do serviço de medicina? Questão 2: Que fatores sociodemográficos e profissionais influenciam o nível de ansiedade dos enfermeiros do serviço de medicina? Questão 3: Qual a perceção dos enfermeiros do serviço de medicina sobre a aplicação das técnicas de *mindfulness*, aceitação e compromisso? Questão 4: A aplicação das técnicas de *mindfulness*, aceitação e compromisso influenciam o bem-estar subjetivo da equipa de enfermagem?

Como hipóteses de investigação, foram delineadas: Hipótese 1 – Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do serviço de medicina e variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, tempo de serviço, carga horária). Hipótese 2 – Existe relação entre o nível de ansiedade dos enfermeiros do serviço de medicina e a experiência profissional no serviço.

A primeira questão encontra resposta nos resultados da Escala de Hamilton (Tabelas 1, 2 e 3), que evidenciaram níveis de ansiedade maioritariamente ligeiros, com sintomatologia psíquica e somática, e uma redução após a intervenção. A segunda questão é sustentada pelas comparações sociodemográficas (Tabelas 4, 5 e 6), onde, embora sem significância estatística, são observadas tendências que se encontram em linha com a literatura: maior nível de ansiedade nos enfermeiros mais jovens, a exercer funções nos anos intermédios de carreira, em horários rotativos e em quem acumula funções. A terceira questão é respondida pela análise qualitativa (Tabela 11), que demonstra que os enfermeiros valorizaram as práticas de *mindfulness*, aceitação e compromisso como estratégias úteis e aplicáveis no dia-a-dia, favorecendo momentos de autoaceitação, de autorregulação e partilha interpessoal. Por fim, de modo a dar resposta à quarta questão devemos debruçarmo-nos sobre os resultados

obtidos através da Escala de Pannas (VRP) (Tabelas 7, 8, 9 e 10), onde se verificou uma ligeira redução dos afetos negativos e manutenção dos positivos, sugerindo que a intervenção contribuiu para melhorias no bem-estar subjetivo dos enfermeiros.

Quanto às hipóteses, a primeira não se confirmou, uma vez que não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de ansiedade, embora a partilha efetuada por alguns participantes no decorrer da implementação do projeto, associado às observações efetuadas enquanto estudante da EESMP reforçam a relevância de explorar estas associações em amostras maiores. A segunda hipótese também não se confirmou estatisticamente, mas os resultados apontaram para maior ansiedade nos anos intermédios de carreira, sugerindo uma curva de vulnerabilidade que merece investigação futura.

## CONCLUSÃO

A realização do presente trabalho permitiu-me efetuar uma análise sobre o meu percurso enquanto estudante ao longo do Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, nomeadamente acerca das atividades desenvolvidas no decorrer do Ensino Clínico, tendo em vista o desenvolvimento das competências gerais e específicas enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental. Procurei manter o desenvolvimento de uma prática de enfermagem ética e empática. Ao longo do presente trabalho, foram explorados os objetivos inicialmente definidos, posteriormente procedeu-se a implementação do projeto junto de um grupo de enfermeiros de um hospital da zona oeste, recolheu-se os dados, aplicaram-se ferramentas analíticas e por fim foi feita uma análise e discussão dos resultados obtidos.

Os dados obtidos não surgiram de forma isolada, para a sua análise e discussão procurei fundamentar esta análise na literatura. Assim a articulação entre a teoria e a prática foi fundamental para a análise das questões alvo de estudo.

É de destacar a identificação de pontos fortes e fracos. Como pontos fortes é de destacar a satisfação dos participantes no decorrer e após a implementação do projeto de oito sessões com recurso a técnicas de terceira geração. Como pontos fracos é necessário identificá-los com clareza; devo referir as dificuldades sentidas, bem como a inexperiência da minha pessoa enquanto estudante no desenvolvimento e a aplicação destas atividades. A amostra considerada pode não ser representativa da totalidade do universo em causa, o que implica alguma cautela na generalização das conclusões. No entanto, esses limites não invalidam a utilidade do trabalho, mas antes reforçam a necessidade de continuidade na investigação e na monitorização dos fenómenos abordados.

A realização deste trabalho demonstrou quão importante é a comunicação entre pares, a formação contínua e uma liderança participativa são elementos fundamentais para o sucesso e crescimento quer de profissionais de saúde, quer de instituições.

De um ponto de vista pessoal e profissional, a realização deste relatório constituiu uma oportunidade de desenvolvimento de competências, de reflexão crítica e de aquisição de novos conhecimentos. A complexidade dos temas abordados exigiu um esforço contínuo de pesquisa, análise e síntese, mas também proporcionou uma visão mais clara dos desafios e potencialidades existentes no terreno.

Por fim, é de salientar que os desafios identificados ao longo do relatório não são barreiras intransponíveis, mas acima de tudo oportunidades de aprendizagem e crescimento.

## BIBLIOGRAFIA

- Adair, J. (2006). *Leadership and motivation: The fifty-fifty rule and the eight key principles of motivating others*. USA: Kogan Page Publishers.
- Afonso, P. (2002). *Esquizofrenia: Conhecer a doença* (2.<sup>a</sup> ed.). Climepsi Editores.
- Alves, J. (2012). *A importância da comunicação interna e das atividades de team building*. Dissertação de Mestrado em Comunicação Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Amado, J. (2000). *A técnica de análise de conteúdo*. Universidade de Coimbra.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), pp.11-23. [https://recoverydevon.co.uk/wpcontent/uploads/2010/01/Recovery\\_from\\_Mental\\_Illness\\_Anthony\\_1993.pdf](https://recoverydevon.co.uk/wpcontent/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf)
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Baer, R. A. (2012). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. A., Lykins, E. L., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological well-being in long-term meditators and matched nonmeditators. *Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230–238. <https://doi.org/10.1080/17439760.2012.674548>
- Balsekar, R. (2007). *Consciousness speaks: Conversations with Ramesh S. Balsekar*. Advaita Press.
- Bamonde, J., Pinto, C., Santos, P., & Couto, G. (2020). O impacto do trabalho por turnos na saúde dos enfermeiros: Revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 3(2), 101–110. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.85>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. In *Psychological Review* (Vol. 84, pp. 191–215). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barbato, A. (2006, november). Psychosocial rehabilitation and severe mental disorders: a public health approach. *World Psychiatry*, pp. 162-163. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636121/pdf/wpa050162.pdf>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: Developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233–240. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x>
- Barker, P. (2009). *Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring* (2<sup>a</sup> ed.). Routledge

Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2009). Getting personal: Being human in mental health care. In Barker, P., *Psychiatric and Mental Health Nursing. The Craft of Caring* (Second ed., pp. 12-20). Hodder Arnold.

Basto, M. L. B. C. (1998). Da intenção de mudar à mudança: Um caso de intervenção num grupo de enfermeiros. Editora Rei dos Livros.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. Jossey-Bass

Berent-Braun, M. M., & Uhlaner, L. M. (2012). Family governance practices and teambuilding: Paradox of the enterprising family. *Small Business Economics*, 38(1), 103–119. <https://doi.org/10.1007/s11187-010-9269-4>

Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Research Press.

Berwick, D. M. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. *The New England Journal of Medicine*, 320(1), 53–56. <https://doi.org/10.1056/NEJM198901053200110>

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Aldine.

Brito, M. L. da S. (2021). O enfermeiro como terapeuta de referência nas equipas de saúde mental comunitária. *Ordem dos Enfermeiros*. (Atualização de 2018; ISBN 978-989-8444-56-1).

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>

Bugalho, A. & Carneiro, A. V. (2004). *Intervenções para aumentar a Adesão*

Campos, C. E. A. (2005). Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(Supl. 1), S63–S69.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879–889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>

Case, C., & Dalley, T. (2014). *The Handbook of Art Therapy* (3rd ed.). Routledge.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade* (M. C. Monteiro, Trad.). Artmed.

Clevenger, K. (2007). *Team Building retreats*. Recruitment & Retention Conference presenter. Nursing

Coelho, J. C. F., Sampaio, F. M. C., Nogueira, M. J. C., Sequeira, C. A. da C., Lleixà Fortuño, M. del M., & Roldán Merino, J. (2021). Development and psychometric properties of the Therapeutic

Relationship Assessment Scale-Nurse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 981–994. <https://doi.org/10.1111/jpm.12796>

Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.

Colvero, L. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 197–205.

Cooper, C.L.; Dewe, P.J.; O'Driscoll, M.P. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Sage: Thousand Oaks, CA, USA.

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsç, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963–973. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

Costa Galinha, I., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia*, 28(1), 53–65. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i1.622>

Couto, G. R. (2006). Conceitualização pelas enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(2), 190–198. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000200007>

Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto (2a ed.)*. Artmed.

Cuijpers, P. (2003). Three decades of drug prevention research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 10(1), 7–20. <https://doi.org/10.1080/0968763021000018900>

D'Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 84–88. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000100016>

Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), pp. 1091-1097. <https://doi:10.1377/hlthaff.2016.0153>

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Styron, T., & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640–645. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640>

Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*. 65 (4), DOI: 564-570. [10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3](https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3)

Davison, R. J., & Goleman, D. J. (1977). The role of attention in meditation and hypnosis: A psychobiological perspective on transformations of consciousness. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25(4), 291–308. <https://doi.org/10.1080/00207147708415956>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)

Decreto-Lei n.º 15/2014, de 21 de março (Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS). Diário da República, 1.ª série, n.º 57, 21 de março de 2014

Decreto-Lei n.º 161/1996 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I série, n.º 205. Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Decreto-Lei n.º 35/2023, de 21 de julho (Lei da Saúde Mental). Diário da República, 1.ª série, n.º 141, 21 de julho de 2023

Decreto-Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (Lei de Bases da Saúde). Diário da República, 1.ª série, n.º 169, 4 de setembro de 2019

Deming, W. E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.

Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. Diário da República, 2.ª série, n.º 102, 13550–13553 (Portugal). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>

Diener, E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6>

Diener, E., & Larsen, R. J. (1993). The experience of emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 405–415). New York: Guilford Press.

Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13(1), 81–84. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00415>

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: DGS.

Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

Duncan, F., Baskin, C., McGrath, M., Coker, J. F., Lee, C., Dykxhoorn, J., Adams, E. A., Gnani, S., Lafortune, L., Kirkbride, J. B., Kaner, E., Jones, O., Samuel, G., Walters, K., Osborn, D. P. J., & Oliver, E. J. (2021). Community interventions for improving adult mental health: Mapping local policy and practice in England. *BMC Public Health*, 21, 1691. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11741-5>

Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., & Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 624–631. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.01033.x>

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017). *Health and social responses to drug problems: A European guide*. Publications Office of the European Union

Faria, S., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: Contributos do burnout e engagement no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 9–18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0258>

- Fathi, M. (2004) Evaluation of stress factors and nurses in special sections of Kurdistan University of Medical Sciences in 2004. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*.7:53 –62.
- Fave, A. D., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research*, 100(2), 185–207. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9632-5>
- Figueiredo, A. L. Sousa, L., & Dell’Aglia Jr, J.C, & Argimon, I.I.L (2009). O uso da Fleury, H.; Marra M.; Knobel, A. M. (2009). Intervenções na comunidade: socioterapia e redes sociais como ferramenta do cuidado. 17th International Congress on Group Psychotherapy and Group Processes. Roma.
- Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., & Farand, L. (2018). Variables associated with job satisfaction among mental health professionals. *PLoS ONE*, 13(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205963>
- Fortin, M.F. (1999). O processo de investigação da concepção à realização. 1ª edição. Loures: Lusociência.
- Fritzen, S. (1978). *Janela de Johari* (17ª edição). Petrópolis: Editora Vozes.
- Gago, J., & Xavier, M. (Eds.). (2023). *Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a População Adulta*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental.
- Gallagher, M. & Lopez, S. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology*, 4(6), 548–556. <http://doi.org/10.1080/17439760903157166>
- Garland, E. L. (2007). The meaning of mindfulness: A second-order cybernetics of stress, metacognition, and coping. *Complementary Health Practice Review*, 12(1), 15–30. <https://doi.org/10.1177/1533210107301740>
- Getie, A., Ayenew, T., Amlak, B. T., Gedfew, M., Edmealem, A., & Kebede, W. M. (2025). Global prevalence and contributing factors of nurse burnout: An umbrella review of systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 24, 596. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03266-8>
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford Polytechnic, Further Education Unit.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Constable & Robinson.
- Goldin, P. R., Ramel, W., & Gross, J. J. (2009). Mindfulness meditation training and self-referential processing in social anxiety disorder: Behavioral and neural effects. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 242–257. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.242>
- Gomes, A. A., Marques, D. R., Meia-Via, A. M., Meia-Via, M., Tavares, J., Silva, C. F., & Azevedo, M. H. P. (2015). Basic Scale on Insomnia complaints and Quality of Sleep (BaSIQS): Reliability, initial validity and normative scores in higher education students. *Chronobiology International*, 32(3), 428–440. <https://doi.org/10.3109/07420528.2014.986681>

Gomes, J. C. R., & Loureiro, M. I. G. (2013). O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(1), 32–48. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.06.001>

Gonçalves, C., & Correia, O. (2018). Apoio e orientação profissional na ADEB — rumo à empregabilidade. *Revista Bipolar*, 57, 18–20. ADEB.

Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119–128. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.b>

Gorgievski, M.J.; Hobfoll, S.E. (2008). Work can burn us out or fire us up: Conservation of resources in burnout and engagement. In *Handbook of Stress and Burnout in Health Care*; Halbesleben, J.R.B., Ed.; Nova Science Publishers: New York, NY, USA; pp. 7–22.

Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 9 (3), 277- 284.

Halter, M. (2017). Theories and Therapies. In Varcarolis, E., *essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care* (Third Edition ed., pp. 19-33). Elsevier.

Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25(5), 593–611. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.005>

Hattie, J., Marsh, H. W., Neill, J. T., & Richards, G. E. (1997). Adventure education and Outward Bound: Out-of-class experiences that make a lasting difference. *Review of Educational Research*, 67(1), 43–87. <https://doi.org/10.3102/00346543067001043>

Hawkins, P., & Shohet, R. (2012). *Supervision in the helping professions* (4th ed.). McGraw-Hill/Open University Press.

Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures:Lusociência.

Heron, J. (2001). *Helping the client: A creative practical guide* (5th ed.). SAGE Publications.

Herth K (1990). Fostering hope in terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15:1250-1259.

Hobfoll, S.E. (2001). The influence of culture, community and the nested-self in the stress process: Advancing conservation of resources theory. *J. Appl. Psychol.*, 50, 337–396.

Hofmann, W; Schmeichel, BJ 7 Baddeley, AD. (2012). Executive functions and selfregulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(3): 174-180.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>

Hu, J., Zhang, J., Hu, L., Yu, H., & Xu, J. (2021). Art therapy: A complementary treatment for mental disorders. *Frontiers in Psychology*, 12, 686005. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686005>

Hudak, C., & Gallo, B. (1997). *Cuidados intensivos de enfermagem: Uma abordagem holística* (6.ª ed.). Guanabara Koogan.

Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Moysidou, C., & Ierodiakonou, C. (1999). Burnout in nursing staff: Is there a relationship between depression and burnout? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(4), 421–433. <https://doi.org/10.2190/5YHH-4CVF-99M4-MJ28>

International Council of Nurses [ICN]. (2019). ICNP Browser. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Ivanovski, B., & Malhi, G. S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta Neuropsychiatrica*, 19(2), 76–91. <https://doi.org/10.1111/j.1601-5215.2007.00175.x>

Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ponce-Blandón, J. A., Ramirez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). The relationship between mindfulness and emotional intelligence as a protective factor for healthcare professionals: Systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5491. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105491>

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73–83.

Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936–943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>

Keltner, N., Schwecke, L., & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing* (5th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.

Kenneth, J. H., Matrecia, J., & Ranida, B. (2005). Perceptions of organizational politics and cooperation as moderators of the relationship between job strains and intent to turnover. *Journal of Managerial Issues*, 7(1), 26–42.

Khan, H., Srivastava, R., Tripathi, N., Uraiya, D., Singh, A., & Verma, R. (2021). Level of anxiety and depression among health-care professionals amidst of coronavirus disease: A web-based survey from India. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 408. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_162\\_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_162_21)

Kielhofner, G. (1989). The Model of Human Occupation: A developing theoretical framework. *British Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 214–218.

Killaspy, H., Harvey, C., Brasier, C., Brophy, L., Ennals, P., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2022). Community-based social interventions for people with severe mental illness: A systematic review and

narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*, 21(1), 96–123. <https://doi.org/10.1002/wps.20940>

Klein, C., DiazGranados, D., Salas, E., Le, H., Burke, C. S., Lyons, R., & Goodwin, G. F. (2009). Does team building work? *Small Group Research*, 40(2), 181–222. <https://doi.org/10.1177/1046496408328821>

Knowles, M. S. (1990). *The adult learner: A neglected species* (4th ed.). Gulf Publishing.

Lambert, V. A., Lambert, C. E., Petrini, M., Li, X. M., & Zhang, Y. J. (2007). Workplace and personal factors associated with physical and mental health in hospital nurses in China. *Nursing & Health Sciences*, 9(2), 120–126. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2007.00316.x>

Laranjeira, C., Campos, C., Bessa, A., Neves, G., & Marques, M. I. (2019). Mental Health Recovery Through “Art Therapy”: A pilot study in Portuguese acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(5), 399–404. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1563255>

Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445–1467. <https://doi.org/10.1002/jclp.20326>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Loures: Lusociência.

Lehtinen. (2008). *Building up good mental health. Guidelines based on existing*

Lin, Y.-E. (2020). Anxiety and work stress among newly employed nurses during their first year: A longitudinal study. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 1–10. <https://doi.org/10.1111/jonm.13114>

Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57(9), 705–717. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.9.705>

Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Proposta de uma teoria de médio alcance*. Formasau.

Lussi, I. A. de O., Pereira, M. A. O., & Pereira Junior, A. (2006). A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(3), 448–456. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000300021>

Macedo, E., Candeias, A., Gomes, M. F. P., Duarte, A. C. S. P., Pires, B., Azevedo, C., Peixoto, S., Iglésias, C., Silva, I., & Garcia, A. (2019). Guião de intervenção na promoção do Recovery para a pessoa com doença mental. Universidade do Minho.

Malinauskienė, V., Leisyte, P., & Malinauskas, R. (2009). Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina (Kaunas)*, 45(11), 910–917.

Margalho, C. (2018). Impacto do trabalho por turnos no stresse ocupacional dos enfermeiros: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*. <https://www.rpso.pt/impacto-do-trabalho-turnos-no-stresse-ocupacional-dos-enfermeiros-revisao-integrativa-da-literatura/>

Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout in Portuguese Healthcare Professionals: An analysis at the national level. *Acta Médica Portuguesa*, 29(1), 24–30. <https://doi.org/10.20344/amp.6460>

Marques, M.M, Alves, E., Queirós, C., Norton, P., Henriques, A.( 2018). The effect of profession on burnout in hospital staff. *Occup Med (Lond)*. 2018 May 17;68(3):207-210. doi: 10.1093/occmed/kqy039.

Marriner-Tomey, A., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem (5.ª ed.). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Ocup Bahav*. 2:99-113.

Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD002209. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002209.pub2>

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223–245. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x>

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689–1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>

McTaggart, L. (2011). *The bond: Connecting through the space between us*. Free Press.

Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29–37.

Mello, M. T. de, Boscolo, R. A., Esteves, A. M., & Tufik, S. (2005). O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 11(3), 203–207. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922005000300008>

Melnik, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*.(4Eds). Wolters Kluwer

Meyer, T., & Broocks, A. (2000). Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases: Guidelines for exercise testing and prescription. *Sports Medicine*, 30(4), 269–279. <https://doi.org/10.2165/00007256-200030040-00003>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *NOC: Classificação dos resultados de enfermagem: Mensuração dos resultados em saúde* (5ª ed.). Elsevier.

Morato, M., & Lussi, A. (2018). A reabilitação psicossocial na saúde mental: O papel do enfermeiro especialista. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 45-52.

Moreira, N., & Holanda, A. (2010). Logoterapia e o sentido do sofrimento. *Psico-USF*, 15(3), 345–356. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300008>

Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao Toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53 ( 1272 1284.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Neto, I. G. (2004). Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In I. G. Neto, H.-H. Aitken, & T. Paldron (Eds.), *A dignidade e o sentido da vida: Uma reflexão sobre a nossa existência* (pp. 11–48). Pergaminho.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: OE

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Core de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental e psiquiátrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Guia Orientador de Boas Práticas — Enfermagem de Saúde Mental de Ligação*. Lisboa: OE.

Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). McGraw-Hill.

Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D. M., & Klassen, T. P. (2007). Meditation practices for health: State of the research. *Evidence Report/Technology Assessment*, 155, 1–263.

Pagnoni, G., & Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*, 28(10), 1623–1627. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2007.06.008>

Pagnoni, G., & Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of Aging*, 28(10), 1623–1627. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2007.06.008>

Pais, N. J., Costeira, C. R., Silva, A. M. M., & Moreira, I. M. P. B. (2020). Efetividade de um programa de formação na gestão emocional dos enfermeiros perante a morte do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20023. <https://doi.org/10.12707/RV20023>

Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health: Current concepts. *Sports Medicine*, 29(3), 167–180. <https://doi.org/10.2165/00007256-200029030-00003>

Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>

Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137–152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>

Peer, E., Heerey, E. A., & Goldin, G. (2010). Attentional control and the self-referential bias: Individual differences in mindfulness and depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 25(3), 531–540. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.491647>

Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing : A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.

Perry, B. D., & Szalavitz, M. (2008). *The boy who was raised as a dog: And other stories from a child psychiatrist's notebook—What traumatized children can teach us about loss, love, and healing*. Basic Books.

Pert, C. B. (1997). *Molecules of emotion: The science behind mind-body medicine*. Scribner.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73–92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2019). *Investigação em enfermagem: Geração e avaliação de evidências para a prática da enfermagem (10.ª ed.; M. T. V. Silva, Trad.)*. Artmed.

Porter-O'Grady, T., & Malloch, K. (2015). *Quantum leadership: Building better partnerships for sustainable health (4th ed.)*. Jones & Bartlett Learning.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

Psychosocial Rehabilitation / Réadaptation Psychosociale (PSR/RPS) Canada. (2017). *Competencies of practice for Canadian recovery-oriented psychosocial rehabilitation practitioners (2nd ed.)*. PSR/RPS Canada.

Qi, X., & Xu, H.-N. (2024). The impact of nurses' stress situation coping on somatization: A mediated moderation model. *PeerJ*, 12, e18658. <https://doi.org/10.7717/peerj.18658>

Querido, A. (2012). *A esperança em cuidados paliativos (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa)*. Universidade Católica Portuguesa.

Querido, A. (2015). *A esperança na prática especializada de enfermagem de saúde mental e psiquiatria [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde]*. Repositório do IPLeiria.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais (2.ª ed.)*. Gradiva.

Raine, R., Nic a' Bháird, C., Xanthopoulou, P., Wallace, I., Ardron, D., Harris, M., ... Livingston, G. (2015). Use of a formal consensus development technique to produce recommendations for improving the effectiveness of adult mental health MDT meetings. *BMC Psychiatry*, 15, 143. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0534-6>

Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de 6 de Fevereiro. (2019). *Diário da República*, 2ª Série, N.º 26. Ministério da Saúde.

Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República*, 2ª Série, N.º 151. Ministério da Saúde.

Rogers C. (2010). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Rogers, C. R. (1986). Carl Rogers on the development of the person-centered approach. *Person-Centered Review*, 1(3), pp. 257-259.

Roy, C. (2001). *Teoria da enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy* (trad. port.). Lisboa: Instituto Piaget.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>

Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Salas, E., DiazGranados, D., Weaver, S. J., & King, H. (2008). Does team training work? Principles for health care. *Academic Emergency Medicine*, 15(11), 1002–1009. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00254.x>

Santana, A. F. O. (2011). *Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares*.

Santos, E. R. P., Coelho, J. C. F., Ribeiro, I., & Sampaio, F. (2023). Translation, cultural adaptation and evaluation of the psychometric properties of the Hamilton Anxiety Scale among a sample of Portuguese adult patients with mental health disorders. *BMC Psychiatry*, 23, 520. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05010-5>

Saraceno, B., Levav, I., & Kohn, R. (2005). The public mental health significance of research on socio-economic factors in schizophrenia and major depression. *World Psychiatry*, 4(3), 181–185.

Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 97–123). Guilford Press.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Schütz, A. (2011). *Senso-comum e a interpretação científica da ação humana* (C. W. Andrews, Trad.). Ciências Sociais – UNIFESP. [https://cienciassociaisunifesp.files.wordpress.com/2011/07/alfred\\_schutz\\_senso\\_comum.pdf](https://cienciassociaisunifesp.files.wordpress.com/2011/07/alfred_schutz_senso_comum.pdf).

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.

Seligman, M. E. P. (2007). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Nicholas Brealey.

Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill.

Sempik, J., Rickhuss, C., & Beeston, A. (2014). The effects of social and therapeutic horticulture on aspects of social behaviour. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(6), 313–319. <https://doi.org/10.4276/030802214X14018723138110>

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

Serrão, C., & Alves, S. (2018). Exploração da autocompaixão no contexto de um programa de mindfulness-based cognitive therapy. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Esp. 6), 85–91. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0218>

Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (2000). Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health. *Advances in Mind–Body Medicine*, 16(2), 128–134. <https://doi.org/10.1054/ambm.1999.0118>

Sherman, K. J. (2012). Guidelines for developing mindfulness-based health interventions: Lessons learned from clinical trials of Tai Chi and yoga. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1260(1), 63–69. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06375.x>

Siegel, R. D. (2007). *Mindfulness and psychotherapy*. Guilford Press.

Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 99–121

Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy and Psychosomatics Journal*, 73(3), 183–189.

Snyder, C. R. (1994). *The Psychology of Hope: You Can Get There from Here*. NY: Free Press.

Spadini L. & Souza M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 10(1): 132-138.

Spadini, L. S., & Mello e Souza, M. C. B. (2006). A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 123–127.

Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 7(3), 215–225. <https://doi.org/10.1053/smr.2001.0246>

Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e prática* (6ª Ed.). Porto Alegre: ArtMed Editora.

Teixeira, J. I., et al. (2023). Integração e continuidade de cuidados de saúde à pessoa com esquizofrenia e sua família. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 39(5), 383–392.

Thompson, E. (2015). Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *Occupational Medicine*, 65(7), 601. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv054>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2004). Components of a modern mental health service: A pragmatic balance of community and hospital care—Overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 283–290. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>

Thornicroft, G., Deb, T., & Henderson, C. (2016). Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry*, 15(3), 276–286.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123–1132.

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada na evidência*. Lisboa: Lusociência.

Tselebis, A., Moulou, A., & Ilias, I. (2001). Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nursing & Health Sciences*, 3(2), 69–71. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2001.00074.x>

Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., DuBose, J., Seo, H.-B., Choi, Y.-S., Quan, X., & Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design Journal (HERD)*, 1(3), 61-125. <https://doi.org/10.1177/193758670800100306>

Unanue, W., Gómez, M. E., Cortez, D., Oyanedel, J. C., & Mendiburo-Seguel, A. (2017). Revisiting the link between job satisfaction and life satisfaction: The role of basic psychological needs. *Frontiers in Psychology*, 8, 680. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00680>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2015). *International standards on drug use prevention*. Vienna, Austria: UNODC.

Urden, L.D., Stac, K.M., Lough, M.E. (2010) *Critical care nursing: diagnosis and management*. 6th ed. St. Louis, MO: Mosby.

Vala, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 101–128). Edições Afrontamento.

Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>

Van Lith, T. (2016). Art therapy in mental health: A systematic review of approaches and practices. *The Arts in Psychotherapy*, 47, 9–22. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.09.003>

Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81–95. <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10399867>

Varvogli, L. & Darviri, C. (2011). Stress management techniques: evidence. Based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*. Vol.5. Issue 2. 74-81. Acedido a 21-10-2018. Disponível em <http://www.hsj.gr/volume5/issue2/521.pdf>

Vieta, E., Colom, F., Martinez, A., Jorquera, A., & Gastó, C. (1998). Interesse da Psicoeducação na abordagem das perturbações bipolares. *Revista de psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*. 11 (Suplemento 1), 71-83

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543–1555. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>

Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey (SF-12): Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

Warr, P. (1990). The measurement of well-being and other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63(3), 193–210. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1990.tb00521.x>

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>

Watson, J. (2001). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Weinstein, N., Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2009). A multi-method examination of the effects of mindfulness on stress: Evidence for the stress-buffering hypothesis. *Journal of Research in Personality*, 43(3), 374–385. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.008>

Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health* (2nd ed.). Slack

World Health Organization. (2001). *World Health Report – 2001*. Suíça: Geneva

World Health Organization. (2005). *Mental health: Facing the challenges, building solutions* (WHO Regional Office for Europe). Copenhagen: WHO.

World Health Organization. (2005). *The world health report 2005: Make every mother and child count*. Geneva, Switzerland: World Health Organization

World Health Organization. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. WHO.

World Health Organization. (2010). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings* (Version 1.0). WHO. <https://doi.org/10.4060/9789241548069>

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2015). *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strengthen health systems*. WHO

World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. WHO.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e famílias: Guia para avaliação e intervenção na família* (5.ª ed.). Roca

Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>

Yalom, I. D., Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: Teoria e prática* (5ª ed.). Artmed Editora.


**ANEXOS**

**ANEXO N.º 1 – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO /  
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO NO SERVIÇO  
DE MEDICINA**

DATA ENTRADA CES  
14/03/2024

NOSSA REFERÊNCIA  
Nº:10/CES/2024



DATA PARECER CES  
20/03/2024

**Parecer da Comissão de Ética Para a Saúde**  
**Unidade Local de Saúde , EPE**

**Assunto:**

Pedido de Parecer acerca da realização de um estudo com o tema: “Gestão da Ansiedade e Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Profissionais de Enfermagem de um serviço de medicina, através de técnicas de 3ª geração (mindfulness, aceitação e compromisso)”, realizado no âmbito 4º Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

**Proponentes:**

Investigador Principal: Mestranda Sara Catarina Santos Grilo Nascimento: Enfermeira da ULS   
Medicina 

Orientadores: Professora Doutora Catarina Tomás;

Professor Doutor José Carlos Gomes (Coordenador do mestrado).

**Objetivos:**

Objetivo Principal:

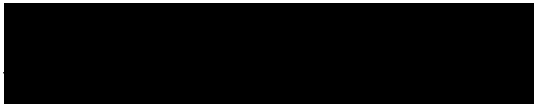
- Diminuir os níveis de ansiedade dos enfermeiros do serviço de medicina ao longo de um programa de sessões com recurso técnicas de 3ª geração (mindfulness, aceitação e compromisso), por forma a proporcionar bem-estar, alívio físico e psicológico.

Objetivos específicos:

- Verificar os efeitos das técnicas de técnicas de 3ª geração (mindfulness, aceitação e compromisso), na melhoria dos níveis de ansiedade dos profissionais de enfermagem.

- Interpretar quais as diferenças nos níveis de ansiedade, mediante a caracterização sociodemográfica da amostra (grupo etário e a experiência profissional no serviço de medicina).
- Avaliar quais os índices de Bem-Estar Subjetivo da equipa de enfermagem.

**Destinatários:**

Enfermeiros do serviço da Medicina 

**Metodologia:**

Este estudo a desenvolver será quantitativo e indireto, inserido na categoria exploratório-descritiva. Será aplicado um inquérito sócio-demográfico, e duas escalas: a PANAS: Versão Reduzida Portuguesa (VRP) e a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton. Posteriormente serão delineadas um conjunto de sessões de intervenção onde serão aplicados junto dos enfermeiros técnicas de 3ª geração, no final deste estudo será feita uma avaliação do mesmo.

De acordo com o investigador, este estudo não trará nenhuma despesa ou risco para os participantes. As informações recolhidas através dos instrumentos mencionados acima, são confidenciais e os dados poderão ser utilizados para divulgação científica, nunca sendo publicados individualmente. A resposta ao questionário é voluntária e os participantes podem retirar-se a qualquer altura ou recusar participar, sem quaisquer consequências para os mesmos.

**Aspetos éticos e deontológicos:**

A investigadora assegura os princípios éticos, o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados recolhidos.

A participação dos profissionais é voluntária e é respeitado o direito de desistir a qualquer momento, sem qualquer consequência para os mesmos.

Com o preenchimento do questionário não se preveem prejuízos nem benefícios para o participante.



Assim, e atendendo às devidas questões éticas e de garantia da confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, a Comissão de Ética para a Saúde da ULS concorda com a realização do presente protocolo de trabalho.

O investigador compromete-se a remeter ao Exmo. Conselho de Administração da ULS um resumo dos resultados obtidos.

À consideração do Exmo. Conselho de Administração

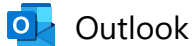
20 de março de 2024

O Relator

A Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde, E.P.E.



**ANEXO N.º 2 – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS**



---

**RE: Request for Authorization to Use the Hamilton Anxiety**

---

**De** Denise Womersley <D.L.Womersley@leeds.ac.uk>  
**Data** qui, 19/12/2024 14:25  
**Para** Sara Catarina dos Santos Grilo <5230140@my.ipleiria.pt>

**Atenção:** Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Hi Sara

Thank you for your enquiry. To the best of my knowledge, the Hamilton Depression and Anxiety Scales are free to use for research without further authorisation.

Best wishes with your research study.

Kind regards

Denise

---

**From:** Sara Catarina dos Santos Grilo <5230140@my.ipleiria.pt>  
**Sent:** 19 December 2024 12:17  
**To:** Denise Womersley <D.L.Womersley@leeds.ac.uk>  
**Subject:** Request for Authorization to Use the Hamilton Anxiety

**CAUTION:** External Message. Use caution opening links and attachments.

Dear Madam Denise Womersley

I hope this message finds you well. My name is Sara Nascimento, and I am a nurse currently enrolled in the Master's program in Mental Health and Psychiatry at the Polytechnic Institute of Leiria, School of Health, in Portugal.

As part of my academic research, I am conducting a study within a hospital's medical service focusing on nurses. The study, titled "*Anxiety Management and Promotion of Subjective Well-Being Among Nursing Professionals in a Medical Service Using Third-Generation Techniques (Mindfulness, Acceptance, and Commitment)*," seeks to explore innovative approaches to supporting nursing staff.

For this investigation, I am seeking to use the Hamilton Anxiety Scale. I am reaching out to inform you of my intended use and to request formal authorization to utilize these scale.

I understand that the Max Hamilton Research Fund at the University of Leeds was established in honor of Dr. Hamilton to support research in psychiatry. I would be immensely grateful if you could provide guidance on how to proceed with obtaining permission for these tools or if there are specific steps or documentation required for their approved usage in my research.

Please do not hesitate to reach out if you need further details about my study or additional information to support this request.

Thank you very much for your time and consideration. I look forward to your response.

Kind regards,  
Sara Nascimento



---

**Re: Solicitação de Autorização para Utilização da Escala de PANNAS (Versão Reduzida)**

---

De igalinha@ucp.pt <igalinha@ucp.pt>

Data qui, 19/12/2024 13:44

Para Sara Catarina dos Santos Grilo <5230140@my.ipleiria.pt>

Não costuma receber e-mails de igalinha@ucp.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

**Atenção:** Este email foi originado fora do Instituto Politécnico de Leiria. Por favor, não clique em links nem abra anexos, a não ser que reconheça o remetente e saiba que o conteúdo é seguro.

Cara colega Sara Grilo.

Autorizo a utilização da PANAS VRP que está com acesso público e desejo-lhe um excelente trabalho.

**Iolanda Costa Galinha**

Professor at Psychology Department

Faculty of Human Sciences Catholic University of Portugal

Researcher at CRC-W Católica Research Centre for Psychological, Family and Social Wellbeing

<https://ciencia.ucp.pt/en/persons/iolanda-costa-galinha>

<https://scholar.google.pt/citations?user=W0L4vHgAAAAJ&hl=pt-PT>

On Thursday, December 19, 2024 at 12:20:13 PM GMT, Sara Catarina dos Santos Grilo <5230140@my.ipleiria.pt> wrote:

Exma. Senhora Professora Iolanda Galinha,

Espero que se encontre bem. O meu nome é Sara Nascimento, sou enfermeira e estou a frequentar o Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria no Instituto Politécnico de Leiria, Escola Superior de Saúde.

No âmbito da minha investigação, estou a desenvolver um estudo dentro de um serviço de medicina hospitalar, focado nos enfermeiros. O estudo intitulado "Gestão da Ansiedade e Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Profissionais de Enfermagem de um Serviço de Medicina através de Técnicas de 3ª Geração (Mindfulness, Aceitação e Compromisso)" visa explorar abordagens inovadoras para apoiar os profissionais de enfermagem na gestão do seu bem-estar e saúde mental.

Para este estudo, gostaria de utilizar a Escala de PANNAS (versão reduzida) para avaliar o bem-estar subjetivo dos participantes. Venho assim por este meio solicitar a sua autorização para utilizar esta escala na minha pesquisa, tendo em conta o seu trabalho de validação para a população portuguesa.

Caso seja necessário, posso fornecer mais informações sobre o meu estudo e as metodologias que estou a utilizar. Fico disponível para esclarecer qualquer dúvida e para cumprir todos os requisitos necessários para garantir a utilização adequada da escala.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração. Fico a aguardar a sua resposta e estou à disposição para fornecer quaisquer informações adicionais que possa necessitar.

Com os melhores cumprimentos,  
Sara Nascimento

## APÊNDICES

**APÊNDICE 1 – POWER-POINT UTILIZADO NO PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DESENVOLVIDO NO DECORRER DO MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA: “GESTÃO DA ANSIEDADE E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE UM SERVIÇO DE MEDICINA, ATRAVÉS DE TÉCNICAS DE 3ª GERAÇÃO (MINDFULNESS, ACEITAÇÃO E COMPROMISSO)”**

## Juntos Somos Mais: A Força Invisível da Equipa



Escola Superior de Saúde de Leiria  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

Enfª Sara Nascimento  
ULSX  
Profª Orientadora: Profª Drª Catarina Tomás

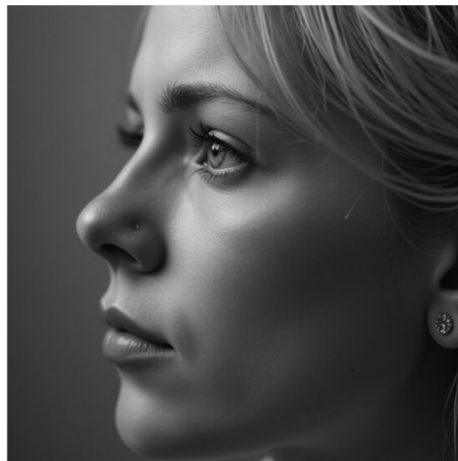
1



2

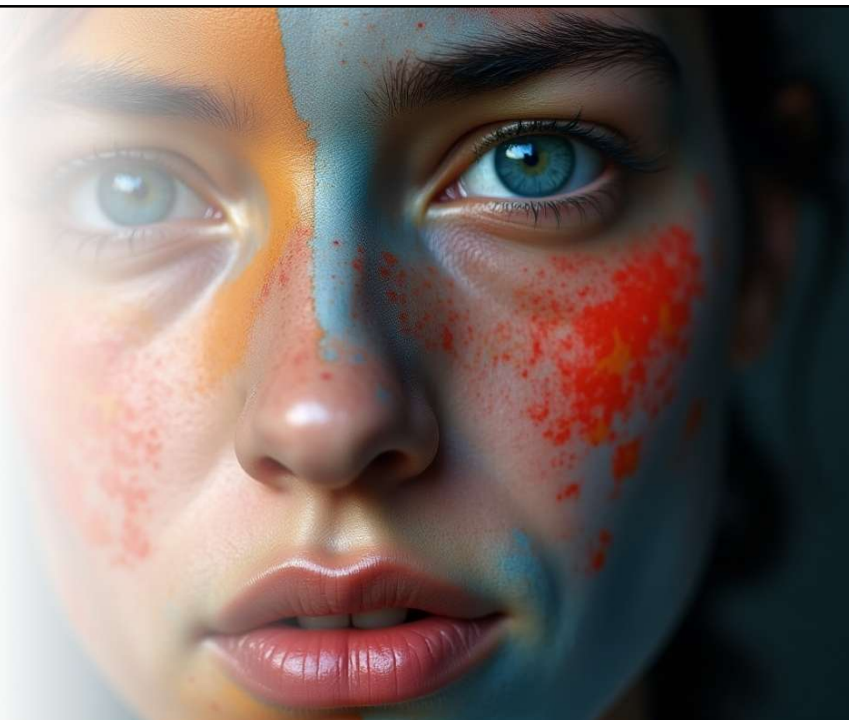
A ansiedade define-se como um sentimento que experienciamos com alguma regularidade e que pode ser percebido de forma positiva ou negativa. Quando é percebida positivamente, pode motivar conquistas, sendo uma força necessária para a sobrevivência.

Townsend (2011)  
American Psychiatric Association (APA, 2014)



3

Herdman & Kamitsur (2014) descrevem ansiedade como um "sentimento vago de desconforto e temor, acompanhado de uma resposta automática, como um sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo. A ansiedade é um sinal de alerta para um perigo iminente que faz com que a pessoa seja capaz de tomar medidas para lidar com a ameaça percebida".



4

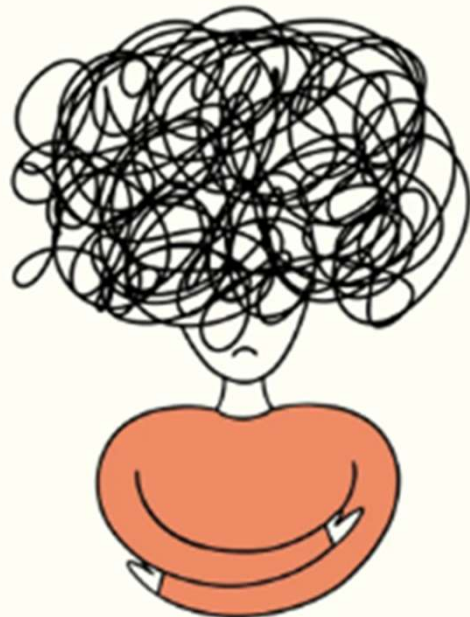


- Segundo Neto (2012), a ansiedade primária consiste num fenómeno adaptativo necessário ao homem para enfrentar as situações do quotidiano, com duração e intensidade que variam de indivíduo para indivíduo e de acordo com as diferentes situações.
- Para Telles-Correia & Barbosa (2009), a ansiedade corresponde à percepção subjetiva que a pessoa detém sobre determinada situação catastrófica sendo esta, qualquer situação considerada como ameaça à sua existência.
- A ansiedade pode manifestar-se através de sintomas objetivos ou subjetivos, incluindo alterações somáticas, motoras, cognitivas, fisiológicas. Quando vivenciado de forma excessiva, o processo de ansiedade pode levar a perturbações de ansiedade, caracterizadas por um estado de medo e ansiedade que persiste para além de um período adequado de tempo.

5

## Fatores Promotores de Ansiedade

1. Sobrecarga de trabalho
2. Conflitos interpessoais no ambiente de trabalho
3. Exposição a doenças infecto-contagiosas, oncológicas, mau-prognóstico
4. Fatores emocionais relacionados com a profissão
5. Falta de apoio organizacional e reconhecimento
6. Problemas relacionados com a saúde física e emocional



6



7

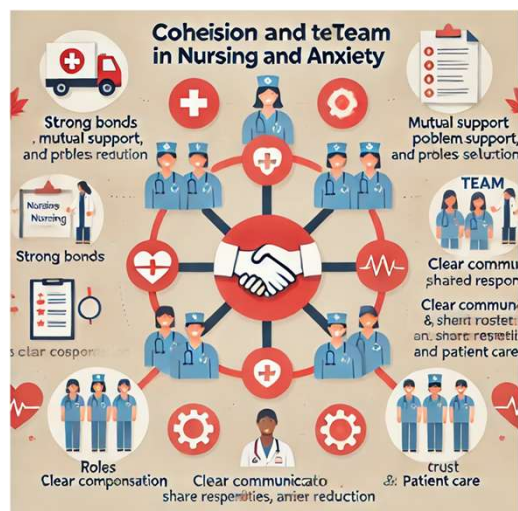
## Fatores Protetores da Ansiedade

Os fatores protetores da ansiedade em enfermagem incluem:

1. Apoio emocional e psicológico
2. Ambientes de trabalho colaborativos e de suporte
3. Práticas de autocuidado e técnicas de relaxamento
4. Formação contínua e desenvolvimento profissional
5. Estruturas de suporte organizacional adequadas
6. Bons níveis de comunicação entre a equipa



8



# Coesão e Equipa

9

**Equipa é um** grupo de pessoas que trabalham em conjunto para alcançar objetivos comuns, com responsabilidades (com)partilhadas.

**Coesão de Equipa** refere-se à força do vínculo estabelecido entre os membros de um grupo ou equipa, que se manifesta na capacidade de trabalhar de forma colaborativa e harmoniosa, com objetivos comuns (Salas et al., 2018).

**Equipas coesas** demonstram padrões de comunicação mais eficazes e proporcionam um suporte emocional acrescido, fatores que se associam a uma diminuição significativa da incidência de burnout (Rosen et al., 2019).



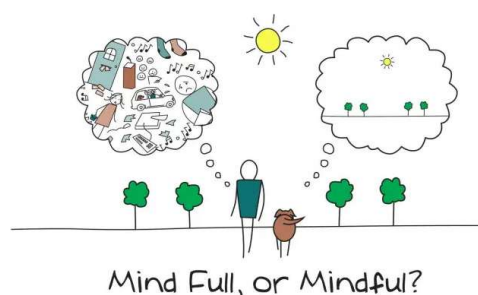
10

- **Início** → Equipa de enfermagem enfrenta desafios diários.
- ↓
- **Existe comunicação clara e eficaz entre os membros da equipa?**
  - Sim → **A equipa trabalha de forma coordenada e eficiente** → Avançar para o próximo ponto.
  - Não → **Possível desorganização e aumento da ansiedade** → Implementar estratégias de melhoria.
- ↓
- **Os enfermeiros sentem-se apoiados pelos colegas?**
  - Sim → **Ambiente de trabalho mais seguro e motivador** → Redução da ansiedade.
  - Não → **Aumento do stress e do desgaste emocional** → Necessidade de fortalecer laços.
- ↓
- **Há um entendimento comum sobre responsabilidades e tarefas?**
  - Sim → **Trabalho mais eficiente, menos sobrecarga** → Equipa coesa e menos ansiedade.
  - Não → **Risco de conflitos e incertezas** → Implementar reforço na definição de papéis.
- ↓
- **Conclusão: A coesão da equipa reduz a ansiedade, melhora o desempenho e promove um ambiente de apoio mútuo.**

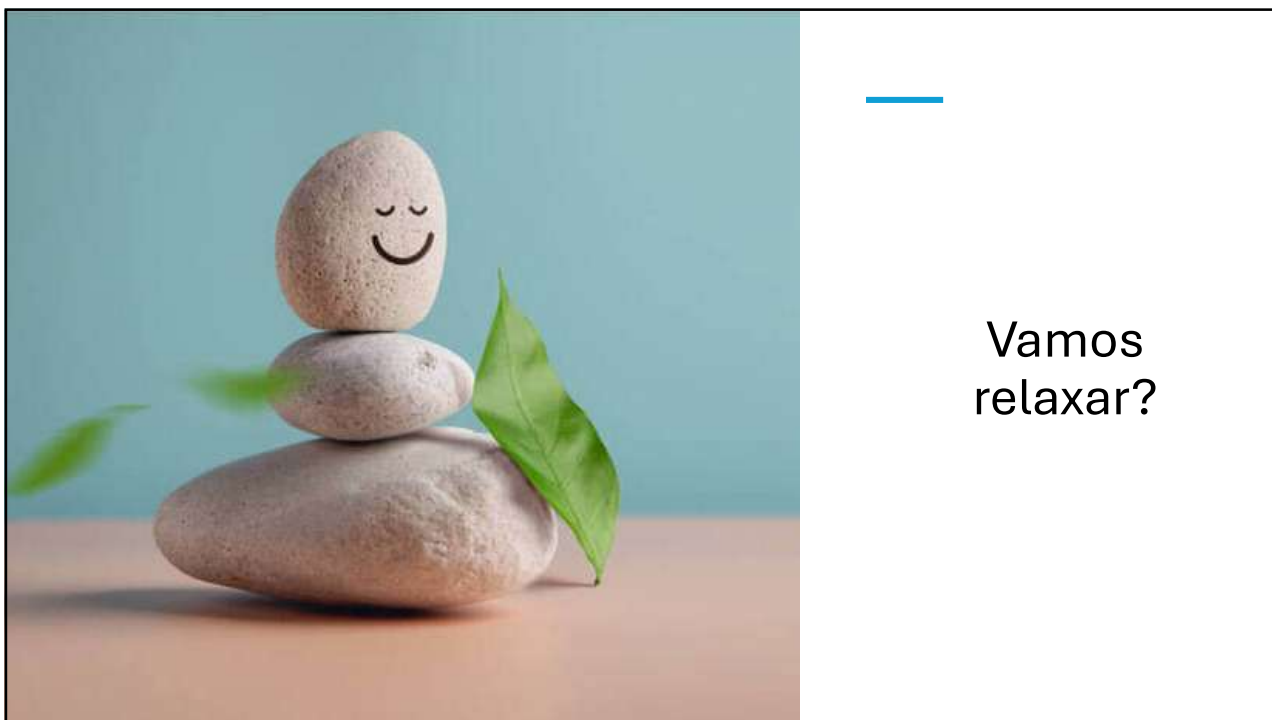


11

A prática de mindfulness tem sido amplamente investigada como uma intervenção eficaz para fortalecer a resiliência e mitigar o impacto do stress ocupacional entre os enfermeiros (Gilmartin et al., 2017). Programas baseados nesta abordagem favorecem o desenvolvimento da atenção plena, permitindo que os profissionais lidem de forma mais adaptativa com a exigência da prática clínica, preservando o equilíbrio emocional e potenciando a qualidade dos cuidados prestados (Smith & Jennings, 2020).



12



Vamos  
relaxar?

13

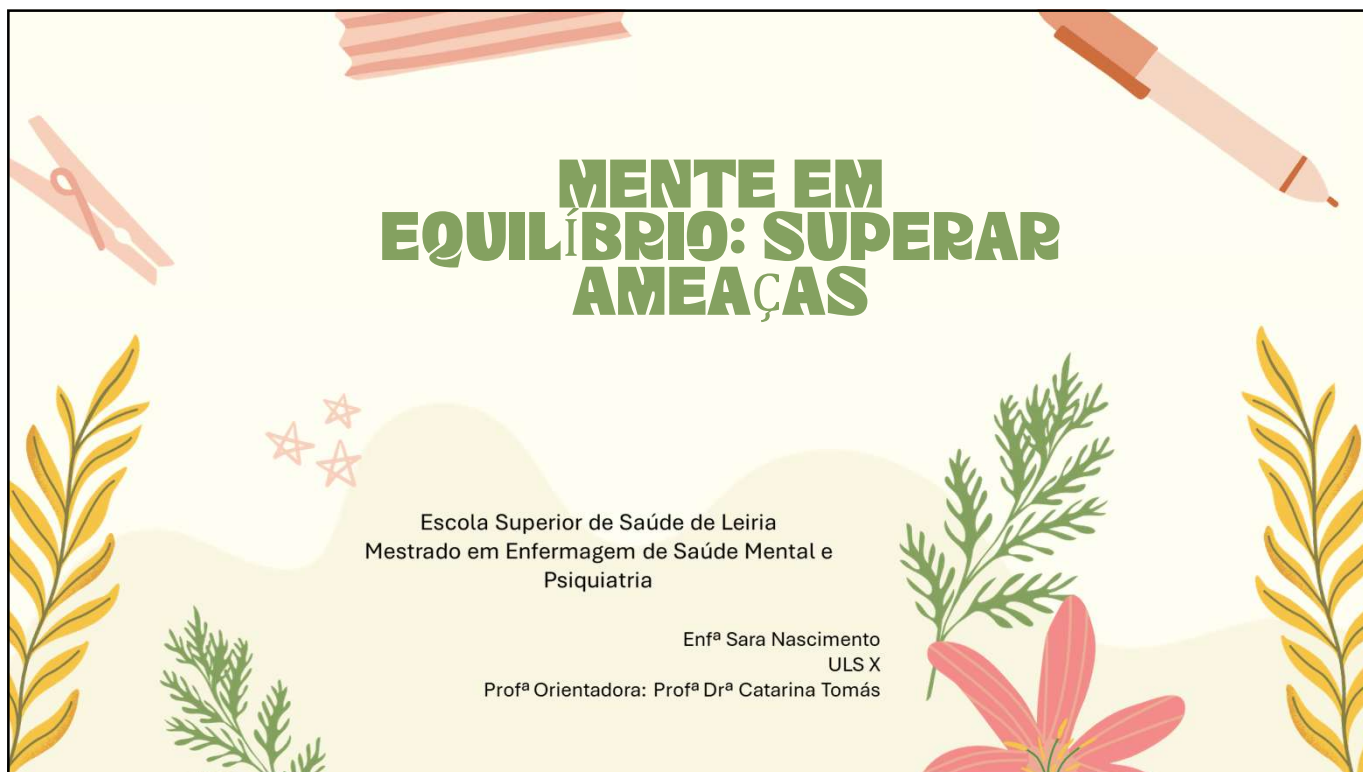
## Referências Bibliográficas

- Gilmartin, H., Goyal, A., Hamati, M. C., Mann, A., & Saint, S. (2017). Brief Mindfulness Practices for Healthcare Providers – A Systematic Review. *American Journal of Medicine*, 130(10), 1219.e1–1219.e17.
- Herdman, T. & Kamittsuru, S. (11ª edição) (2014). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA I: Definições e Classificação 2018-2020*. São Paulo. ARTMED EDITORA LTDA.
- Neto, I.M. & Centeno, M.J. (2005). Is there a crisis in Psychoanalysis and Group Analysis? Essence and Preconception. Oral Communication presented at 34th GAS Winter Workshop – Group Analysis today: Concepts and Preconceptions, held in Lisbon, 12-15th January.
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2019). Teamwork in Healthcare: Key Discoveries Enabling Safer, High-Quality Care. *American Psychologist*, 74(4), 433–450.
- Salas, E., Reyes, D. L., & McDaniel, S. H. (2018). The Science of Teamwork: Progress, Reflections, and the Road Ahead. *American Psychologist*, 73(4), 593–600.
- Smith, J., & Jennings, P. A. (2020). Mindfulness-Based Interventions for Healthcare Professionals: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of Occupational Health Psychology*, 25(1), 1–14.
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em Medicina. Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*. 22. 89-98.
- Townsend, M., C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. (6ª edição). Loures: Lusociência.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-5-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (J.N. Almeida Trad.). Lisboa.

14



Obrigada  
pela vossa  
atenção!



1



2



3



4

## MENTE COMPASSIVA E DOS SISTEMAS EMOCIONAIS



Mente Compassiva refere-se à capacidade de reconhecer o sofrimento próprio e alheio, acompanhada de um desejo genuíno de aliviar esse sofrimento, promovendo ações de cuidado e bem-estar. Esta habilidade envolve atributos como sensibilidade ao sofrimento, empatia, não julgamento e tolerância ao desconforto, sendo estes princípios fundamentais para a regulação emocional (Gilbert, 2010)

5

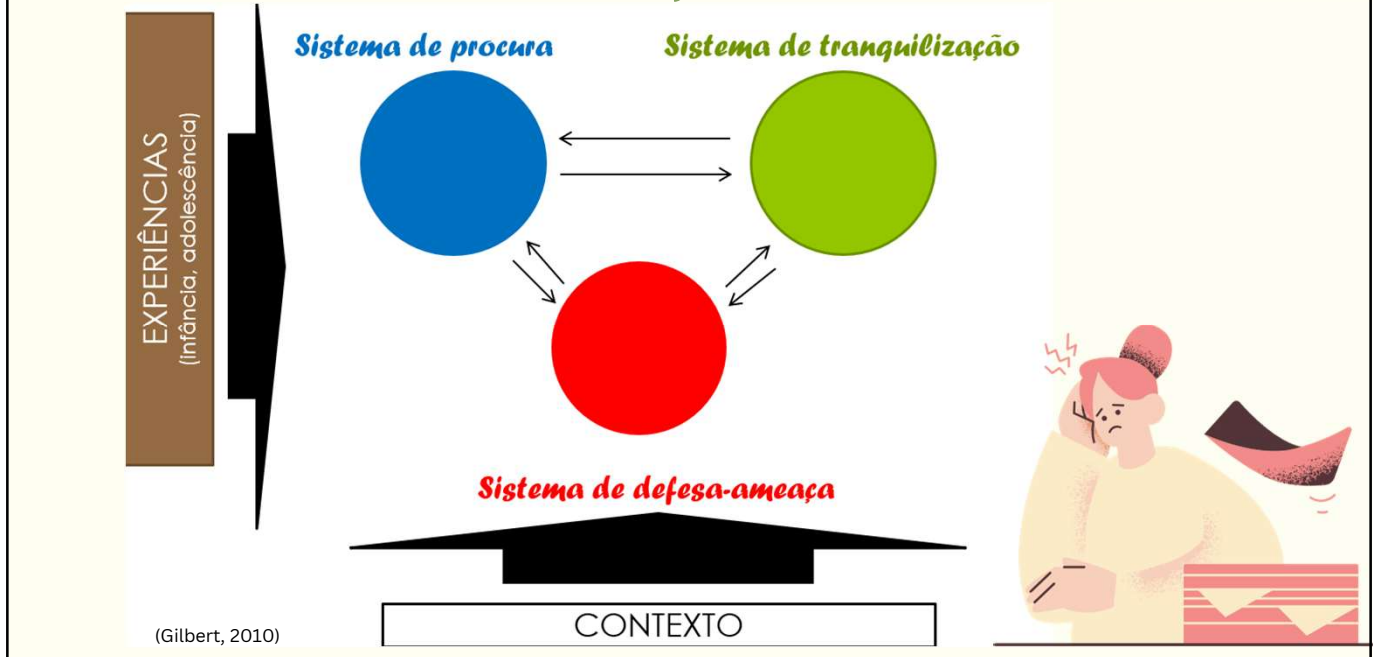
## MENTE COMPASSIVA E DOS SISTEMAS EMOCIONAIS



Sistemas Emocionais são estruturas neurobiológicas que regulam as nossas respostas emocionais e comportamentais. Na Terapia Focada na Compaixão (TFC), identificam-se três sistemas principais (Gilbert, 2023)

6

## OS TRÊS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES

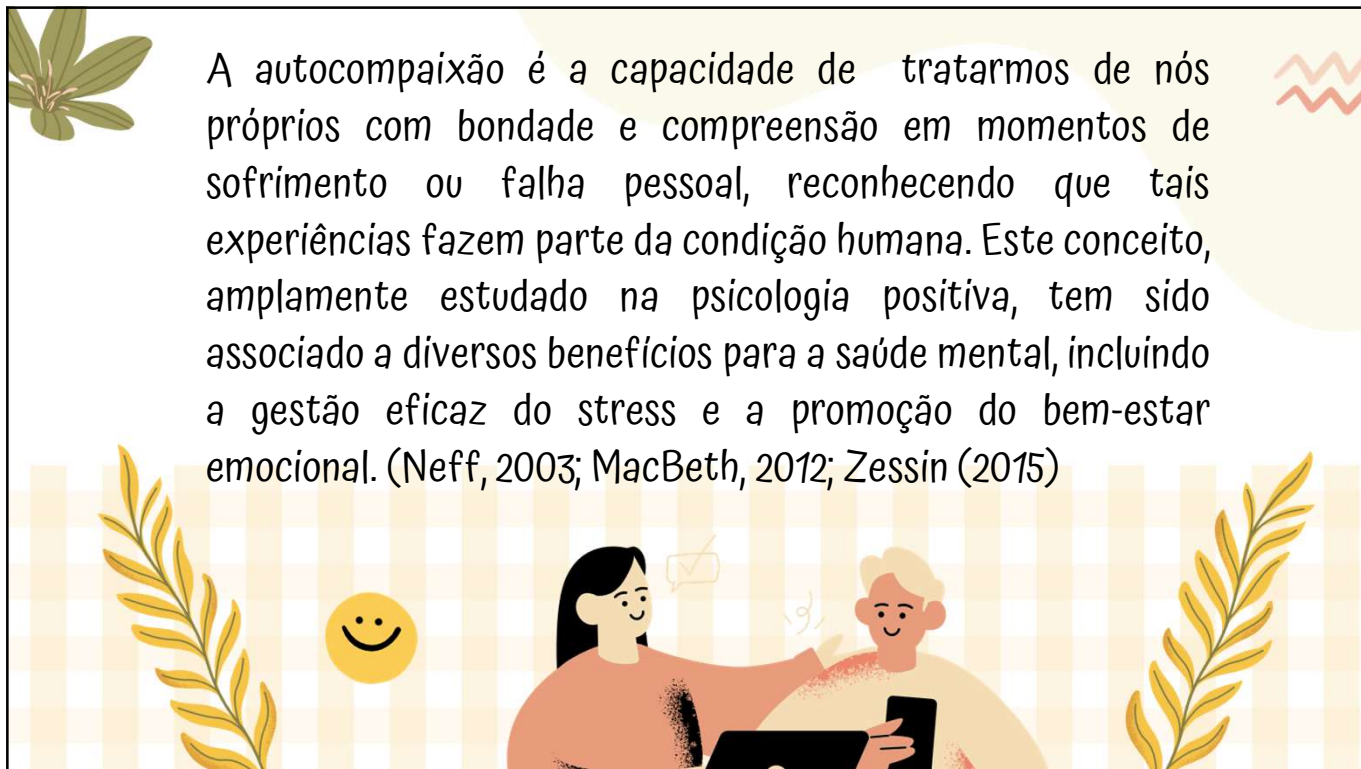


7

## A IMPORTÂNCIA DA AUTOCOMPAIXÃO NA GESTÃO DO STRESS E DO BEM-ESTAR EMOCIONAL.

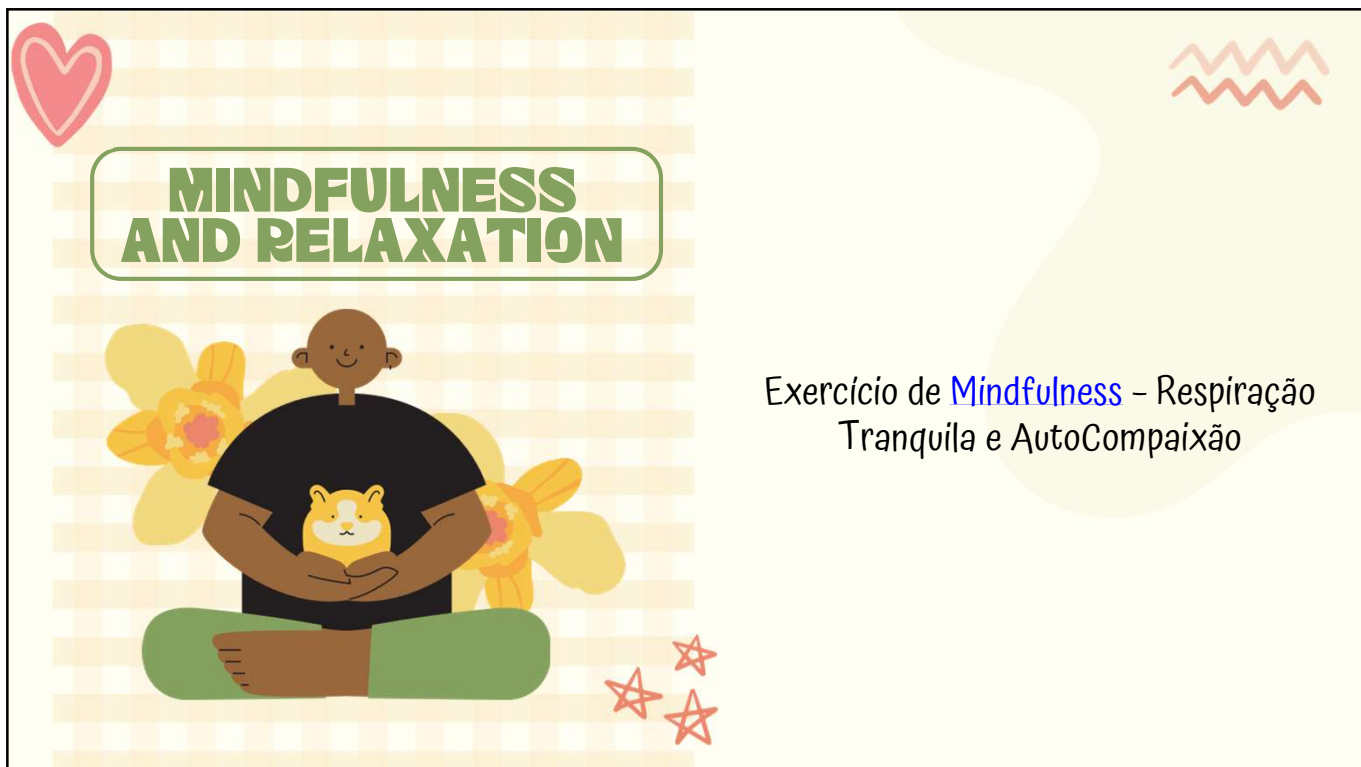


8



A autocompaixão é a capacidade de tratarmos de nós próprios com bondade e compreensão em momentos de sofrimento ou falha pessoal, reconhecendo que tais experiências fazem parte da condição humana. Este conceito, amplamente estudado na psicologia positiva, tem sido associado a diversos benefícios para a saúde mental, incluindo a gestão eficaz do stress e a promoção do bem-estar emocional. (Neff, 2003; MacBeth, 2012; Zessin (2015)

9



**MINDFULNESS  
AND RELAXATION**

Exercício de [Mindfulness](#) – Respiração Tranquila e AutoCompaixão

10



## Referências Bibliográficas

Gilbert, P., & Simos, G. (2023). Terapia focada na compaixão: Aplicações e prática clínica. Artmed Editora.

Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative coceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.

Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: A meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364.

11



# OBRIGADA!

12

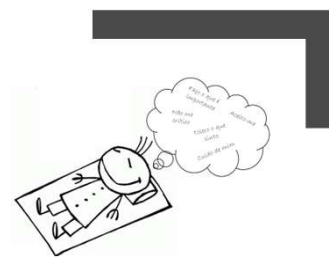


Escola Superior de Saúde de Leiria  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

Enfª Sara Nascimento  
ULS X  
Profª Orientadora: Profª Drª Catarina Tomás

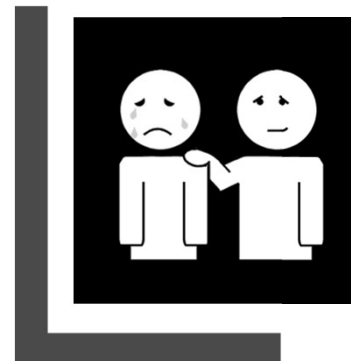
## Do Coração à Ação: Desbloquear a Compaixão

1



O que vos dizem  
estas imagens?

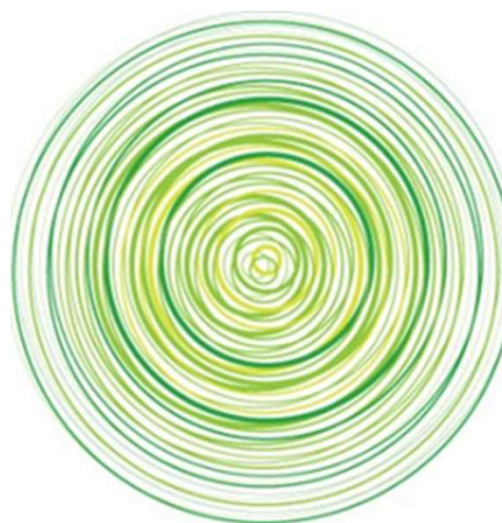
---



2

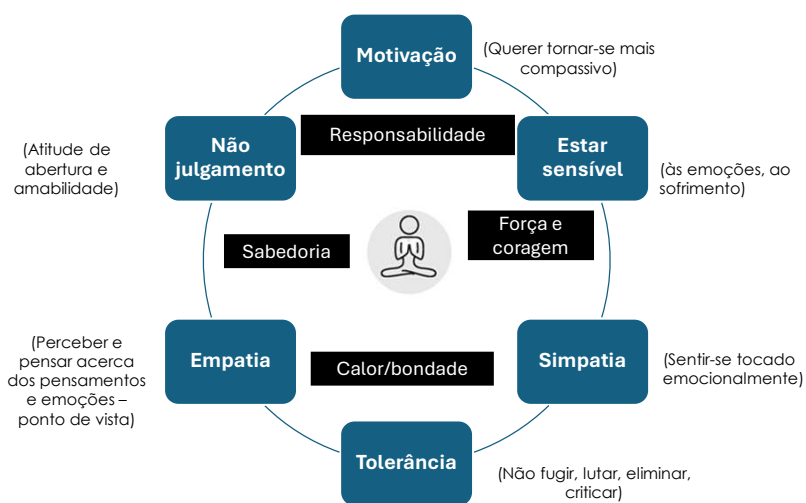
## O que é a compaixão?

A compaixão pode ser definida como um processo dinâmico que envolve dimensões cognitivas, emocionais e comportamentais, caracterizando-se pela capacidade de reconhecer e responder ao sofrimento, tanto próprio como alheio, com um desejo genuíno de o aliviar e prevenir.



3

## O que é a compaixão?



4

## O que é a aceitação?

A aceitação pode ser definida como um processo psicológico ativo que envolve o reconhecimento e acolhimento da experiência interna, incluindo pensamentos, emoções e sensações, sem tentativas de evitamento, supressão ou julgamento. Não implica resignação ou passividade, mas sim uma atitude aberta e consciente face à realidade, permitindo uma resposta mais flexível e adaptativa ao sofrimento.



A aceitação não é um processo homogêneo, variando conforme **factores individuais, sociais e culturais**. Diferentes populações podem associá-la a dimensões como **cuidado, bondade, amor ou atenção plena**, demonstrando a importância de considerar estas diferenças ao integrar a aceitação e a autocompaixão em **intervenções terapêuticas e programas comunitários**.

5

## O que é compromisso?

O **compromisso**, no contexto da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), é entendido como a **disposição ativa e intencional de agir em direção aos valores pessoais**, mesmo na presença de dificuldades ou desconforto. Não se trata apenas de um compromisso verbal ou intelectual, mas de uma **ação congruente e contínua**, guiada pelo que é significativo para uma pessoa.



6

## Como posso ser Compassivo?

### ATENÇÃO

Focar a atenção em coisas que ajudam e aumentam o bem-estar



### PENSAMENTO

Aprender a pensar de forma mais compassiva. Qual é a melhor maneira, ou mais útil, de pensar acerca desta situação?



### COMPORTAMENTO

Fazer coisas que ajudam com o sofrimento e a avançar na vida - CORAGEM para fazer coisas que custam!

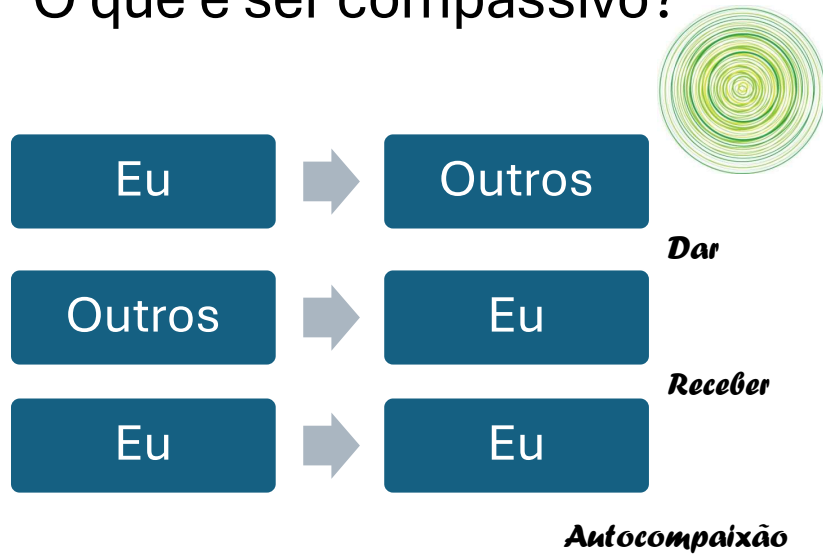
7

## Do pensamento à atenção plena!

O **pensamento** e a **atenção plena** desempenham papéis fundamentais na regulação emocional e no bem-estar psicológico. Enquanto o **pensamento pode influenciar a forma como interpretamos e reagimos às experiências**, a **atenção plena permite observar essas cognições sem julgamento**, promovendo flexibilidade psicológica. Na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e na Terapia Focada na Compaixão (TFC), a atenção plena facilita o compromisso com valores e o desenvolvimento da autocompaixão, reduzindo sofrimento e autocrítica.

8

“O que é ser compassivo?”



9


***Então... Vamos praticar!***




10

Abraçar a Tempestade

TREAT  
YOURSELF



ULS



**IPL**  
escola superior de saúde  
Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Saúde de Leiria  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

Enfª Sara Nascimento  
ULS X  
Profª Orientadora: Profª Drª Catarina Tomás

1

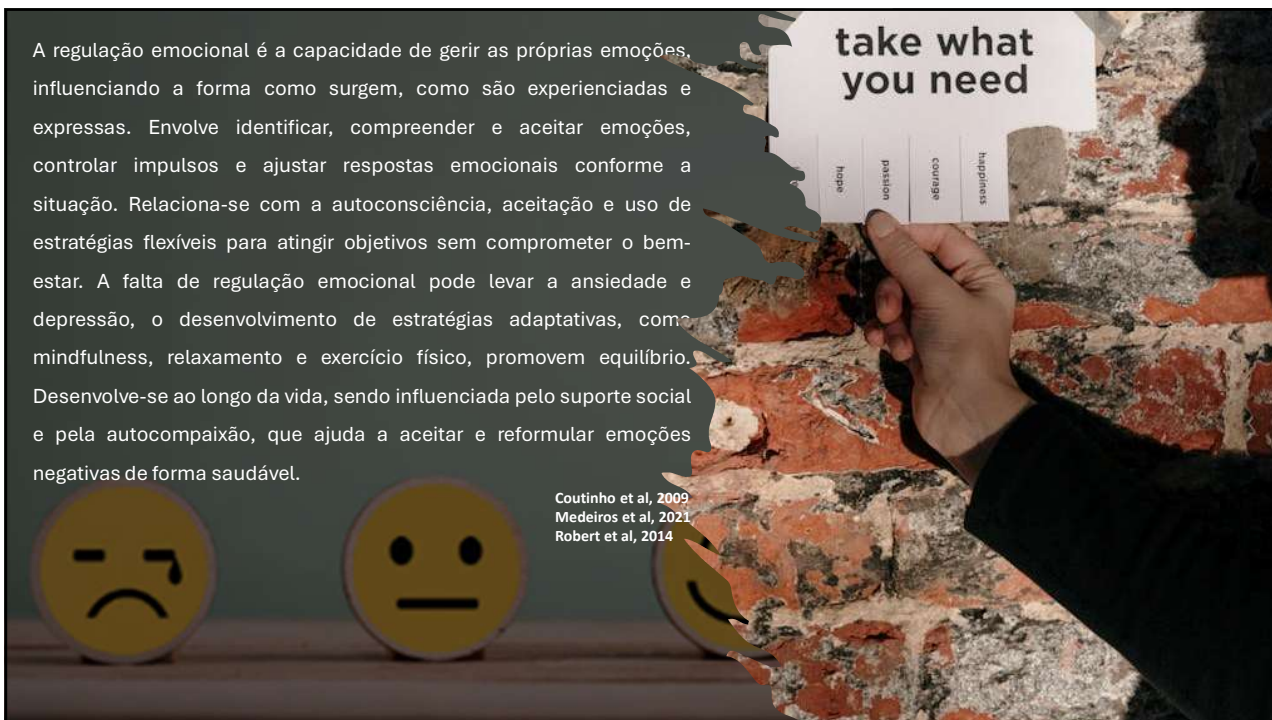
Toque Compassivo




2

A regulação emocional é a capacidade de gerir as próprias emoções, influenciando a forma como surgem, como são experienciadas e expressas. Envolve identificar, compreender e aceitar emoções, controlar impulsos e ajustar respostas emocionais conforme a situação. Relaciona-se com a autoconsciência, aceitação e uso de estratégias flexíveis para atingir objetivos sem comprometer o bem-estar. A falta de regulação emocional pode levar a ansiedade e depressão, o desenvolvimento de estratégias adaptativas, como mindfulness, relaxamento e exercício físico, promovem equilíbrio. Desenvolve-se ao longo da vida, sendo influenciada pelo suporte social e pela autocompaixão, que ajuda a aceitar e reformular emoções negativas de forma saudável.

Coutinho et al, 2009  
Medeiros et al, 2021  
Robert et al, 2014



3



A autocompaixão é a capacidade de tratar-se com gentileza e compreensão em momentos de dificuldade, reconhecendo que errar e sofrer fazem parte da experiência humana. Baseia-se em três pilares: autogentileza, humanidade partilhada e atenção plena. Em vez de autocrítica, promove um olhar acolhedor sobre si mesmo, permitindo enfrentar desafios com equilíbrio emocional. Diferencia-se da autoestima, pois não depende de comparação, mas da aceitação das próprias imperfeições. Desenvolver a autocompaixão fortalece a resiliência, melhora o bem-estar e as relações interpessoais, ajudando a lidar com as emoções de forma saudável, encorajadora e sem julgamento, promovendo crescimento e harmonia.

Medeiros et al, 2021

4

Em suma, a autocompaixão contribui significativamente para a regulação emocional ao promover a **aceitação das emoções negativas, reduzir a autocrítica, diminuir sentimentos de ruminação e facilitar uma resposta mais gentil e funcional ao stress**, conduzindo a um maior bem-estar (Medeiros et al, 2021).



5



### Frases Compassivas

- "Estou aqui para apoiar-te."
- "Compreendo o teu sofrimento."
- "Mereces cuidado e atenção."
- "É normal sentir-me sobrecarregado por períodos."
- "Estou a fazer o melhor que posso neste momento."
- "Cada passo que dou é válido."
- "Posso oferecer a mim mesmo um momento de calma."
- "Reconheço a minha dedicação e esforço."
- "Estou disposto a receber ajuda quando necessário."
- "A minha compaixão por mim mesmo reflete-se no cuidado que ofereço aos outros."

6

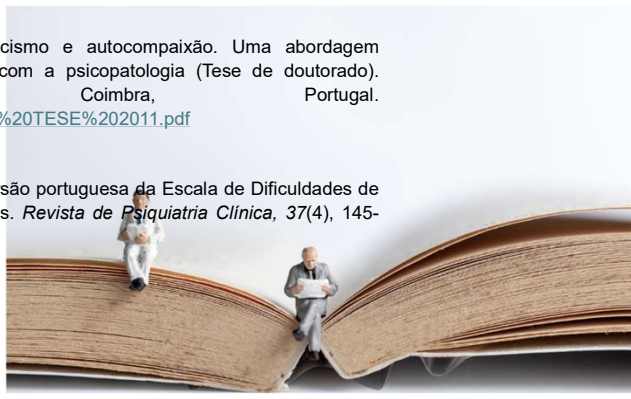
## Bibliografia:

Medeiros, N. B., Santos, F. R. C., Gomes, D. S., Sousa, L. N., & Carvalho, A. L. N. (2021). O papel da autocompaixão na regulação emocional: Revisão de literatura. *Revista de Psicologia da Unesp*, 20(2), 144-155. <https://doi.org/10.5935/1984-9044.20210018>

Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2013). Regulação emocional em psicoterapia: Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental (I. Oliveira, Trad.). Artmed.

Castilho, P. (2011). Modelos de relação interna: Autocriticismo e autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia (Tese de doutorado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/20463/3/Paula%20Castilho%20TESE%202011.pdf>

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>



7



8

# Diálogos Internos: Transformar o Crítico em Aliado



Escola Superior de Saúde de Leiria  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

Enfª Sara Nascimento  
ULS X  
Profª Orientadora: Profª Drª Catarina Tomás

1

## Autocompaixão



ASSUMIR QUE  
VOCÊ NÃO VAI  
DAR CONTA...

© ILUMINA  
DE LINDA  
PINA 2018



É O PRIMEIRO  
PASSO PARA DAR  
CONTA DAS COISAS  
QUE NÃO ESTAMOS  
DANDO CONTA

Desculpel  
Eu não tenho mais lugar

@namoora



Qualquer um



2

## FERRAMENTAS PSICOLÓGICAS



3

## Autocompaixão



4

## Bibliografia:

- Kabat-Zinn, J. (2022). Mindfulness: A vida como ela é. Nascente. <https://doi.org/9789895649808>
- Martins, M. J., Pereira, A. T., Castilho, P., Braehler, C., Macedo, A. F., & Carvalho, C. B. (2020). *Mindfulness e compaixão na recuperação da psicose: Programa de intervenção COMPASS*. Pactor. <https://doi.org/9789896930943>
- Williams, M. (2015). Mindfulness: O plano de oito semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade. Lua de Papel. <https://doi.org/9789892329178>



5



6

# No Ritmo da Vida: Aceitação, Presença e Flexibilidade



Escola Superior de Saúde de Leiria  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

Enfª Sara Nascimento  
ULS X  
Profª Orientadora: Profª Drª Catarina Tomás

1

## Ansiedade e Stress na Prática de Enfermagem

### Fatores de Stress em Enfermagem

- Exposição diária a episódios de sofrimento, e a dificuldade na gestão das emoções;
- Tomada de decisões;
- Elevado volume de trabalho e remuneração desajustada

### Consequências do Stress em Enfermagem

- Burnout;
- Patologias no âmbito da Ansiedade e depressão
- Redução da qualidade dos cuidados prestados.
- Diminuição da produtividade e aumento de erros.

2

## Ansiedade e Stress na Prática de Enfermagem

### Estratégias para Gestão do Stress

- Implementação de estratégias para reduzir a ansiedade e o stress.
- Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBM) como ferramenta eficaz.
- Promoção do autocuidado, autocompaixão e qualidade de vida.
- Estímulo ao autoconhecimento e à autorreflexão.

3

## Aceitação no Contexto do Mindfulness

A aceitação pode ser definida como o ato de reconhecer e permitir que as experiências internas e externas possam ser aceites sem resistência ou julgamento. Não se trata de um processo passivo, mas sim de uma escolha consciente e um ponto de partida para mudanças internas ou externas.

4

## Aceitação nas Intervenções Baseadas em Mindfulness (IBM)



Descrita por Jon Kabat-Zinn como uma das Atitudes Mindfulness.



Melhoria de processos laborais, contribuindo para a criação de ambientes laborais mais saudáveis.



Especialmente relevante no contexto da pandemia de COVID-19.



Introduzida nos programas IBM juntamente com a autocompaixão, empatia e valores de vida.



Melhoria dos níveis de stress.

5

## Aceitação – outras perspetivas

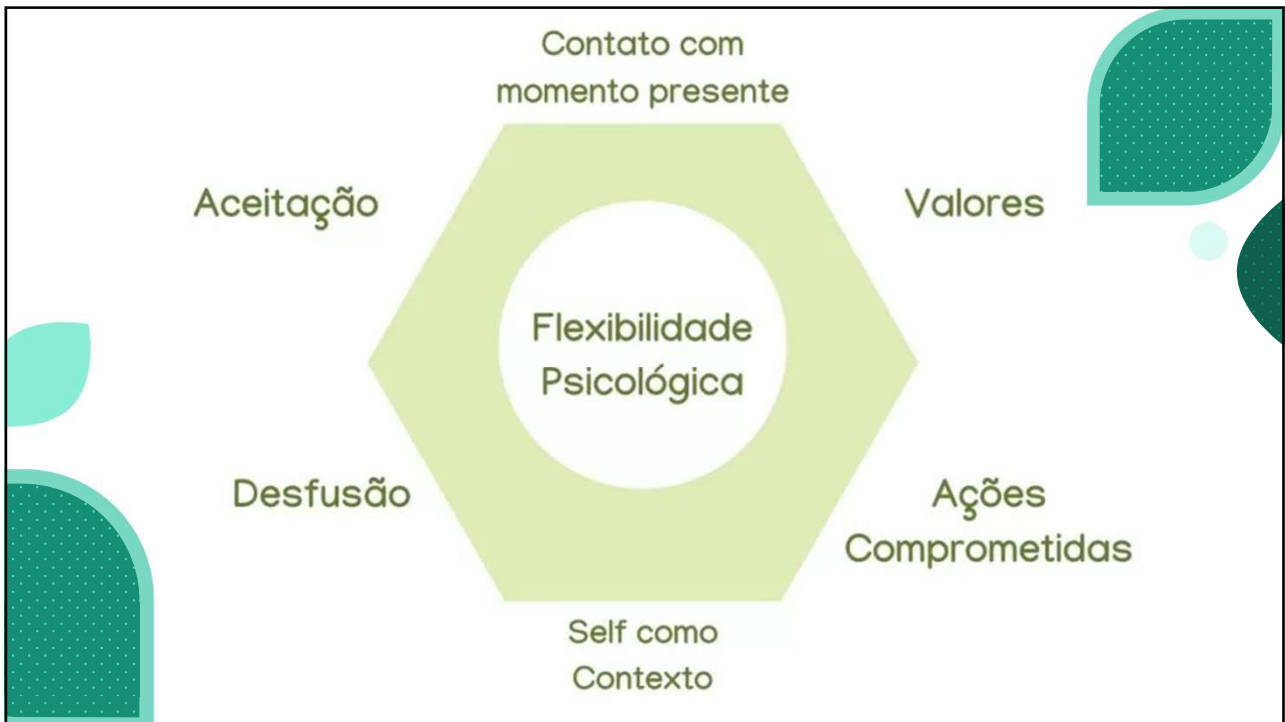
### Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

- Enfatiza a aceitação de pensamentos e sentimentos difíceis como parte natural da vida.
- Relacionada com o desenvolvimento da autocompaixão.

### Mindfulness e Gestão do Stress

- Envolve um estado de presença sem julgamentos.
- Implica aceitar o momento presente tal como ele é.
- Literatura ressalta a importância da meditação no fortalecimento da aceitação das próprias emoções.

6



7

# No Ritmo da Vida...



Escola Superior de Saúde de Leiria  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiatria

Enfª Sara Nascimento  
ULS X  
Profª Orientadora: Profª Drª Catarina Tomás



1

## Relaxamento Muscular Progressivo O que é?

O treino de relaxamento muscular progressivo equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados. (Coelho *et al* (2020); Townsend (2011); Payne (2003)).

1ª Fase 16 Grupos Musculares	2ª Fase 7 Grupos Musculares	3ª Fase 4 Grupos Musculares
Mão e antebraço direitos	Mão e antebraço direitos + Braço direito	Mão e antebraço direitos + Braço direito + Mão e antebraço esquerdos + Braço esquerdo
Braço direito		
Mão e antebraço esquerdos	Mão e antebraço esquerdos + Braço esquerdo	
Braço esquerdo		
Testa e parte superior da face	Testa e parte superior da face + Parte central da face + Parte inferior da face	Testa e parte superior da face + Parte central da face + Parte inferior da face + Pescoço
Parte central da face		
Parte inferior da face		
Pescoço	Pescoço	
Peito, ombros e parte superior das costas	Peito, ombros e parte superior das costas + Abdómen	Peito, ombros e parte superior das costas + Abdómen
Abdómen		
Coxa direita	Coxa direita + Barriga da perna direita + Pé direito	Coxa direita + Barriga da perna direita + Pé direito + Coxa esquerda + Barriga da perna esquerda + Pé esquerdo
Barriga da perna direita		
Pé direito		
Coxa esquerda	Coxa esquerda + Barriga da perna esquerda + Pé esquerdo	
Barriga da perna esquerda		
Pé esquerdo		

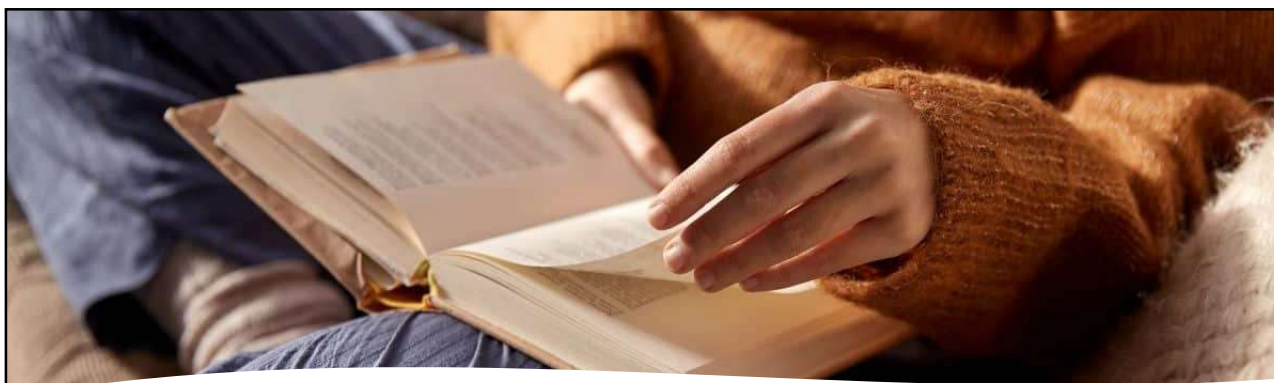
2

# Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

Payne (2003)



3



## Bibliografia:

- Coelho, J. & Sousa, L. (2020) Relaxamento *in* C. Sequeira & F. Sampaio. *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 202-210) Lisboa: Lidel.
- Payne, R (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde.* (2ªEd.). Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica* (6ª edição). Loures: Lusociência.

4



# Além da Sessão

Sara Nascimento 

Enfermeira – ULS X


Mestrado em Saúde Mental e Psiquiatria 

Orientação: Profª Dra Cátarina Tomás



 POLITÉCNICO DE LEIRIA  ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

1

1. Estratégias para implementar práticas de mindfulness, aceitação e compromisso no dia-a-dia...



# Sobre Nós

 POLITÉCNICO DE LEIRIA  ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

2




# O Nosso Compromisso

2. Uma ação concreta que pretende adoptar para reduzir o stress e ansiedade.



3



3. O que considerou mais importante ao longo destas sessões?

4



**APÊNDICE 2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ENSINO CLÍNICO I – INTERNAMENTO HOSPITALAR**

**PLANO DE SESSÃO ENTREVISTA DE ENFERMAGEM NO INTERNAMENTO DE  
PSIQUIATRIA**

Objetivo Geral	Identificar os problemas, dúvidas e receios do utente, capacitando-o na resolução dos seus problemas e envolvendo a família sempre que possível, mantendo sempre uma postura de verdade e integridade.
Objetivos Específicos	Identificar os problemas, dúvidas e receios do utente. Estabelecer uma relação terapêutica com o utente. Capacitar o utente para a resolução dos seus problemas. Envolver a família no processo terapêutico, sempre que necessário.
Duração	60 minutos
Participantes	Utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Material Necessário	Folha de Papel e Material de escrita
Introdução (10 minutos)	Apresentação da pessoa que realiza a entrevista. Obter o consentimento verbal informado. Explicar em que consiste a entrevista e qual a sua finalidade
Desenvolvimento (40 minutos)	Manter escuta ativa. Utilizar linguagem simples e acessível. Realizar perguntas abertas a fim de validar quais as dúvidas e receios do utente. Ensinar sobre estratégias de coping. Validar a existência de recursos disponíveis no hospital, nomeadamente grupos terapêuticos, atividades ocupacionais. Manter o reforço positivo face á competências demonstradas pelo utente.
Conclusão (10 minutos)	Efetuar um resumo dos pontos abordados. Fazer o agendamento de próximas sessões, se necessário. Agradecer ao utente a sua participação.

**ATIVIDADES OCUPACIONAIS TERAPÊUTICAS DE NATUREZA  
SOCIOTERAPÊUTICA, COM RECURSO À TERAPIA PELA ARTE**

Objetivo Geral	Promover a expressão emocional através da arte.
Objetivos Específicos	Promover o auto-conhecimento e a autoestima. Reduzir os níveis de ansiedade e stress. Melhorar a motricidade fina.
Duração	30 minutos
Participantes	5 utentes, utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Materiais Necessários	Livro de Ilustrações Lápis de Cor Lápis de Cera
Introdução (5 minutos)	Apresentação do tema Justificação do tema
Desenvolvimento (20 minutos)	Cada utente escolhe o tema que deseja trabalhar (emoções, sonhos, memórias); Cada utente escolhe um desenho, e os respetivos materiais de pintura; Incentivar à participação e feedback positivo ao grupo; Encorajar o utente a partilhar a sua obra e explicar o que ela significa para ele.
Conclusão (5 minutos)	Refletir sobre a experiência e como se sentiram durante a atividade. Refletir sobre o que os utentes aprenderam sobre si mesmos e sobre os outros. Reforçar junto dos utentes os benefícios da terapia pela arte.
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

ATIVIDADES OCUPACIONAIS TERAPÊUTICAS DE NATUREZA  
SOCIOTERAPÊUTICA, PASSEIO TERAPÊUTICO PELO PARQUE

Objetivo Geral	Promover o bem-estar, com recurso a técnicas de relaxamento (mindfulness) e caminhada em ambiente natural.
Objetivos Específicos	Promover a socialização e a tomada de consciência face ao espaço envolvente. Reduzir os níveis de ansiedade e stress através do contato com a natureza.
Duração	40 minutos
Participantes	Um utente com doença mental grave em internamento de psiquiatria
Introdução (10 minutos)	Explicar a atividade. Estabelecer regras de segurança e de conduta no decorrer do passeio.
Desenvolvimento (20 minutos)	Observar em conjunto com o utente o ambiente em redor. Encorajar o utente a observar pormenorizadamente os cheiros, sons, as árvores, edifícios em redor Promover uma sessão de relaxamento através de exercícios de respiração profunda.
Conclusão (10 minutos)	Validar com o utente os seus sentimentos e a importância da realização da atividade.
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

**ATIVIDADES OCUPACIONAIS TERAPÊUTICAS DE NATUREZA  
SOCIOTERAPÊUTICA, IDA AO QUINTALÃO (ATIVIDADE DE JARDINAGEM E  
ALIMENTAÇÃO DAS GALINHAS)**

Objetivo Geral	Promover competências sociais através de atividades de jardinagem.
Objetivos Específicos	Promover a socialização e a tomada de consciência face ao espaço envolvente. Reduzir os níveis de ansiedade e stress através do contato com a natureza. Estimular a responsabilidade e o cuidado com seres vivos. Fomentar a autoestima e a realização pessoal.
Duração	60 minutos
Participantes	Um utente com doença mental grave em internamento de psiquiatria
Materiais Necessários	Roupa e Calçado Confortável, Material de Jardinagem, e Equipamentos para alimentar os animais.
Introdução (10 minutos)	Explicar a atividade. Estabelecer regras de segurança e de conduta no decorrer da atividade no pavião.
Desenvolvimento (40 minutos)	Explicar acerca da alimentação das galinhas e a importância do cuidado para com os animais. Distribuir a ração com o utente, para que possa alimentar os animais. Orientar o utente como alimentar as galinhas de forma segura. Encorajar o utente a observar e a interagir com as galinhas. Explicar acerca das plantas e das técnicas de jardinagem. Encorajar o utente a partilhar as suas experiências com a jardinagem. Promover uma sessão de relaxamento através de exercícios de respiração profunda.
Conclusão (10 minutos)	Validar com o utente os seus sentimentos e a importância da realização da atividade.
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

## SESSÃO DE EDUCAÇÃO SOBRE A DOENÇA MENTAL

Objetivo Geral	Promover o <i>insight</i> do utente para a sua situação patológica.
Objetivos Específicos	Compreender os conceitos saúde mental e doença mental; Identificar sinais e sintomas de saúde mental e doença mental; Incentivar a partilha entre os elementos do grupo; Capacitar o utente a encontrar mecanismos de coping eficazes para lidar com situações futuras adversas; Promover o empoderamento do utente.
Duração	35 minutos
Participantes	Utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Materiais Necessários	Folha de papel e Lápis.
Introdução (5 minutos)	Apresentação do tema; Justificação do tema;
Desenvolvimento (25 minutos)	Definição do conceito de Saúde Mental; Identificação comportamentos promotores de Saúde Mental; Definição do conceito de Doença Mental; Definição dos conceitos de stress e gestão do stress; Identificação de comportamentos promotores da gestão do stress; Partilha de experiências;
Conclusão (5 minutos)	Conclusão; Validação de conhecimentos adquiridos;
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

SESSÃO INDIVIDUAL DE NATUREZA PSICOTERAPÊUTICA E  
PSICOEDUCACIONAL SOBRE A GESTÃO DA ANSIEDADE

Objetivo Geral	Capacitar o utente para identificar as situações geradoras de ansiedade.
Objetivos Específicos	Ensinar sobre ansiedade. Ajudar o utente a identificar sinais de ansiedade. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.
Duração	30 minutos
Participantes	Utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Materiais Necessários	Folha de papel e Lápis.
Introdução (10 minutos)	Apresentação do tema. Justificação do tema. Questionar o utente quanto à sua ansiedade.
Desenvolvimento (20 minutos)	Identificar os sinais e sintomas associados à ansiedade. Ensinar sobre os mecanismos da ansiedade. Ensinar sobre técnicas de relaxamento (respiração profunda, realização de atividades que promovam o prazer e bem-estar).
Conclusão (10 minutos)	Conclusão; Validação de conhecimentos adquiridos;
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

## SESSÃO DE RELAXAMENTO INDIVIDUAL COM RECURSO AO MINDFULNESS

Objetivo Geral	Promover o relaxamento individual.
Objetivos Específicos	Promover a consciência do momento presente, minimizando os níveis de ansiedade; Promover o bem-estar emocional; Aumentar o tempo de concentração; Melhorar a qualidade das interações sociais.
Duração	25 minutos
Participantes	Um utente com doença mental grave em internamento de psiquiatria
Materiais Necessários	Sala, cadeirão e almofada
Introdução (10 minutos)	Explicação breve sobre os objetivos da sessão. Definição de mindfulness e sua importância para a saúde mental.
Desenvolvimento (5 minutos)	Execução da técnica.
Conclusão (10 minutos)	Reflexão final sobre a experiência da sessão.
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

SESSÃO PSICOEDUCATIVA: SABER PARA MELHOR VIVER 1: A  
IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS DE HIGIENE

Objetivo Geral	Promover a adesão dos utentes aos cuidados de higiene.
Objetivos Específicos	Ensinar sobre a importância em manter-se limpo e higienizado. Ensinar ao utente sobre a importância do cumprimento de regras sociais e de convívio.
Duração	30 minutos
Participantes	Utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Materiais Necessários	Folha de papel e Lápis.
Introdução (10 minutos)	Apresentação do tema Justificação do tema
Desenvolvimento (20 minutos)	Definir o que são cuidados de higiene. Identificar as necessidades dos utentes. Ensinar ao utente sobre a importância do cumprimento de regras sociais e de convívio.
Conclusão (10 minutos)	Conclusão. Validação de conhecimentos adquiridos.
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

**SESSÃO PSICOEDUCATIVA: SABER PARA MELHOR VIVER 2 – ADESÃO À  
MEDICAÇÃO**

Objetivo Geral	Promover a adesão ao regime medicamentoso do utente com doença mental grave.
Objetivos Específicos	<p>Ensinar ao utente os ganhos em saúde por aderir ao regime medicamentoso.</p> <p>Ensinar ao utente sobre o risco de doença aumentado se não-adesão ao regime medicamentoso.</p> <p>Ensinar ao utente sobre o regime medicamentoso, nomeadamente indicações e efeitos secundários.</p> <p>Desmistificar as ideias pré-concebidas acerca da medicação.</p> <p>Promover a partilha de experiências entre os utentes do grupo.</p>
Duração	35 minutos
Participantes	Utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Material Necessário	Folhas e material de escrita
Introdução (5 minutos)	<p>Apresentação do tema</p> <p>Justificação do tema</p>
Desenvolvimento (25 minutos)	<p>Definição de medicamento</p> <p>Definição de adesão</p> <p>Importância da adesão ao regime medicamentoso</p> <p>Consequências da não-adesão ao regime medicamentoso</p> <p>Indicação e efeitos-secundários dos seguintes grupos farmacológicos: antipsicóticos, antidepressivos, estabilizadores do humor e ansiolíticos.</p>
Conclusão (5 minutos), Método Expositivo e Interrogativo	<p>Conclusão</p> <p>Validação de conhecimentos adquiridos</p>
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

**SESSÕES COM RECURSO A INTERVENÇÕES DE ÂMBITO  
PSICOTERAPÊUTICO – O USO DA LEITURA E DA MÚSICA COMO  
ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA SESSÃO 1**

Objetivo Geral	Oferecer metáforas e histórias através da leitura como estratégia terapêutica.
Objetivos Específicos	refletir sobre temas como amizade, solidão, tristeza e esperança.
Duração	30 minutos
Participantes	3 Utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Material Necessário	Sala, Cadeiras, Livro "A Tristeza da Leonor"
Introdução (5 minutos)	Apresentação do tema Justificação do tema Breve resumo do excerto selecionado do livro "A Tristeza da Leonor".
Desenvolvimento (15 minutos)	Leitura em voz alta do excerto selecionado, feita pela estudante e pelos utentes. Perguntas orientadoras: Como interpreta a tristeza de Leonor? Quais são as suas estratégias para lidar com a tristeza? Existe algo na história de Leonor com que se identifique? Partilha de experiências pessoais relacionadas com o tema.
Conclusão (10 minutos)	Partilha das reflexões, para quem se sentir confortável em fazê-lo. Validação de conhecimentos adquiridos.
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

**SESSÕES COM RECURSO A INTERVENÇÕES DE ÂMBITO  
PSICOTERAPÊUTICO – O USO DA LEITURA E DA MÚSICA COMO  
ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA SESSÃO 2**

Objetivo Geral	Oferecer metáforas e histórias através da leitura como estratégia terapêutica.
Objetivos Específicos	refletir sobre temas como amizade, solidão, tristeza e esperança.
Duração	30 minutos
Participantes	5 Utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Material Necessário	Sala, Cadeiras, Livro "O Príncipezinho"
Introdução (5 minutos)	Apresentação do tema Justificação do tema Breve resumo do excerto selecionado do livro "O Príncipezinho".
Desenvolvimento (15 minutos)	Leitura em voz alta do excerto selecionado, feita pela estudante e pelos utentes. Perguntas orientadoras: O que este excerto significa para si? Como se relaciona com a história do Príncipezinho? Que importância têm as relações na sua vida? Partilha de experiências pessoais relacionadas com o tema.
Conclusão (10 minutos)	Partilha das reflexões, para quem se sentir confortável em fazê-lo. Validação de conhecimentos adquiridos.
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

**SESSÕES COM RECURSO A INTERVENÇÕES DE ÂMBITO  
PSICOTERAPÊUTICO – O USO DA LEITURA E DA MÚSICA COMO  
ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA SESSÃO 3**

Objetivo Geral	Oferecer metáforas e histórias através da música como estratégia terapêutica.
Objetivos Específicos	refletir sobre temas como amizade, solidão, tristeza e esperança.
Duração	30 minutos
Participantes	5 Utentes com doença mental grave em internamento de psiquiatria.
Material Necessário	Letra da música "Não Dá" de Paulo Gonzo, Aparelho de som para tocar a música, Cadeiras dispostas em círculo.
Introdução (5 minutos)	Apresentação do tema Justificação do tema Breve explicação sobre a escolha da música "Não Dá".
Desenvolvimento (15 minutos)	Tocar a música "Não Dá" de Paulo Gonzo. Pedir aos participantes para prestar atenção à letra e às emoções que a música desperta. Perguntas orientadoras: Que sentimentos esta música desperta em si? Como interpreta a letra da música? Existe alguma parte da música com que se identifique particularmente? Partilha de experiências pessoais relacionadas com o tema.
Conclusão (10 minutos)	Partilha das reflexões, para quem se sentir confortável em fazê-lo. Validação de conhecimentos adquiridos.
Avaliação da Sessão	Discussão informal da relevância desta atividade.

## NOTA DE CAMPO

Um internamento de psiquiatria é um local de ambiente desafiante, ao entrar senti medo e incerteza. Vi um corredor vazio, múltiplas portas, e ecoou em mim de forma permanente o som da fechadura, a chave que entra e saí, lembrando-me de forma permanente que estou aqui, que não estou só, mas alguns estão fisicamente privados da sua liberdade.

Os bancos e as cadeiras, aparentemente objetos simples, adquirem neste espaço um papel de destaque, observo e penso que não são apenas móveis; são elementos que estruturam o espaço e influenciam a forma como os utentes e eu nos sentimos. Ao sentar-me, sinto a rigidez do banco, que me lembra a rigidez das regras que evadem este espaço. As cadeiras, dispostas de maneira ordenada, parecem delimitar territórios invisíveis, criando espaços de interação e de isolamento. Dou por mim a observar como a disposição dos móveis pode influenciar as dinâmicas sociais e a sensação de conforto ou desconforto.

Vou passando e continuo a observar o espaço a minha volta, sou também observada. Fascinante e imprevisível os utentes, o meu eu, e a forma delicada como me acolhem no seu olhar. As interações entre os utentes são desbravadas e, por vezes, imprevisíveis. Cada utente traz consigo uma história única, que se revela nas conversas, nos gestos e nos olhares. Parei no Pátio e simplesmente fiquei ali, sem julgamentos mantive-me atenta a cada comportamento, permitindo-me ver a humanidade por trás de cada comportamento. Vejo a fragilidade e a força, o medo e a esperança, manifestando-se de maneiras diversas. Há momentos de solidariedade, quando os utentes se apoiam mutuamente, e momentos de tensão, quando as regras são desafiadas.

As regras que regem o internamento são omnipresentes e moldam a vida diária de todos nós. Inicialmente, sinto-me constrangida por estas regras, mas com o tempo, começo a perceber a sua importância na manutenção da ordem e da esperança. Convidei-me a refletir sobre a experiência de viver sob as mesmas. Parei e questionei.... Como as regras afetam a minha perceção de liberdade e de responsabilidade? Como influenciam a autonomia dos utentes? A autonomia dos utentes é alvo da minha reflexão. Percebo que, apesar das restrições, há espaços onde os utentes exercem a sua autonomia. A forma como organizam o seu tempo, escolhem com quem falar, ou decidem participar em atividades, são expressões da sua individualidade e resistência. Este exercício de autonomia, por mais limitado que seja, é uma afirmação da dignidade humana e uma chamada de atenção. Mantêm-se latente em mim a importância de respeitar e promover a liberdade pessoal.

Lentamente vou percecionando a profundidade da minha experiência no internamento de psiquiatria, o medo inicial transforma-se numa oportunidade de aprendizagem à medida que

me torno mais consciente das dinâmicas humanas e dos significados profundos que permeiam este espaço.

**APÊNDICE 3 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ENSINO CLÍNICO II – RESPOSTAS DIFERENCIADAS**

**PLANO DE SESSÃO ENTREVISTA PARA COLHEITA DE DADOS DE  
ENFERMAGEM NO CRI**

Objetivo Geral	Identificar os problemas, dúvidas e receios do utente, capacitando-o na resolução dos seus problemas e envolvendo a família sempre que possível, mantendo sempre uma postura de verdade e integridade.
Objetivos Específicos	Identificar os problemas, dúvidas e receios do utente. Estabelecer uma relação terapêutica com o utente. Capacitar o utente para a resolução dos seus problemas. Envolver a família no processo terapêutico, sempre que necessário.
Duração	60 minutos
Participantes	Utente com doença mental
Material Necessário	Folha de Papel e Material de escrita
Introdução (10 minutos)	Apresentação da pessoa que realiza a entrevista. Obter o consentimento verbal informado. Explicar em que consiste a entrevista e qual a sua finalidade
Desenvolvimento (40 minutos)	Manter escuta ativa. Utilizar linguagem simples e acessível. Realizar perguntas abertas a fim de validar quais as dúvidas e receios do utente. Ensinar sobre estratégias de coping. Validar a existência de recursos disponíveis no hospital, nomeadamente grupos terapêuticos, atividades ocupacionais. Manter o reforço positivo face á competências demonstradas pelo utente.
Conclusão (10 minutos)	Efetuar um resumo dos pontos abordados. Fazer o agendamento de próximas sessões, se necessário. Agradecer ao utente a sua participação.

## SESSÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO

### **Título da Sessão:**

**"Respiração Consciente e Relaxamento Muscular: Promoção do Autocontrolo e Redução da Ansiedade"**

### **Objetivos:**

Promover o controlo de ansiedade e proporcionar relaxamento a um utente com doença mental em programa de manutenção opióide.

Promover a interiorização da necessidade de autocontrolo e benefícios inerentes.

### **Duração:**

50 Minutos

### **Local:**

Sala de Reuniões

### **Material:**

Roupa confortável, música ambiente

### **Estrutura da sessão:**

1ª Parte – Apresentação (5 minutos)

2ª Parte - Realização da dinâmica: Relaxamento muscular através da respiração

Este exercício vai ajudá-lo a passar de uma respiração mais superficial para um padrão de respiração mais profunda e consciente podendo fazê-lo em qualquer momento e em qualquer lugar, por forma a sentir-se mais confortável.

1. Senta-se numa cadeira e espere algum tempo [PAUSA]
2. Chegue-se um pouco para fora da cadeira para que os seus pés alcancem o chão e para que as suas costas não se encostem à cadeira [PAUSA]
3. Convido-o agora a direcionar a sua atenção para o seu abdómen liga-se à sensação do seu abdómen [PAUSA]
4. Sinta apenas o seu abdómen [PAUSA]
5. Deixe o seu abdómen relaxar deixando suavizar, libertando qualquer aperto ou contração criando espaço lenta e suavemente, respire profundamente através das narinas enchendo os pulmões de baixo para cima [PAUSA]
6. Primeiro deixe que o seu abdómen se expanda, depois o diafragma e depois o peito [PAUSA]
7. Respire lentamente e mantenha a sua atenção no movimento da sua respiração; à medida que o seu peito se enche de ar... o ar continua a entrar preenchendo o seu peito, depois o diafragma e depois o abdómen [PAUSA]

8. Deixe os ombros e a sua face libertarem qualquer tensão e continue a prestar atenção ao seu abdómen e ao peito à medida que inspira e expira [PAUSA]
9. Devagarinho uma sensação de curiosidade vai nascendo, enquanto acompanha os movimentos do seu corpo a Respirar [PAUSA]
10. Feche os olhos e veja se existe alguma parte da sua respiração que tenha uma sensação de relaxamento, ou que seja mesmo agradável aconchegante, confortável [PAUSA]
11. Ao encontrar essa sensação confortável, aprecie a sensação de Respirar durante o resto do exercício [PAUSA]
- 12.

### 3ª Parte – Avaliação (5 minutos)

- Observação de reações (postura e respiração)
- Partilha de experiências e de sentimentos vividos
- Partilha de dificuldades sentidas
- Partilha de sugestões
- Aplicação da escala de faces

### **Avaliação da sessão:**

A avaliação será qualitativa, através da observação do Enfermeiro e com a ajuda da escala visual analógica de faces. Será feita igualmente, através da partilha de sentimentos e das dificuldades sentidas.

### **Pertinência**

As técnicas de relaxamento têm benefícios a nível físico e psicológico, objetivando benefícios terapêuticos. Ajudam a pessoa a desenvolver a capacidade para lidar, com os sintomas físicos, que contribuem para a ansiedade, de uma forma mais eficaz.

O objetivo destas técnicas prende-se com a redução dos estímulos e as perceções associadas ao sistema sensorial do corpo.

### **Bibliografia**

- Brandes, D.; Phillips, H. (1977). Manual de jogos educativos. Lisboa: Morais Editora
- Guerra, M.; Lima, L. (2005). Intervenção Psicológica em grupos em contextos de saúde. Lisboa: Climepsi Editores.
- Payne, A. (2003). Técnicas de relaxamento: Um guia Prático para Profissionais de Saúde. Loures: Lusociência.
- Vitiello, N. (1997). Manual de dinâmicas de grupo. São Paulo: Iglu Editora
- Yalom, I.D.; Leszcz, M. (2006). Psicoterapia de Grupo: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artmed.

## SESSÃO PSICOEDUCACIONAL SOBRE A HIGIENE DO SONO

**Título:** Higiene do Sono: Ter um bom sono é um sonho possível!

**Objetivos:** Ajudar o utente a entender e aplicar práticas eficazes de higiene do sono para melhorar a qualidade e o tempo de repouso.

**Local:** Sala de Reuniões da ET X

**Material:** Computador, documentos em suporte de papel

**Duração da Sessão:** 45 minutos

**Introdução:**

- Acolhimento
- Explicar o tema a abordar

**Desenvolvimento:**

1. Explicar que o sono é fundamental para o crescimento celular, o equilíbrio emocional e a consolidação de memórias.
2. Abordar o ciclo do sono e a importância de cada fase para a recuperação do corpo e mente.
3. Estímulos externos: Excesso de luz, ruído, temperatura inadequada.
4. Hábitos inadequados: Uso de equipamentos eletrónicos antes de dormir, refeições pesadas à noite.
5. Fatores internos: Stress, ansiedade e preocupações que dificultam o voltar a dormir ao acordar durante a madrugada.
6. Explicar o conceito de insónia e insónia terminal, destacando que é uma dificuldade em permanecer a dormir nas últimas horas da noite.
7. Relacionar o impacto da insónia na saúde física e mental, como fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade e aumento de doenças cardiovasculares.

**Técnicas de Higiene do Sono**

- i. Horários Regulares: Estabelecer um horário fixo para deitar e acordar, mesmo aos fins de semana.
- ii. Ambiente de Sono: Garantir que o quarto esteja escuro, silencioso e a uma temperatura confortável.
- iii. Evitar Estimulantes: Reduzir o consumo de cafeína, nicotina e álcool nas horas antes de deitar.
- iv. Limitar Sestas: Evitar sestas prolongadas durante o dia que possam prejudicar o sono noturno.

v. Limitar o uso de equipamentos eletrônicos.

**Conclusão:**

- Reforçar que a mudança de hábitos requer tempo e consistência.
- Acompanhamento regular para monitorizar o progresso e adaptar estratégias conforme necessário.

**Avaliação da Sessão:**

Avaliação qualitativa e aplicação da Escala Básica de Insónia e Qualidade de Sono (Gomes et al, 2018). O questionário é constituído por 7 itens acerca de acontecimentos relativos à última semana. Cada item é avaliado numa escala de 5 pontos (0 – 4, sendo a cotação dos dois últimos itens invertida) e a pontuação total pode variar entre 0 e 28 pontos em que pontuações mais elevadas traduzem mais queixas de insónia ou uma mais pobre qualidade de sono.

**Referências Bibliográficas:**

Gomes, A. A., Marques, D. R., Meivavia, A. M., Cunha, F., & Clemente, V. (2018). Psychometric properties and accuracy of the European Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in clinical and non-clinical samples. *Sleep and Biological Rhythms*, 16(4), 413–422. <https://doi.org/10.1007/s41105-018-0171-9>

**SESSÃO PSICOEDUCACIONAL SOBRE A AUTOGESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO**

**Título:** Autogestão do Regime Terapêutico

**Objetivos:** Aumentar o conhecimento do utente e sua família acerca do seu regime terapêutico; Promover a autogestão do regime terapêutico por parte do utente; Capacitar o Utente para gerir o seu regime terapêutico.

**Local:** Sala de Reuniões da ET X

**Material:** Computador, documentos em suporte de papel

**Duração da Sessão:** 45 minutos

**Introdução:**

- Acolhimento

- Explicar o tema a abordar

**Desenvolvimento:**

1. Validar o Esquema Terapêutico Atual:

	8h	13h	20h	23h
Metadona 40mg	1cp			
Biperideno 4mg	1cp			
Oxazepam 50mg	1cp	1cp	1cp	
Trazadona 100mg				1+ ½ cp
Dissulfiram 500mg		½ cp		
Omeprazol 20mg	1cp			
Enerzair Breezhaler 114 microgramas/46 microgramas/136 microgramas pó para inalação	1 inalação		1 inalação	
Quetiapina LP 400mg			1cp	
Bupropiom 150mg	1cp			
Flupentixol retard	3/3 semanas			

2. Promover a consciência do utente face ao regime medicamentoso
3. Ajudar o utente e a sua mãe a elaborar um plano para a gestão/autogestão dos medicamentos.
4. Promover o aumento do conhecimento acerca do assunto (ao utente e sua mãe, enquanto cuidadora principal).

**Conclusão:**

- Reforçar a importância do acompanhamento regular da equipa de enfermagem, por forma a esclarecer dúvidas e monitorizar a gestão/autogestão do regime medicamentoso.

**Avaliação da Sessão:**

Avaliação qualitativa, bem como o recurso às ligações dos indicadores NANDA, NIC E NOC.

### **Referências Bibliográficas:**

Alda Isabel Catela, and José Amendoeira. "Viver a Adesão Ao Regime Terapêutico." *Pensar enfermagem* 14.2 (2010): <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/44/40>.

Fernandes, D. F. C. (2018). A importância da adesão ao regime terapêutico em pessoas com perturbação mental [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30666>.

Johnson, M., Bulechek, G., Swanson, E., Butcher, H. K., Moorhead, S., & Maas, M. L. (2012). *Ligações NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem* (3ª ed.). Elsevier.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e* Sousa, Maria Rui Grilo et al. «Coping e adesão ao regime terapêutico». *Referência* (Coimbra) serIII.4 (2011): 151–160.

### **Notas Adicionais (informação para suporte da minha pessoa no decorrer da intervenção terapêutica):**

#### **ESQUIZOFRENIA**

A esquizofrenia é uma perturbação mental, que se caracteriza por uma gama diversificada de disfunções cognitivas, comportamentais e emocionais. Requer o reconhecimento de um conjunto de sinais e sintomas associados a um prejuízo significativo no funcionamento social ou profissional.

O diagnóstico da esquizofrenia baseia-se no preenchimento de critérios clínicos, divididos em seis principais, que exige a presença de dois ou mais sintomas específicos durante um mês, com pelo menos um destes sendo delírios, alucinações ou discurso desorganizado. Os outros sintomas incluem comportamento desorganizado ou catatónico e sintomas negativos (como expressão emocional reduzida ou avolia).

Além destes sintomas, o indivíduo deve apresentar prejuízos significativos em áreas fundamentais da sua vida, como o trabalho ou as relações interpessoais, quando comparado com o nível de funcionamento antes do início da perturbação. A perturbação deve persistir por pelo menos seis meses, incluindo pelo menos um mês de sintomas ativos. Os sintomas

de outras condições, como o transtorno esquizoafetivo, transtornos depressivos ou bipolares com características psicóticas, devem ser descartados. A esquizofrenia não pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de substâncias ou a outras condições médicas.

Muitos indivíduos com esquizofrenia apresentam afeto inadequado, humor disfórico, padrões de sono alterados e falta de interesse em alimentar-se. Preocupações somáticas, despersonalização e desrealização também são comuns, e, em alguns casos, atingem proporções delirantes. Ansiedade e fobias também podem estar presentes.

Deficit cognitivos, alterações da memória, alterações da forma e do conteúdo do pensamento, ausência de insight. Interpretar as intenções dos outros, podem contribuir para a formação de delírios.

A prevalência da esquizofrenia ao longo da vida é estimada entre 0,3% e 0,7%, variando entre diferentes populações e grupos étnicos. A incidência pode ser ligeiramente superior nos homens, especialmente em casos com sintomas negativos predominantes enquanto as mulheres podem apresentar mais sintomas positivos.

A esquizofrenia emerge entre o final da adolescência e os 30 anos, com início mais precoce nos homens (início dos 20 anos) em comparação com as mulheres (fim dos 20 anos). O início pode ser abrupto ou insidioso, mas muitos indivíduos mostram um desenvolvimento gradual de sinais e sintomas. O início precoce está geralmente associado a um prognóstico mais desfavorável, especialmente nos homens, que tendem a apresentar maiores prejuízos cognitivos e sociais. Os défices cognitivos costumam anteceder o aparecimento dos sintomas psicóticos e persistir durante toda a vida.

O curso da esquizofrenia é variável, com cerca de 20% dos indivíduos a apresentarem um curso favorável, enquanto a maioria permanece cronicamente doente, necessitando de apoio contínuo. Os sintomas psicóticos tendem a diminuir com o envelhecimento, possivelmente devido a um declínio na atividade dopaminérgica. No entanto, os sintomas negativos e os défices cognitivos tendem a persistir e estão mais intimamente relacionados com o prognóstico da doença.

O suicídio é uma preocupação significativa na esquizofrenia, com cerca de 5 a 6% dos indivíduos morrendo por suicídio e até 20% tentando suicidar-se pelo menos uma vez. O comportamento suicida pode ser desencadeado por alucinações que ordenam ao indivíduo prejudicar-se a si ou a outros. O risco de suicídio é elevado ao longo da vida, sendo particularmente alto nos homens jovens com comorbidade de abuso de substâncias. Outros fatores de risco incluem sintomas depressivos, sentimentos de desesperança e desemprego. O período após um episódio psicótico ou alta hospitalar também apresenta maior risco de suicídio.

## TERAPÊUTICA DO UTENTE

	8h	13h	20h	23h
Metadona 40mg	1cp			
Biperideno 4mg	1cp			
Oxazepam 50mg	1cp	1cp	1cp	
Trazadona 100mg				1+ ½ cp
Dissulfiram 500mg		½ cp		
Omeprazol 20mg	1cp			
Enerzair Breezhaler 114 microgramas/46 microgramas/136 microgramas pó para inalação	1 inalação		1 inalação	
Quetiapina LP 400mg			1cp	
Bupropiom 150mg	1cp			
Flupentixol retard	3/3 semanas			

### Metadona 40mg

Vias de Administração: Oral

Propriedades do Fármaco: A metadona é um opioide sintético que atua nos recetores  $\mu$ -opioides, usado principalmente para o alívio da dor e no tratamento de dependência de opioides (heroína e morfina).

Indicações:

- Tratamento da dependência de opioides.
- Controlo da dor crónica grave.

Contra-indicações:

- Hipersensibilidade à metadona.
- Depressão respiratória aguda ou asma grave.
- Doenças hepáticas graves.

Efeitos Secundários:

- Depressão respiratória.
- Obstipação, náuseas e vômitos.
- Sonolência, tonturas.
- Bradicardia.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais de depressão respiratória.
- Avaliar a função hepática regularmente.
- Monitorizar sinais de sobredosagem, como sonolência excessiva ou dificuldade respiratória.

**Biperideno 4mg**

Vias de Administração: Oral, intramuscular (IM) ou intravenosa (IV).

Propriedades do Fármaco: O biperideno é um anticolinérgico usado principalmente para o tratamento de sintomas extrapiramidais, como os associados à doença de Parkinson e a distúrbios causados por antipsicóticos.

Indicações:

- Doença de Parkinson.
- Efeitos extrapiramidais induzidos por neurolépticos.

Contra-indicações:

- Hipersensibilidade ao biperideno.
- Glaucoma de ângulo fechado.
- Obstrução urinária ou gastrointestinal.

Efeitos Secundários:

- Boca seca, visão turva.
- Obstipação, retenção urinária.
- Tonturas, confusão, alucinações.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais de retenção urinária.
- Avaliar a visão e possíveis alterações oculares.
- Ensinar o utente sobre o risco de sonolência.

### **Oxazepam 50mg**

Vias de Administração: Oral

Propriedades do Fármaco: O oxazepam é uma benzodiazepina que tem propriedades ansiolíticas, sedativas e hipnóticas, sendo indicado para o alívio da ansiedade e sintomas de abstinência alcoólica.

Indicações:

- Ansiedade.
- Síndrome de abstinência alcoólica.
- Insónia associada à ansiedade.

Contra-indicações:

- Hipersensibilidade ao oxazepam ou a outras benzodiazepinas.
- Depressão respiratória grave.
- Miastenia gravis.

Efeitos Secundários:

- Sonolência, fadiga.
- Tonturas, confusão mental.
- Tolerância e dependência com uso prolongado.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais de dependência ou abuso.
- Ensinar o utente a evitar álcool durante o tratamento.
- Reduzir a dose gradualmente para evitar sintomas de abstinência.

### **Trazodona 100mg**

Vias de Administração: Oral

Propriedades do Fármaco: A trazodona é um antidepressivo com efeitos sedativos, atuando como inibidor da recaptção de serotonina e antagonista de recetores adrenérgicos e serotoninérgicos.

Indicações:

- Depressão major.
- Perturbações do sono associadas à depressão.

Contra-indicações:

- Hipersensibilidade à trazodona.
- Doenças hepáticas graves.
- Uso concomitante com inibidores da MAO.

Efeitos Secundários:

- Sedação, tonturas.
- Boca seca, visão turva.
- Priapismo (raro, mas grave).

Cuidados de Enfermagem:

- Avaliar a função hepática e renal antes do início do tratamento.
- Monitorizar sinais de priapismo, alertar o utente.
- Ensinar o utente sobre os efeitos sedativos, especialmente ao conduzir.
- Avaliar sinais de ideação suicida, especialmente no início do tratamento.

## **Dissulfiram 500mg**

Vias de Administração: Oral

Propriedades do Fármaco: O dissulfiram é um inibidor da aldeído desidrogenase, que provoca uma reação adversa grave ao álcool, sendo utilizado para o tratamento do alcoolismo crónico.

Indicações:

- Tratamento de manutenção do alcoolismo crónico.

Contra-indicações:

- Insuficiência cardíaca ou coronária.

- Doença hepática grave.
- Uso de álcool ou produtos contendo álcool.

Efeitos Secundários:

- Náuseas, vômitos (com o consumo de álcool).
- Hepatotoxicidade.
- Cefaleias, cansaço.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar a função hepática.
- Ensinar o utente a evitar qualquer consumo de álcool.
- Avaliar a adesão ao tratamento.
- Avisar sobre a possível gravidade da reação ao álcool.

**Omeprazol 20mg**

Vias de Administração: Oral

Propriedades do Fármaco: O omeprazol é um inibidor da bomba de prótons que reduz a produção de ácido gástrico, sendo utilizado para tratar úlceras gástricas, esofagite de refluxo e síndrome de Zollinger-Ellison.

Indicações:

- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE).
- Úlceras gástricas e duodenais.
- Erradicação do *Helicobacter pylori*.

Contra-indicações:

- Hipersensibilidade ao omeprazol.
- Uso concomitante de nelfinavir.

Efeitos Secundários:

- Náuseas, diarreia, obstipação.
- Cefaleias, tonturas.
- Deficiência de vitamina B12 com uso prolongado.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar a função renal e hepática, especialmente em tratamentos prolongados.
- Ensinar o utente a não interromper o tratamento abruptamente.
- Monitorizar sintomas de gastrite ou hemorragia gastrointestinal.

### **Energair Breezhaler 114/46/136 mcg (pó para inalação)**

Vias de Administração: Inalatória (uso via inalador Breezhaler)

Propriedades do Fármaco: É uma combinação de um agonista beta-2 de longa duração, um corticosteroide e um antagonista muscarínico de longa duração, utilizada para o tratamento de asma grave.

Indicações:

- Asma grave em adultos inadequadamente controlada com outras terapias.

Contra-indicações:

- Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes.
- Lactação (não recomendado).

Efeitos Secundários:

- Irritação da garganta.
- Candidíase oral.
- Cefaleias.

Cuidados de Enfermagem:

- Ensinar o paciente sobre a técnica correta de inalação.
- Monitorizar para sinais de candidíase oral, recomendar regularmente a ingestão de água após a toma do medicamento.
- Monitorizar a função pulmonar regularmente.

### **Quetiapina LP 400mg**

Vias de Administração: Oral

Propriedades do Fármaco: A quetiapina é um antipsicótico atípico usado no tratamento de esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão major.

Indicações:

- Esquizofrenia.
- Perturbação bipolar.
- Depressão major.

Contra-indicações:

- Hipersensibilidade à quetiapina.

Efeitos Secundários:

- Sedação, tonturas.
- Aumento de peso.
- Hiperglicemia.

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar peso e níveis de glicemia.
- Avaliar a adesão ao tratamento, especialmente em utentes com história de episódios psicóticos.
- Ensinar o utente sobre o risco de sonolência.

### **Bupropiom 150mg**

Vias de Administração: Oral (comprimidos de libertação prolongada).

Propriedades do Fármaco: O bupropiom é um antidepressivo e inibidor da recaptção de dopamina e noradrenalina. É também utilizado como auxiliar no processo de cessação tabágica.

Indicações:

- Tratamento da depressão major.
- Cessação tabágica

Contra-indicações:

- Hipersensibilidade ao bupropiom.
- História de convulsões ou epilepsia.
- Doenças do sistema nervoso central
- Bulimia ou anorexia nervosa.

- Uso concomitante de outros medicamentos contendo bupropiom ou inibidores da monoamina oxidase (IMAO).

#### Efeitos Secundários:

- Cefaleias, insónia, boca seca.
- Ansiedade, agitação, tonturas.
- Aumento da tensão arterial
- Convulsões (em doses altas).
- Reações alérgicas (rash, prurido, urticária).

#### Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar a TA em utentes com história de HTA.
- Monitorizar alterações do humor, ideação suicida, ou agitação, particularmente no início do tratamento.
- Ensinar o utente a evitar o consumo de álcool, devido ao risco aumentado de convulsões.
- Monitorizar o padrão de sono, devido à possibilidade de insónia.

### **Flupentixol Retard**

Vias de Administração: Intramuscular (IM)

Propriedades do Fármaco: O flupentixol é um antipsicótico típico, com ação bloqueadora dos recetores dopaminérgicos no cérebro.

#### Indicações:

- Tratamento da esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos.
- Tratamento de perturbações esquizoafetivas.

#### Contra-indicações:

- Hipersensibilidade ao flupentixol
- Estados comatosos ou depressão severa do sistema nervoso central.
- Estados de excitação maníaca grave.
- Feocromocitoma.

#### Efeitos Secundários:

- Sedação, sonolência.

- Sintomas extra-piramidais (rigidez, tremores, acatisia).
- Aumento de peso.
- Hipotensão ortostática.
- Disfunção sexual (disfunção erétil, diminuição da libido).
- Sintomas de hiperprolactinemia (galactorreia, ginecomastia).

Cuidados de Enfermagem:

- Monitorizar sinais de sintomas extrapiramidais e discinesia tardia, especialmente em tratamentos prolongados.
- Avaliar a função hepática e renal periodicamente.
- Monitorizar sinais de sedação excessiva e ajuste de dose se necessário.
- Avaliar o aumento de peso e o valor da glicémia.

## SESSÃO DE ÂMBITO PSICOTERAPÊUTICO E PSICOEDUCACIONAL

**Título da Sessão:**

**“Navegar com Ansiedade: Desafios para a Serenidade”**

**Objetivos:**

Promover o controlo da ansiedade; Identificar quais as situações promotoras de ansiedade (trigger); Identificar e nomear quais as estratégias para diminuir os níveis de ansiedade.

**Duração:**

50 Minutos

**Local:**

Sala de Reuniões

**Material:**

Roupa confortável, música ambiente

**Estrutura da sessão:**

1ª Parte – Apresentação (5 minutos)

Breve revisão das sessões anteriores, em particular da sessão de relaxamento muscular.

2ª Parte – Desenvolvimento

- ✓ Solicitar ao utente a partilha de situações que lhe tenham gerado ansiedade.
- ✓ Refletir com o utente acerca dos seus pensamentos, emoções e contextos associados aos momentos de ansiedade verbalizados.

- ✓ Utilizar perguntas abertas, tais como:
  - "Pode descrever uma situação específica em que se sentiu ansioso?"
  - "O que estava a acontecer à sua volta nesse momento?"
  - "Como reagiu ao sentir a ansiedade a aumentar?"
- ✓ Identificar com o utente estratégias que ele já tenha utilizado para reduzir os seus níveis de ansiedade.
- ✓ Nomear algumas estratégias, tais como:
  - Técnicas de respiração e relaxamento muscular (relembrando a sessão anterior).
  - Identificar e modificar pensamentos de âmbito negativo
  - Exercício físico.
  - Planear atempadamente as atividades, por forma a gerir melhor o tempo.
- ✓ Registrar com o utente, em documento anexo, quais as estratégias escolhidas, discutindo como podem ser aplicadas em cada situação geradora de ansiedade.

#### 4ª Parte – Avaliação (5 minutos)

##### Observação de reações (postura e respiração)

- ✓ Partilha de experiências e de sentimentos vividos
- ✓ Partilha de dificuldades sentidas
- ✓ Partilha de sugestões
- ✓ Aplicação da escala de faces
- ✓ Aplicação da Escala de Ansiedade de Hamilton

##### **Avaliação da sessão:**

A avaliação será qualitativa, através da observação do Enfermeiro e com a ajuda da escala visual analógica de faces, bem como da aplicação da escala de Hamilton, tendo em conta que ambas as escalas foram aplicadas no início da realização deste plano de intervenção, aplicando-se num segundo momento as mesmas escalas, poderemos verificar se os níveis de ansiedade diminuíram face ao início das intervenções, e se as mesmas estão a ser úteis junto do utente.

A avaliação será feita igualmente, através da partilha de sentimentos e das dificuldades sentidas.

##### **Referências Bibliográficas:**

Alice Gomes de Barros Sátiro, C., Batista de Oliveira, G., Ferreira de Souza, R., Helena Carvalho Batista, M., & Karla Sousa de Oliveira, A. (n.d.). A COMUNICAÇÃO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PSICÓTICO.

Alvarenga Martins, P. (n.d.). Plano de Cuidados Compartilhado: convergência da Proposta educativa Problematizadora com a teoria do Cuidado Cultural de enfermagem Shared Care Plan: convergence between the Educational Problematizing Perspective and the Theory of Nursing Cultural Care Plan de Cuidados Compartido: La Convergencia de la Propuesta Educativa Problematizadora con la Teoría del Cuidado Cultural de Enfermería.

Da Guia Clementino Ferraz, M., Inara Bezerra de Sousa, M., Pedrosa de Araújo, A., Carneiro de Sousa, S., Giordan Castelo Branco Benevides, K., & Cristiane de Oliveira Silva, K. (2019). Atuação do enfermeiro no atendimento aos usuários com sofrimento psíquico. Revista de Enfermagem UFPE on Line, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242131>

Mundo Da Saúde, O., & Paulo, S. (2012). A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações The construction of a Singular Therapeutic Project with the user and the family: potentialities and limitations (Vol. 36, Issue 3).

Pintor, L. A., Toledo, V. P., & Garcia, A. P. R. F. (2018). Cuidado de enfermagem na perspectiva do sujeito do inconsciente e sua contribuição ao Projeto Terapêutico Singular. SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português), 14(1), 20–27. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000395>

## SESSÃO DE MEDIATAÇÃO GUIADA: MINDFULNESS EATING COM A EQUIPA DA ET X

### **Fundamentação teórica:**

O conceito de team building tem sido cada vez mais estudado e aplicado nas mais diversas equipas e organizações, tendo por objetivo a melhoria das dinâmicas de um grupo/equipa e na promoção da eficácia coletiva. De acordo com John Adair (2006), a liderança eficaz e a gestão das equipas passam por três fatores que se interrelacionam: o indivíduo, a equipa e a tarefa. A interdependência destes três fatores é essencial para o sucesso organizacional, uma vez que o equilíbrio entre as partes garante que tanto as necessidades individuais quanto as coletivas são atendidas, promovendo um ambiente de trabalho equilibrado e produtivo. Este conceito também é reforçado pela experiência de Hawthorne, que, na década de 1920, já apontava para a importância das condições sociais e psicológicas no local de trabalho, além das físicas, na melhoria da produtividade (Homans, 1965). Particularmente, o team building desenvolvido junto de uma equipa de saúde mental, pode adquirir um papel ainda mais

relevante. As atividades de team building são conceptualizadas a fim de promover a comunicação interpessoal, fortalecer as relações entre os diversos membros da equipa, fomentar um sentido de pertença à organização assim como identificar possíveis conflitos ou fraquezas que possam afetar o desempenho do grupo (Clevenger, 2007). A Equipa de Tratamento de X, depara-se diariamente com situações complexas que exigem um ambiente de trabalho coeso e harmonioso, sendo essencial garantir este equilíbrio, para promover um atendimento eficaz junto dos utentes. A realização de atividades regulares de team building, como destaca Alves (2012), pode melhorar o ambiente de trabalho, aumentar a coesão e a motivação, e, conseqüentemente, a produtividade dos profissionais da equipa. Em estudos desenvolvidos por Fleury et al. (2018) e Berent-Braun e Uhlaner (2012), os investigadores são consensuais quando afirmam que as equipas de saúde mental quando integram práticas de team building efetuam uma melhor gestão do seu trabalho, revelando maiores índices de satisfação pessoal e profissional. Alguns autores, nos estudos desenvolvidos recomendam a associação do mindfulness, afirmando que as equipas são envolvidas de uma forma mais holística. Vários estudos, como o de Goodman et al. (2012), demonstraram que a incorporação de técnicas de mindfulness, como mindfulness eating, pode não só melhorar a saúde mental dos profissionais de saúde, tendo relevância na promoção do bem-estar nas equipas.

Em suma, tanto as atividades de team building quanto as práticas de mindfulness, como o mindfulness eating, são estratégias importantes para melhorar o desempenho das equipas de saúde mental. Através de atividades de team building, os membros da equipa podem fortalecer as suas relações interpessoais, desenvolver capacidades de liderança e melhorar a cooperação, tendo como objetivo aumentar a eficácia e o bem-estar no local de trabalho.

### **Sessão de Meditação Guiada: Mindfulness Eating**

**Objetivo:** Promover o bem-estar da equipa da ET de X através de uma sessão de mindfulness eating.

**Duração:**

15 Minutos

**Local:**

Sala de Reuniões

**Material:**

Roupa confortável, música ambiente, chocolates, cadeiras, mesa

**Estrutura da sessão:**

1ª Parte – Apresentação (5 minutos) – apresentação do tema, agradecer a presença dos profissionais, e iniciar o brainstorming.

2ª Parte - Desenvolvimento

Brainstorming – abordar os conceitos de team building e mindfulness

Desenvolvimento da técnica de mindfulness eating.

- Pedir aos participantes para respirarem fundo, de uma forma tranquila - Feche os olhos, se isso lhe for confortável, e comece com algumas respirações profundas. Inspire pelo nariz, deixe o ar encher o abdómen, e depois expire lentamente pela boca. Faça isso três vezes, permitindo que o corpo e a mente relaxem. (pausa)
- Lentamente, abra os olhos e pegue no pedaço de chocolate que escolheu para esta prática. (pausa)
- Segure o alimento na mão e observe-o com curiosidade, como se o estivesse a ver pela primeira vez. Preste atenção à sua cor, forma, textura, e até ao seu brilho. Note os detalhes que geralmente passam despercebidos. (pausa)
- Antes de o levar à boca, passe os dedos sobre o alimento. Como é a sua textura? É macia, rugosa, leve ou pesada? Sinta o alimento na mão. (pausa)
- Feche os olhos novamente, se desejar, e leve o alimento até ao nariz. Inspire profundamente e preste atenção ao aroma. Como se sente ao antecipar o momento de comer? Observe se sente fome ou se alguma sensação emocional surge ao inalar o cheiro. (pausa)
- Preste atenção à sua boca. Ela já está a salivar? Existe algum impulso de comer rapidamente? Simplesmente observe, sem agir ainda. (pausa)
- Coloque o alimento na boca, mas não o mastigue imediatamente. Apenas sinta a sua presença na língua. Que sensações surgem? Textura, temperatura, tamanho?
- Comece a mastigar muito devagar. Preste atenção a cada movimento da mandíbula, à forma como o alimento se desintegra, e ao sabor que se vai libertando gradualmente. Sinta a explosão de sabores na boca. Como muda o sabor ao longo do tempo? (pausa)
- Continue a saborear o alimento até se transformar completamente na sua boca. Não tenha pressa de engolir. Desfrute ao máximo da experiência de cada pedaço. (pausa)

- Quando estiver pronto, engula o alimento devagar, sentindo o movimento do alimento a descer pela garganta. Siga a sua trajetória até ao estômago. (pausa)
- Agora, faça uma pausa. Como se sente? O sabor ainda está presente? Que mudanças nota no corpo? Existe uma sensação de saciedade ou satisfação? Note tudo o que surgir, sem pressa de pegar noutro pedaço. (pausa)
- Se desejar continuar a comer mais do alimento ou de outro, faça-o mantendo esta atenção plena. Repita o processo de observar, cheirar, sentir e mastigar lentamente cada pedaço, sempre com curiosidade e sem julgamento. (pausa)
- Quando terminar, faça uma breve pausa. Volte a fechar os olhos, se desejar, e faça algumas respirações profundas, observando como se sente após esta prática. Tome consciência de qualquer mudança no seu estado de espírito, fome ou saciedade. (pausa)

3º Conclusão - (5 minutos)

Observação de reações (postura e respiração)

- ✓ Partilha de experiências e de sentimentos vividos
- ✓ Partilha de dificuldades sentidas
- ✓ Partilha de sugestões
- ✓ Aplicação da escala de faces

### **Referências Bibliográficas:**

Adair, J. (2006). *Leadership and Motivation: The fifty-fifty rule and the eight key principles of motivating others*. USA: Kogan Page Publishers.

Alves, J. (2012). *A importância da comunicação interna e das actividades de team building*. Dissertação de Mestrado em Comunicação Social, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.

Berent-Braun, M. M., & Uhlaner, L. M. (2012). Family governance practices and teambuilding: Paradox of the enterprising family. *Small Business Economics*, 38(1), 103–119. <https://doi.org/10.1007/s11187-010-9269-4>

Clevenger, K. (2007). Team Building retreats. Recruitment & Retention Conference presenter. *Nursing Management* 38(4),22-23.

Fleury, M. J., Grenier, G., Bamvita, J. M., & Farand, L. (2018). Variables associated with job satisfaction among mental health professionals. *PLoS ONE*, 13(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205963>

Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43(2), 119–128. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.b>

Homans, G. C. (1965). As pesquisas na Western Electric. In Y. F. Balcão, & L. L. Cordeiro, *O comportamento humano na empresa* (pp. 05-34). Rio de Janeiro: Editora Getúlio Vargas.

## SESSÃO PSICOEDUCACIONAL SOBRE A MEMÓRIA

**Título:** Memória em Movimento: Desafia o Teu Cérebro!

### **Justificação do Tema:**

A preservação da memória desempenha um papel fundamental na saúde mental e na qualidade de vida, sobretudo no envelhecimento, quando as alterações cognitivas podem afetar a autonomia e o bem-estar das pessoas. A memória não é apenas essencial para recordar informações, mas também para a identidade pessoal, a capacidade de tomar decisões e a interação social. Manter a saúde da memória contribui para a preservação das funções cognitivas em geral, prevenindo o agravamento de condições como a demência ou outras perturbações neurocognitivas.

Do ponto de vista psicológico, a preservação da memória está diretamente associada à gestão emocional e ao processamento de experiências vividas. Em ambientes de reabilitação ou terapia, reforçar as capacidades cognitivas, nomeadamente a memória, contribui para a melhoria da concentração e promove a plasticidade cerebral, permitindo a recuperação de capacidades perdidas ou fragilizadas por doenças mentais. Além disso, o treino da memória pode ajudar na mudança de comportamentos desajustados, facilitando o desenvolvimento de novas estratégias para lidar com o stress e a ansiedade. Neste sentido, a inclusão de atividades que estimulem a memória em contextos terapêuticos pode ter um impacto positivo na saúde mental, promovendo um envelhecimento mais saudável e uma maior qualidade de vida.

**Objetivos:** Ensinar sobre a importância da preservação da memória. Identificar estratégias para promover e melhorar as funções da memória no dia-a-dia.

**Local:** Sala de Reuniões da ET X

**Material:** Computador, documentos em suporte de papel, jogo de memória

**Duração da Sessão:** 45 minutos

### **Introdução:**

- Acolhimento

- Explicar o tema a abordar

**Desenvolvimento:**

Ensinar sobre o que é a memória, nomeadamente o que é a memória a curto e a longo prazo, como se formam e acomodam as memórias.

Relacionar a perda de memória com a doença mental e os consumos de substâncias psicoativas no passado.

Atividade Prática: Jogo de Memória - Através de um jogo de memória proporcionar uma experiência de estimulação cognitiva. O uso de jogos de memória ajuda a promover a plasticidade cerebral, fortalecendo conexões neuronais. O jogo estimula a atenção e a concentração, fundamentais para a preservação da função cognitiva.

**Conclusão:**

Como se sentiu durante a atividade e que estratégias pode adotar no seu quotidiano.

**Avaliação da Sessão:**

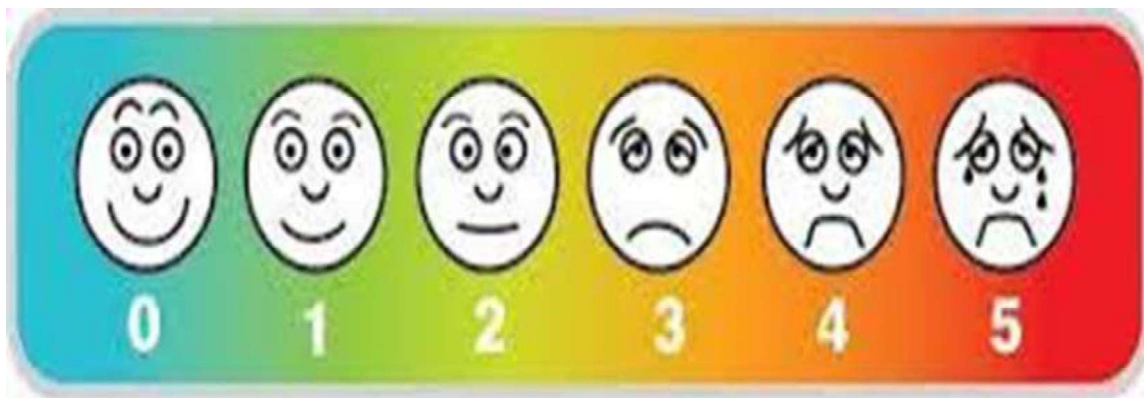
Avaliação qualitativa e aplicação do Mini Exame do Estado Mental.

Nota: Sendo esta a última sessão efetuada com o Senhor R., voltarei a aplicar todas as escalas utilizadas até à data por forma a validar as minhas intervenções.

**Referências Bibliográficas:**

Silva, M., & Lima, A. (2022). Jogos em saúde mental. *In* I Simpósio Internacional de Inovação, Tecnologias e Jogos em Saúde: Integrar inovação tecnológica e jogos em saúde mental. [https://www.researchgate.net/publication/361567412\\_Jogos\\_em\\_Saude\\_Mental](https://www.researchgate.net/publication/361567412_Jogos_em_Saude_Mental).  
Acedido a 21 de outubro de 2024.

ESCALAS UTILIZADAS AO LONGO DAS DIVERSAS SESSÕES



**0 – Muito relaxado**

**1 – Relaxado**

**2 – Pouco relaxado**

**3 – Alguma tensão**

**4 – Muito tenso**

**5 - Extremamente tenso**

# Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

As questões a seguir são referentes à sua qualidade de sono apenas durante o **mês passado**. As suas respostas devem indicar o mais correctamente possível o que aconteceu na **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor responda a todas as questões.

**1) Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite na maioria das vezes?**

Horário de deitar: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

**2) Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) demorou para adormecer na maioria das vezes?**

Minutos demorou a adormecer: \_\_\_\_\_min

**3) Durante o mês passado, a que horas acordou (levantou) de manhã na maioria das vezes?**

Horário de acordar: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

**4) Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?** (pode ser diferente do número de horas que ficou na cama).

Horas de noite de sono: \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_min

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta, a que lhe pareça mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

**5) Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:**

**a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**b) Acordar ao meio da noite ou de manhã muito cedo:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**c) Levantar-se para ir à casa de banho:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**d) Ter dificuldade para respirar:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**e) Tossir ou ressonar alto:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**f) Sentir muito frio:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**g) Sentir muito calor:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**h) Ter sonhos maus ou pesadelos:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**i) Sentir dores:**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**j) Outra razão, por favor, descreva:** \_\_\_\_\_

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

**6) Durante o mês passado, como classificaria a qualidade do seu sono?**

<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Má	<input type="checkbox"/> Muito Má
------------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

**7) Durante o mês passado, tomou algum medicamento para dormir receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar), ou mesmo por sua iniciativa?**

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

8) Durante o mês passado, teve problemas em ficar acordado durante as refeições, ou enquanto conduzia, ou enquanto participava nalguma atividade social?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

9) Durante o mês passado, sentiu pouca vontade ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

10) Vive com um(a) companheiro(a)?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim, mas em outro quarto	<input type="checkbox"/> sim, no mesmo quarto mas, não na mesma cama	<input type="checkbox"/> sim, na mesma cama
------------------------------	---	--	---

Se tem um(a) companheiro(a) de cama ou quarto, pergunte-lhe se, no mês passado,  **você teve**:

a) Ronco alto:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

b) Pausas longas na respiração durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

c) Movimentos de pernas durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Menos de 1x/semana	<input type="checkbox"/> 1 ou 2x/semana	<input type="checkbox"/> 3x/semana ou mais
--------------------------------	---	---	--

e) Outros sintomas na cama enquanto dorme, por favor, descreva:

---

---

Questionário de Auto-avaliação – Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI)

Formulário Y-1

**INSTRUÇÕES:** A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente agora:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
1. Sinto-me calmo	①	②	③	④
2. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
3. Sinto-me tenso	①	②	③	④
4. Sinto-me sob pressão	①	②	③	④
5. Sinto-me à vontade	①	②	③	④
6. Sinto-me irritado	①	②	③	④
7. Actualmente, estou preocupado com coisas más que possam acontecer	①	②	③	④
8. Sinto-me satisfeito	①	②	③	④
9. Sinto-me assustado	①	②	③	④
10. Sinto-me confortável	①	②	③	④
11. Sinto-me confiante em mim próprio	①	②	③	④
12. Sinto-me nervoso	①	②	③	④
13. Sinto-me agitado	①	②	③	④
14. Estou indeciso	①	②	③	④
15. Sinto-me relaxado	①	②	③	④
16. Sinto-me contente	①	②	③	④
17. Estou preocupado	①	②	③	④
18. Sinto-me confuso	①	②	③	④
19. Sinto-me estável	①	②	③	④
20. Sinto-me bem	①	②	③	④

Formulário Y-2

**INSTRUÇÕES:** A seguir encontra várias afirmações que as pessoas usam para descrever como se sentem. Leia cada frase cuidadosamente e depois **ponha uma cruz no número** à direita para indicar como se sente **geralmente**, isto é, **maior parte do tempo**. Não há respostas certas ou erradas. Não perca muito tempo em cada frase, dê a resposta que melhor parece descrever como se sente geralmente:

	De modo nenhum	Um pouco	Mais ou Menos	Muito
21. Sinto-me bem	①	②	③	④
22. Sinto-me nervoso e inquieto	①	②	③	④
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	①	②	③	④
24. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem ser	①	②	③	④
25. Sinto que sou um fracasso	①	②	③	④
26. Sinto-me descansado	①	②	③	④
27. Sinto-me calmo e bem comigo mesmo	①	②	③	④
28. Sinto que as dificuldades se estão a acumular de tal modo que não consigo vencê-las	①	②	③	④
29. Preocupo-me demasiado com coisas que na realidade não têm importância	①	②	③	④
30. Sou feliz	①	②	③	④
31. Tenho pensamentos que me incomodam	①	②	③	④
32. Tenho falta de confiança em mim próprio	①	②	③	④
33. Sinto-me seguro ou livre de perigo	①	②	③	④
34. Tomo decisões com facilidade	①	②	③	④
35. Sinto-me incapaz	①	②	③	④
36. Sinto-me contente	①	②	③	④
37. Vêm-me à cabeça pensamentos que não são importantes e me incomodam	①	②	③	④
38. Levo as desilusões tanto a sério que não consigo deixar de pensar nelas	①	②	③	④
39. Sou uma pessoa estável	①	②	③	④
40. Fico tenso ou transtornado quando penso nos meus interesses e preocupações mais recentes	①	②	③	④

Desenvolvido por Charles Spielberger e colaboradores, Trauzido por Teresa McIntyre e Scott McIntyre (Versão Experimental), 1995

## Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (HAM-A)

A Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton é composta por 14 itens. Para cada um dos itens, assinale a opção que considera mais adequada para descrever a forma como a/o utente se apresenta ao longo da entrevista.

	0	1	2	3	4
	Ausente	Ligeira	Moderada	Grave	Muito Grave
1. Humor ansioso: Preocupação, apreensão, antecipação do pior, irritabilidade.					
2. Tensão: Sensação de tensão, fadiga, incapacidade para relaxar, reação de sobressalto, choro fácil, tremores e sensação de inquietação.					
3. Medos: Do escuro, de estranhos, de estar sozinho, de animais, do trânsito, de multidões.					
4. Insónia: Dificuldade em adormecer, sono interrompido, sono não reparador associado a cansaço ao acordar, sonhos, pesadelos e terrores noturnos.					
5. Nível Intelectual/cognitivo: dificuldade de concentração, défice de memória.					
6. Humor depressivo: Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, sinais de depressão, insónia terminal, alterações do humor.					
7. Nível Somático muscular: Dores musculares e dores de cabeça, espasmos musculares, rigidez muscular, bruxismo, voz trémula.					
8. Nível Somático sensorial: ruídos auditivos, visão turva, calafrios, sensação de fraqueza, formigueiro.					
9. Sintomas Cardiovasculares: Taquicardia, palpitações, dor no peito, sensação de desmaio, arritmias.					
10. Sintomas Respiratórios: Pressão ou aperto no peito, sensação de sufoco, suspiros, dispneia.					
11. Sintomas Gastrointestinais: Dificuldade em engolir, flatulência, dispepsia: dor abdominal antes ou depois das refeições, azia, sensação de enfartamento,					

refluxo, náuseas, vômitos, ruídos intestinais, diarreia, perda de peso, obstipação.

12. Sintomas

Geniturinários: Poliaquiúria, urgência urinária, amenorreia, menorragia, anafrodisia (falta de desejo sexual), ejaculação precoce, disfunção erétil, impotência.

13. Sintomas

Autonômicos: Xerostomia, corar, palidez, hipersudorese, vertigens, cefaleias de tensão, arrepios.

14. Comportamento na

Entrevista: Tenso (não relaxado), tiques nervosos (apertar os dedos ou mãos), inquietação ou agitação, mãos trêmulas, testa franzida, expressão facial tensa, aumento da tensão muscular, suspiros, palidez facial, engolir repetidamente, etc.

# Team Building e Mindfulness...

\* Indica uma pergunta obrigatória

1. De que forma considera que a prática de mindfulness em atividades de team building pode melhorar o desempenho da equipa onde se encontra inserido? \*

---

---

---

---

---

2. Dê exemplos dessas práticas? \*

---

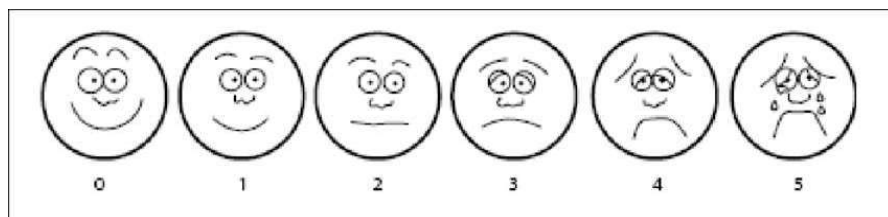
---

---

---

---

## Escala de Faces



3. Na escala de faces, identifique o seu estado. \*

Marcar apenas uma oval.

- 0 - Muito Relaxado
- 1 - Relaxado
- 2 Pouco Relaxado
- 3 - Alguma Tensão
- 4 - Muito Tenso
- 5 - Extremamente Tenso

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

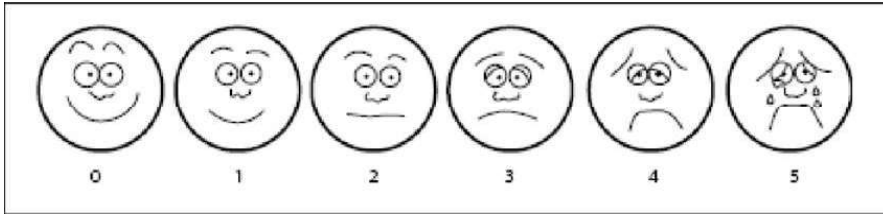
Carimbo de data/hora	De que forma considera que a prática de mindfulness em atividades de team building pode melhorar o	Dê exemplos dessas práticas?	Na escala de faces, iden	Coluna 3	Coluna 4
2024/10/18 12:59:19	Relaxar e acalmar a equipa. Acalmar os ânimos mais exaltados.	??	1 - Relaxado		
2024/10/18 12:59:25	Considero que sim	Regulação das emoções, partilha	3 - Alguma Tensão		
2024/10/18 12:59:32	Ficar mais relaxado para poder fazer uma tomada de decisão mais claro	Gestão de conflitos	2 Pouco Relaxado		
2024/10/18 12:59:50	Positivo	Não tenho	3 - Alguma Tensão		
2024/10/18 12:59:56	Considero essencial	Momentos de tensão, práticas repetidas	3 - Alguma Tensão		
2024/10/18 13:00:54	Trazer tranquilidade	Apos consultas complexas	3 - Alguma Tensão		
2024/10/18 13:00:55	Aliviar stress	Relaxamento	3 - Alguma Tensão		
2024/10/18 13:02:14	Trazer tranquilidade	Apos consultas complexas	3 - Alguma Tensão		
2024/10/18 13:02:57	Pode tornar a equipa mais coesa	Actividades que envolvam toda a equipa	1 - Relaxado		
2024/10/18 13:03:14	Centrar no aqui e agora pode melhorar a capacidade de reflexão, não nos centrando nos problemas q	Partilha de experiências em ambiente	3 - Alguma Tensão		
2024/10/18 13:05:32	Permite melhorar a comunicação	Respiração	3 - Alguma Tensão		

# Team Building and Mindfulness Eating

Como se sentem agora?

\* Indica uma pergunta obrigatória

Escala de Faces



1. Como se sentem agora? \*

Marcar apenas uma oval.

- 0 - Muito Relaxado
- 1 - Relaxado
- 2 - Pouco Relaxado
- 3 - Alguma Tensão
- 4 - Muito Tenso
- 5 - Extremamente Tenso

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Carimbo de data/hora	Como se sentem agora?
2024/10/18 13:19:50	3 - Alguma Tensão
2024/10/18 13:20:14	1 - Relaxado
2024/10/18 13:20:15	0 - Muito Relaxado
2024/10/18 13:20:27	1 - Relaxado
2024/10/18 13:20:35	2 - Pouco Relaxado
2024/10/18 13:20:51	1 - Relaxado
2024/10/18 13:20:51	2 - Pouco Relaxado
2024/10/18 13:21:18	1 - Relaxado
2024/10/18 13:21:36	1 - Relaxado
2024/10/18 13:21:38	2 - Pouco Relaxado

DOCUMENTAÇÃO DE APOIO / DE INFORMAÇÃO ELABORADA PARA AS  
DIVERSAS SESSÕES DESENVOLVIDAS

CRI X

A importância da

# RESPIRAÇÃO ABDOMINAL

VAMOS  
FAZER?



CRI X

CONTATO

2

# O QUE É O STRESS?

O stress é a reação do corpo e da mente perante situações difíceis ou que nos deixam nervosos. Quando está em stress, o corpo liberta substâncias como o cortisol e a adrenalina, que ajudam a lidar com o problema, mas se estiver sempre em stress, isso pode prejudicar a sua saúde física e mental..



## SINTOMAS DE STRESS



# RELAXAMENTO / RESPIRAÇÃO

## OBJETIVO:

- Utilização do sistema respiratório como meio de alcançar o relaxamento

## VANTAGENS:

- Fácil de aprender
- Versátil
- Realizável em qualquer local
- Posição deitado ou sentado



# COMO FAZER?

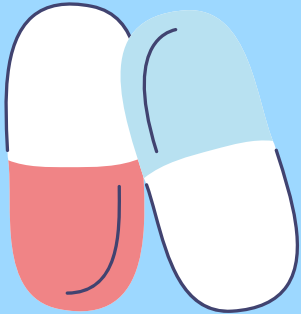
- Agora, senta-te na cadeira de forma confortável...
- Fecha os olhos suavemente e concentra a tua atenção neste exercício...
- Toma atenção ao teu corpo e à tua respiração e onde se situa a tensão muscular...
- Coloca uma das mãos sobre o abdómen e a outra sobre o peito. Inspira lenta e profundamente pelo nariz. Sente o abdómen a expandir e a empurrar a tua mão...
- Continua a inspirar com o torax e quando tiveres inspirado o máximo possível, contém a respiração por 10 segundos antes de expirar...
- Agora começa a expirar lentamente pela boca, colocando os lábios como se fosses assobiar...
- Sente o abdómen a diminuir à medida que esvazias o ar dos pulmões...
- Esvazia todo o ar dos teus pulmões... Realiza este tipo de respiração lenta e profundamente por mais 3 vezes... e sente a sensação de bem-estar físico...



ADERIR AO REGIME TERAPÊUTICO CONTRIBUI PARA O AUMENTO DA QUALIDADE DE VIDA E PARA QUE NÃO HAJA AGRAVAMENTO DO SEU ESTADO DE SAÚDE.



# O REGIME TERAPÊUTICO É ...



Ir às Consultas

Tomar os medicamentos

Cumprir uma dieta saudável

Realizar os exames

Alterar estilos de vida menos saudáveis

- Tome sempre a medicação na hora certa e na dose certa, mesmo que se sinta bem!
- Existem caixas que distribuem a medicação por refeição ou horas do dia, permitindo a confirmação visual da toma da medicação.
- Ter um esquema terapêutico (como o que está no final da página) ajuda a entender quais os medicamentos a tomar e dose.
- Peça ajuda de familiar ou do seu/sua cuidador/a.
- Associe a toma dos medicamentos a rotinas diárias como por exemplo as refeições, torna se um lembrete natural.
- Guarde as marcações de consulta e exames num local acessível e visível. Poderá também receber um SMS a lembrá-lo.



## Esquema Terapêutico Atual



	8h	13h	20h	23h
Metadona 40mg	1 saqueta			
Biperideno 4mg	1cp			
Oxazepam 50mg	1cp	1cp	1cp	
Trazadona 100mg				1+ ½ cp
Dissulfiram 500mg		½ cp		
Omeprazol 20mg	1cp			
Enerzair Breezhaler 114 microgramas/46 microgramas/136 microgramas pó para inalação	1 inalação		1 inalação	
Quetiapina LP 400mg			1cp	
Bupropiom 150mg	1cp			
Flupentixol retard	3/3 semanas			

# A ansiedade

O que me gera ansiedade?

---

Redacted area

Redacted area

Redacted area

Redacted area

Redacted area



# A ansiedade

O que posso fazer para diminuir a minha ansiedade?

---

[Redacted response area]

[Redacted response area]

[Redacted response area]

[Redacted response area]

[Redacted response area]



# SÓ UM COPO IMPORTA

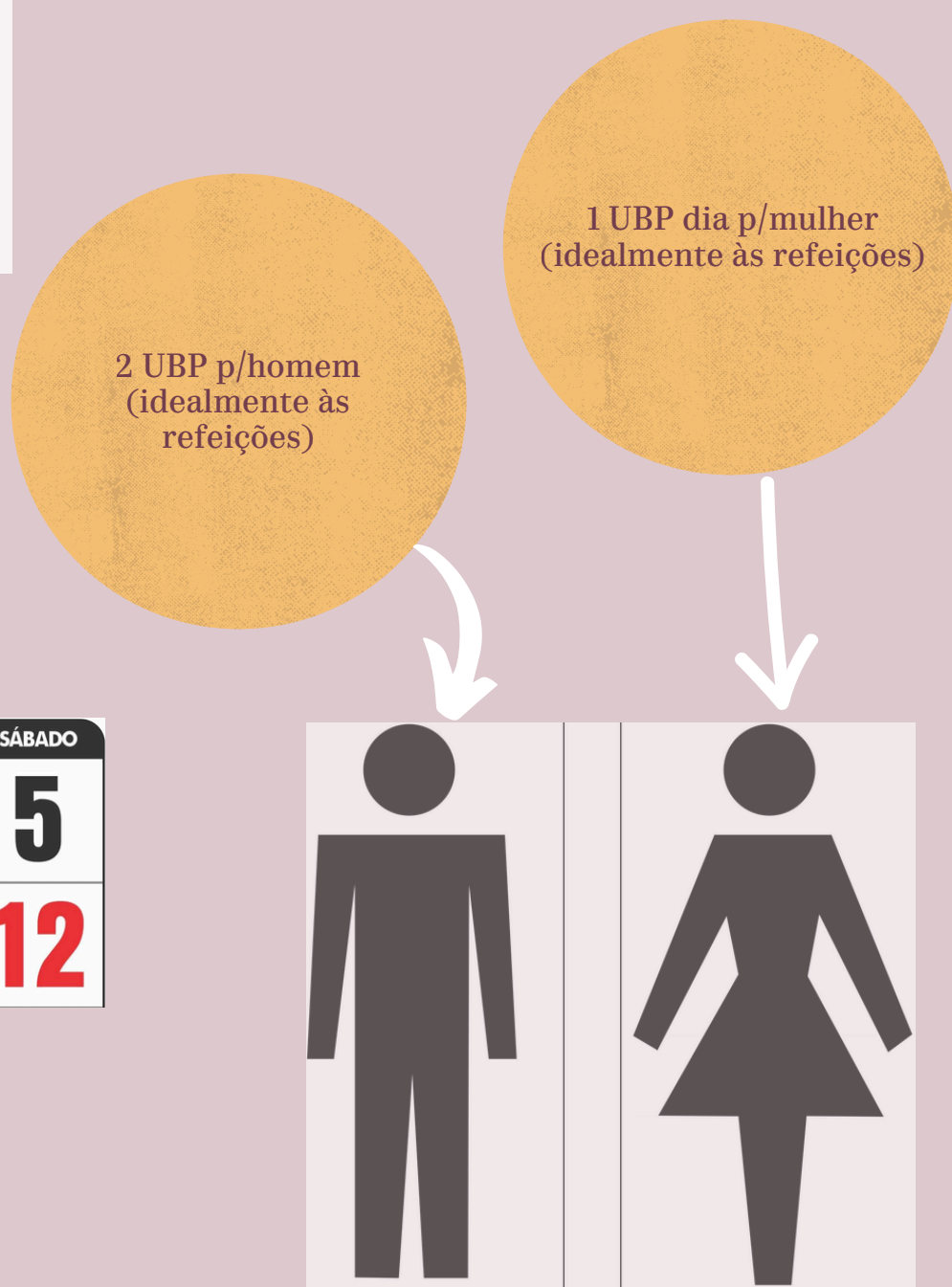


**Consumo de baixo risco (moderado):**

1 UBP (Unidade de Bebida-padrão) = 10 gramas de álcool (OMS)

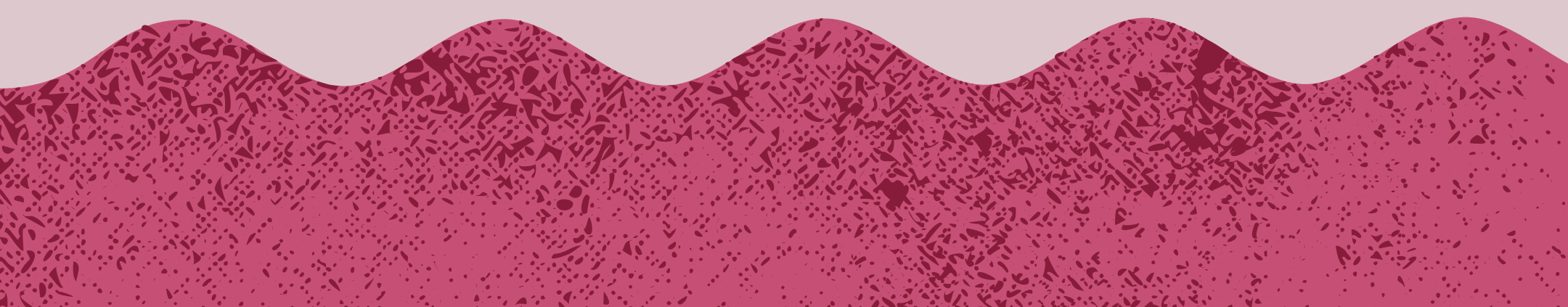


Fonte: Mercês de Mello; José Carvalho Barrias; João Joaquim Breda Lisboa. Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Direcção-Geral da Saúde, 2001 - 120 p.



DOMINGO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
02 NOVA	10 CRESC.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<del>6</del>	<del>7</del>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>

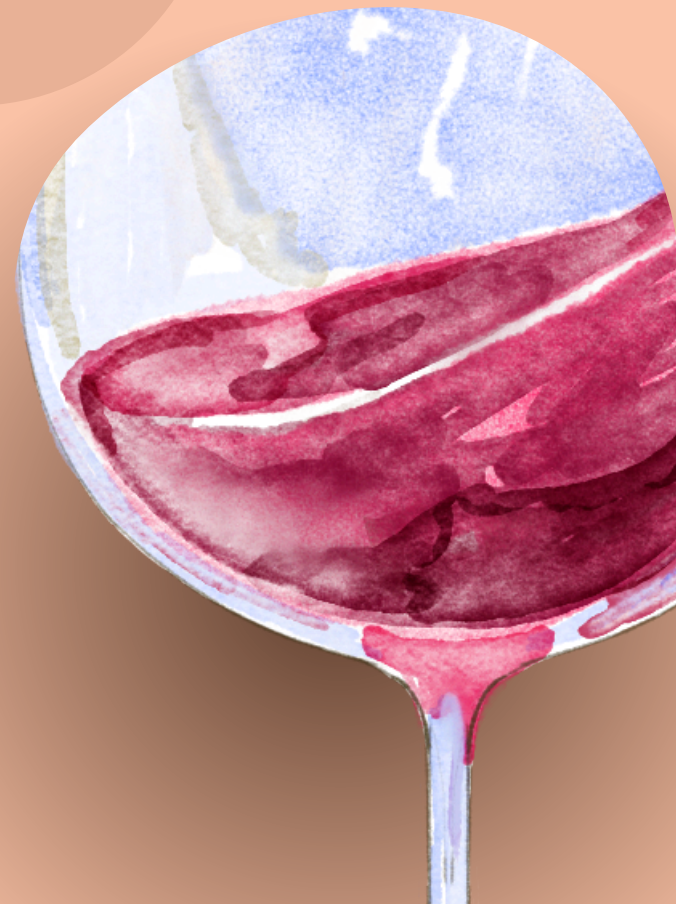
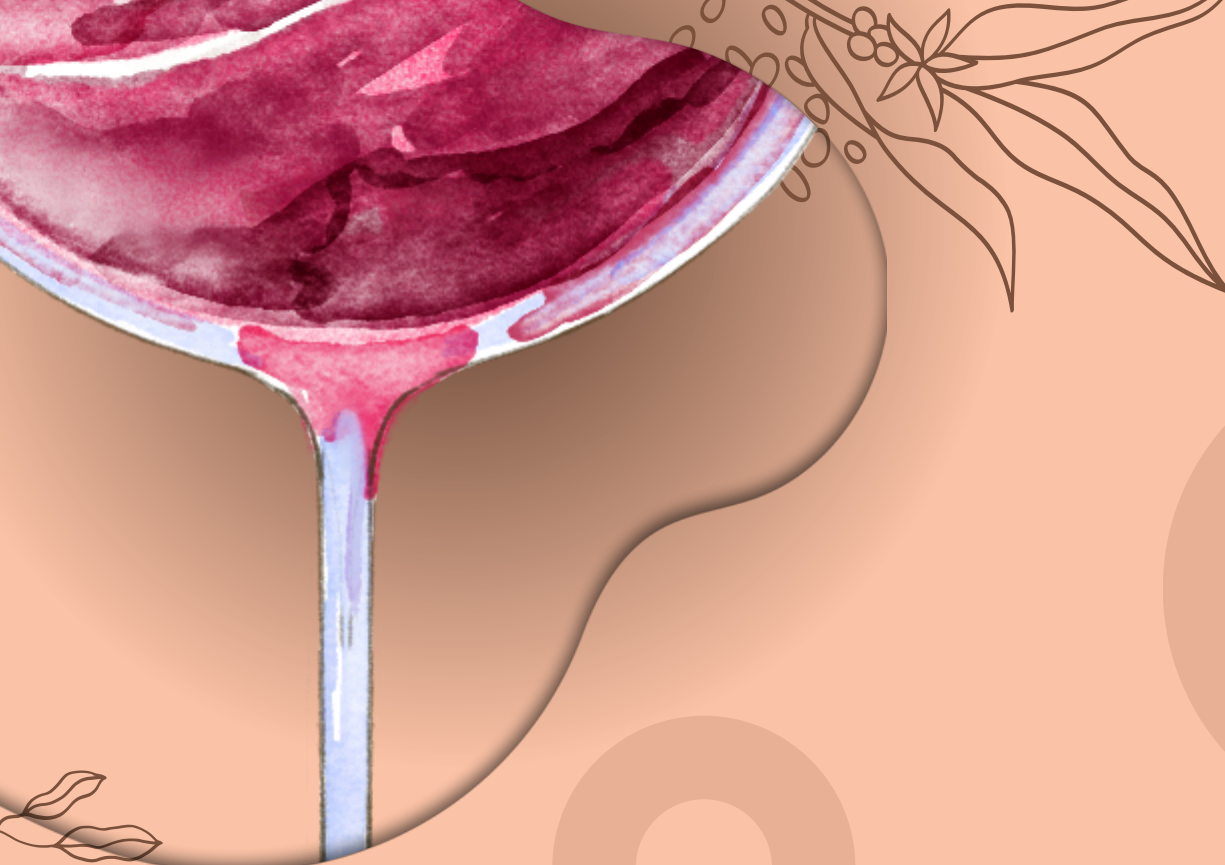
5 dos 7 dias da semana

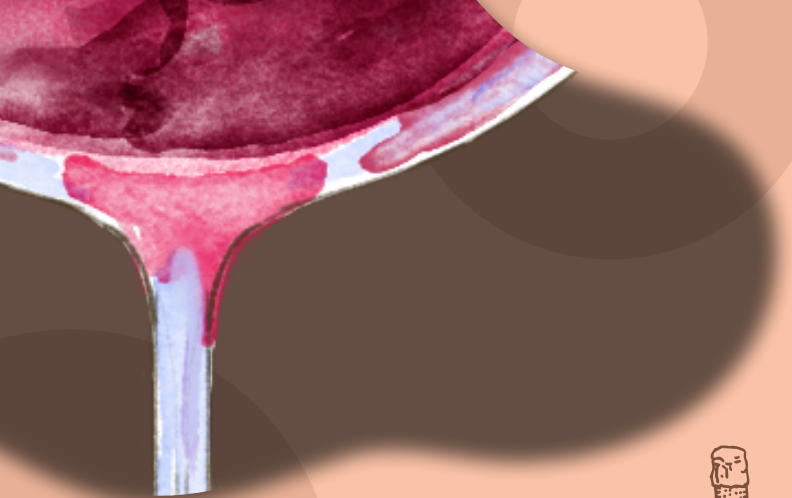


# Álcool Conhecer para prevenir

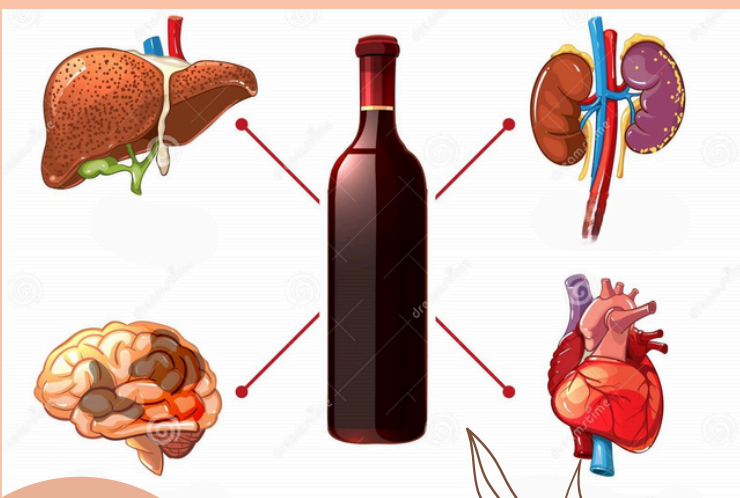
## LEMBRE-SE...

Dependência do álcool  
leva a pessoa a viver em  
função da bebida,  
desvalorizando família, o  
trabalho, os amigos e a  
saúde.





## QUAIS SÃO OS EFEITOS DO ÁLCOOL NO ORGANISMO?



## PARA PENSAR...

### O que é o alcoolismo?

O alcoolismo é uma doença em que a pessoa não consegue controlar o consumo de álcool, mesmo sabendo das consequências negativas.

O alcoólico sente um desejo forte para beber.

A pessoa coloca o álcool acima das suas responsabilidades.

O álcool pode ser produzido por fermentação (como na cerveja e vinho) ou destilação (aguardente, whisky).

A venda e consumo de álcool são controlados, mas não proibidos (>18 anos).

## O Álcool..

- Não dá força, não ajuda na digestão, não abre o apetite e não cura doenças.
- Misturar álcool com água ou refrigerantes não reduz a quantidade de álcool.
- Os efeitos são mais intensos em jejum ou se consumido rapidamente.
- O álcool tem muitas calorias, contribui para o aumento de peso e prejudica a pele.
- Pode afetar a fertilidade e a potência sexual.
- O consumo excessivo reduz a esperança de vida e acelera o envelhecimento.

O álcool é uma substância psicoativa que provoca dependência, uma condição chamada alcoolismo. Esta doença é caracterizada, entre outros fatores, por um desejo intenso de consumir álcool, dificuldade em controlar o seu consumo e pela continuação do uso apesar das consequências negativas. O alcoólico dá prioridade ao consumo de álcool em detrimento de outras atividades e responsabilidades.

O álcool é obtido através da fermentação (como no caso da cerveja e do vinho) ou da destilação (como a aguardente, o ponche, os licores e o whisky). A sua produção, venda e consumo são regulados, mas não são proibidos.

### QUAIS SÃO OS EFEITOS?

Embora inicialmente o álcool possa ter um efeito estimulante, causando euforia, desinibição e relaxamento, fazendo as pessoas sentirem-se mais animadas, na verdade é um depressor do Sistema Nervoso Central. Isto significa que acaba por abrandar as respostas do corpo e a forma como o cérebro funciona.

Beber em excesso pode provocar excitação, agressividade, comportamentos violentos, perda de coordenação motora (como caminhar aos tropeços), náuseas, vômitos, confusão, dores de cabeça e sonolência.

## JUNTE-SE A NÓS NO COMBATE AOS PROBLEMAS DO ÁLCCOL!

CRI X



FOLHETO ELABORADO POR:  
ENFª SARA NASCIMENTO EM PARCERIA COM A ET DE X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



# ÁLCCOL

CONHECER PARA PREVENIR

**É proibida a venda e consumo de álcool a menores de 18 anos, o consumo de álcool afeta negativamente a inteligência, o raciocínio, a memória e atenção. Contribuindo para um fraco desempenho no dia-a-dia.**



# QUAIS SÃO OS EFEITOS?

---

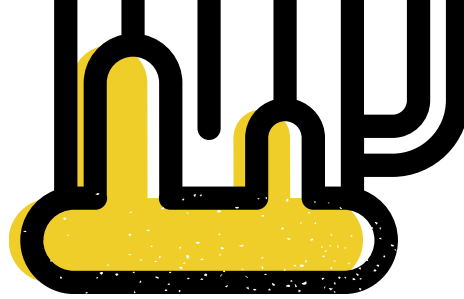
Quanto maior for a quantidade, a frequência e as oportunidades para beber, maiores serão os riscos. Entre os riscos imediatos encontram-se:

- Acidentes domésticos, rodoviários e de trabalho;
- Perda de autocontrole;
- Problemas digestivos;
- Capacidade crítica e de julgamento comprometidas;
- Lentidão dos reflexos e do pensamento.

A médio prazo, os riscos incluem:

- Deterioração grave da saúde física e mental;
- Dependência física e psicológica;
- Deterioração e desintegração familiar;
- Deterioração das relações sociais.

A longo prazo, o consumo excessivo pode causar doenças do fígado, doenças cardíacas, alguns tipos de cancro, pancreatite, alterações mentais e psicológicas, como dificuldades de raciocínio, perda de memória, depressão, delírio alcoólico e, em casos extremos, coma e morte.



## Em que condições se deve dizer NÃO às bebidas alcoólicas?

- **Durante a infância e a adolescência;**
- **Durante a gravidez e a amamentação;**
- **Durante o trabalho e a condução rodoviária;**
- **Em caso de doença mental grave, atual ou passada;**
- **Em caso de histórico de dependência de álcool ou outras drogas;**
- **Em caso de uso de medicamentos;**
- **Em caso de doença do fígado ou tensão arterial elevada;**



QUANDO UMA PESSOA SE TORNA DEPENDENTE, PASSA A VIVER EM FUNÇÃO DO ÁLCOOL, DESVALORIZANDO ASPETOS ESSENCIAIS DA VIDA, COMO A FAMÍLIA, O TRABALHO E OS AMIGOS, E DESPREZANDO A SAÚDE E, POR VEZES, ATÉ A PRÓPRIA EXISTÊNCIA.

---

## Lembre-se sempre que o álcool:

- Não dá força;
- Não ajuda na digestão;
- Não abre o apetite;
- Não é um medicamento, pois não cura nem trata qualquer doença.

## Além disso, é importante saber que:

- Misturar água ou refrigerantes com vinho ou outras bebidas alcoólicas não reduz a quantidade de álcool, apenas o dilui;
- Os efeitos do álcool são mais fortes quando a pessoa está em jejum ou o consome rapidamente;
- As bebidas alcoólicas são ricas em calorias, contribuem para o aumento de peso e prejudicam a pele;
- O álcool pode afetar negativamente a fertilidade e a potência sexual;
- O consumo excessivo de álcool reduz a esperança de vida e acelera o envelhecimento.

# Saborear o Agora?

*Team Building and  
Mindfulness Eating*



Sara Nascimento

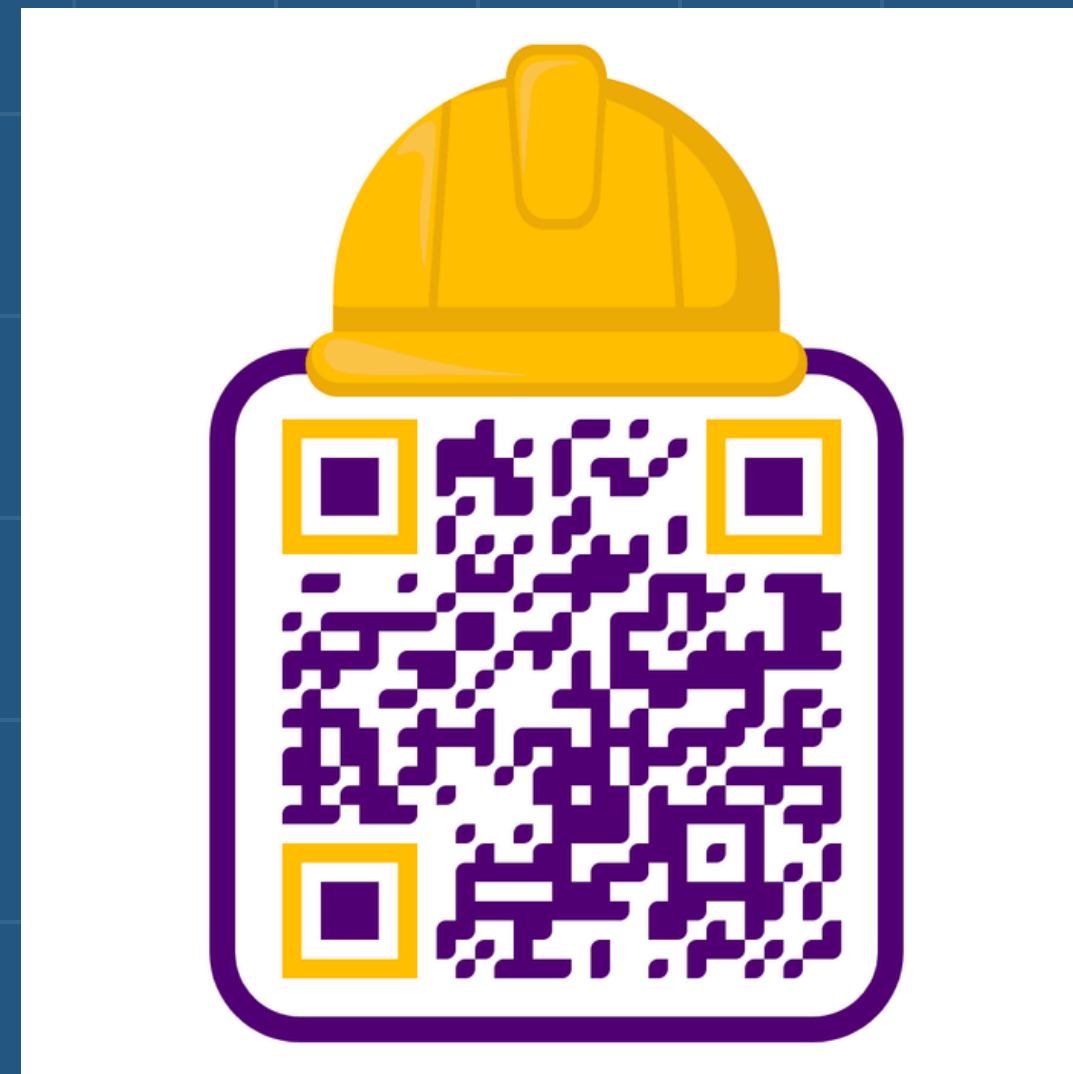


# Team Building

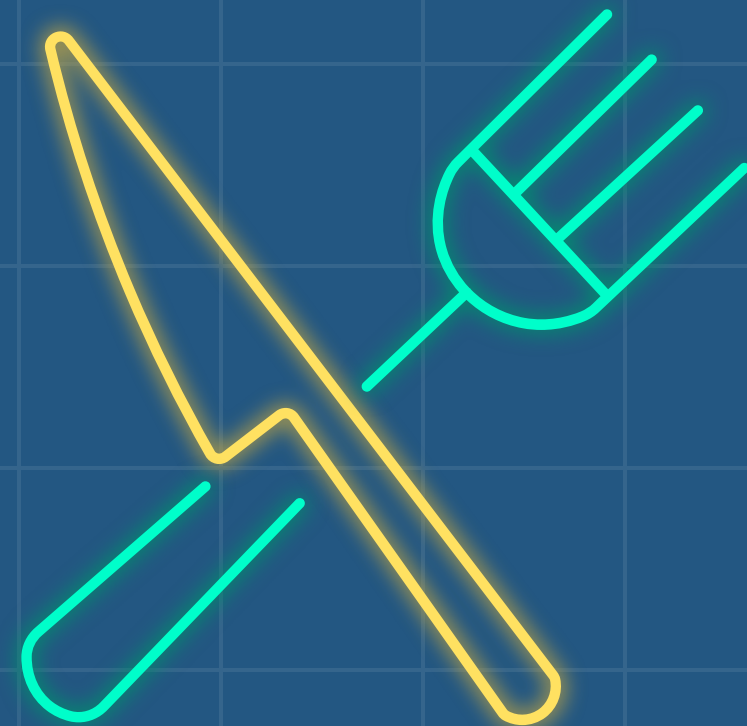


**Mindfulness**

# O que pensam acerca deste assunto...



# Vamos Saborear?





Como se  
sentem  
agora?



# Obrigada!



### **Reflexão 1 – Chegar ao CAT, atual CRI – 15 anos depois**

Hoje, 9 de setembro de 2024, são 9:30 e começo um novo desafio que há muito esperava. Sinto um misto de ansiedade, emoção e expectativa, como se estivesse prestes a embarcar numa jornada que é, ao mesmo tempo, familiar e desconhecida. Nos últimos dias, tenho-me sentido verborreica, incapaz de conter as palavras que procuram descrever este misto de sentimentos. Partilhei com os que me rodeiam amigos, família, colegas de trabalho porque precisava de expressar o que me ia na alma. Muitos dizem que falo da psiquiatria com uma paixão e amor palpáveis. E é exatamente isso que eu sinto: uma paixão profunda que moldou o meu percurso e continua a alimentar o meu desejo de crescer.

Fecho os olhos e volto a um dia muito específico na minha memória o longínquo 3 de outubro, nos primeiros anos do século XXI. Foi o dia em que entrei pela primeira vez na Escola de Enfermagem, um edifício grande, a antiga Calouste Gulbenkian, com o seu nome destacado na entrada. Era um dia solarengo, e fui calorosamente recebida por um grupo de estudantes trajados, que nos deram logo uma "lenga-lenga" sobre as regras de conduta: chegar cedo, preparar-me a tempo, garantir que o turno começava a horas. Ali iniciava o turno mais longo da minha vida, o turno em que me iria redescobrir, moldar os meus sonhos e dar o primeiro passo para a pessoa que sou hoje.

Fomos recebidos por uma pessoa que ainda hoje recordo como marcante, uma pessoa fora da caixa em todos os sentidos: na maneira de vestir, de estar e de sentir. A Professora Lúcia, alguém que parecia ver o mundo além do tempo e além do visível. Ela foi a primeira professora a abrir as portas da minha jornada e, de forma incrível, ensinou-me que o invisível vai para além do olhar – está no sentir, no tocar, no simples ato de estar presente. A ela devo muito do que sou, do que aprendi sobre a psiquiatria e, acima de tudo, sobre o ser humano. Ao longo da minha licenciatura em enfermagem, a Professora Lúcia foi minha guia, inspirando-me a sonhar e a vibrar com cada novo desafio.

Recordo com especial carinho o estágio de integração à vida profissional, realizado no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) de X, que me esculpiu para o que viria a ser a minha profissão. Foi ali que, sob a sua orientação, comecei a mergulhar nos complexos desafios da toxicodependência. Foi onde aprendi que o "Outro" – o utente – é o ator principal do seu processo terapêutico, um conceito que acompanha a minha prática desde então. Acompanhar o Outro no seu processo, reconhecer a sua autonomia, e ajudá-lo a enfrentar os seus desafios com respeito e compaixão tornou-se o cerne do meu trabalho.

Durante este estágio, tive a sorte de aprender com profissionais extraordinários, como o Enfermeiro Paulo, o Zé e o Marco, cada um com uma visão única e desafiadora sobre o seu trabalho e sobre os próprios utentes. Foi graças a eles que comecei a entender o quanto diversa e complexa é a psiquiatria. E, com cada ensinamento, o meu desejo de crescer aumentava. Eu sentia que estava no caminho certo, aquele que me chamava desde que entrei na escola de enfermagem.

Quando finalmente me tornei enfermeira num CAT, senti uma realização enorme. Estava onde queria estar, a trabalhar com pessoas que lutavam contra a toxicodependência, e o meu foco era claro: estar presente para o Outro, ajudá-lo a encontrar o melhor processo terapêutico possível. Todos me diziam que não sabiam como aguentava, como conseguia lidar com os desafios diários naquele ambiente. Mas, para mim, não era uma questão de "aguentar"; era uma questão de querer estar ali, de desejar fazer mais, de querer ajudar mais. Cada dia era uma oportunidade de crescimento, de aprendizagem e para poder contribuir para a melhoria da vida de alguém.

E agora, passados 15 anos, volto a entrar num CAT, agora designado CRI (Centro de Respostas Integradas), mas desta vez como alguém com mais experiência, mais maturidade, mas também com o mesmo nervosismo e entusiasmo de quem sente que está a regressar ao início de uma nova etapa. Quando cheguei, as minhas pernas estavam trémulas. Era o dia que tanto esperava, o dia que tantas vezes visualizei na minha mente. Mas o desafio, por mais familiar que fosse, tinha uma dimensão nova. Era como voltar a casa, mas numa casa que se transformou, tanto no espaço como dentro de mim. O reencontro com este ambiente despertou em mim todas aquelas emoções iniciais que senti no início da minha carreira, mas também uma reflexão profunda sobre o caminho que trilhei até aqui.

Ao seguir o Ciclo de Gibbs, permite-me refletir de forma estruturada sobre esta experiência. Na fase de descrição, revivo os momentos-chave, desde a minha entrada na escola de enfermagem até ao regresso ao CAT. O que senti e pensei ao longo deste processo é essencial para perceber o impacto que este percurso teve em mim. O sentimento predominante é, sem dúvida, a gratidão e a paixão pela psiquiatria, mas também uma espécie de nostalgia misturada com a ansiedade que um novo desafio sempre traz.

Na análise, vejo como esta trajetória moldou a minha identidade como enfermeira e como pessoa. Aprendi que a psiquiatria é mais do que uma prática técnica; é uma prática humanizada que requer empatia, paciência e a capacidade de ver além do visível. E isso faz-me sentir orgulhosa, mas também consciente da responsabilidade que carrego ao trabalhar com pessoas em situações de vulnerabilidade.

Finalmente, ao refletir sobre a ação futura, sinto que estou pronta para enfrentar os novos desafios que este reencontro com o CAT me trará. Trago comigo os ensinamentos do

passado, mas também a abertura para aprender coisas novas e continuar a crescer. Este ciclo de aprendizagem e reflexão é contínuo, tal como o crescimento que espero continuar a experienciar ao longo da minha vida profissional.

Este desafio, embora intimidante, é também uma oportunidade para me reencontrar com o que me apaixonou desde o início. E, por isso, não podia estar mais motivada para continuar este caminho com a mesma paixão que sempre senti pela psiquiatria.

## **Reflexão 2 – O PMO (Programa de Manutenção Opióide)**

Ao longo deste ensino clínico, sempre que me foi possível assistir ou conduzir sob supervisão quer da enfermeira orientadora, quer da restante equipa de enfermagem da ET de X o PMO, fui confrontada com uma avalanche de sentimentos, tanto meus, como dos utentes que se encontram neste programa. Para refletir sobre o que senti e aprendi, decidi utilizar o Ciclo de Gibbs.

Em diversos momentos, tive a oportunidade de conversar com os utentes, e fui percebendo que as expectativas das pessoas toxicodependentes em programas de metadona são diversas, e dependem sempre dos objetivos que cada um tem para o seu tratamento. Para alguns, o tratamento é visto como uma cura rápida, enquanto outros reconhecem a necessidade de uma longa jornada. No entanto, muitos enfrentam incertezas e frustrações, especialmente devido a experiências anteriores de insucesso e às condições socioeconómicas em que vivem. No programa, notei que as intervenções das enfermeiras podem ser vistas de maneira contraditória. Algumas pessoas consideram-nas facilitadoras e securizantes, enquanto outras as veem como uma forma de controlo que limita a sua autonomia.

À medida que o tempo foi passando, tal como as minhas interações diárias, fui tomada por um sentimento de empatia e frustração. A empatia surgiu da compreensão das dificuldades que as pessoas se deparam. A toxicodependência é um desafio profundo, não só pelo impacto físico que as substâncias trazem, mas também pela carga emocional que estas pessoas transportam. Fiquei sensibilizada ao perceber que, para muitos, a metadona é uma âncora de esperança. No entanto, também senti frustração ao ver como a falta de compreensão, de alguns profissionais, assim como dos próprios utentes, pode criar barreiras ao tratamento. Houve momentos em que me questioneei se estava a fazer o suficiente para ajudar, ou se as minhas intervenções eram percebidas como positivas ou negativas.

A diversidade das expectativas reflete bem a complexidade deste tipo de tratamento. Por um lado, a metadona oferece uma possibilidade real de melhorar a vida de muitas pessoas. No entanto, a ausência de expectativas ou as experiências negativas anteriores podem ser um

obstáculo difícil de superar. Existe positividade sempre que as enfermeiras estabelecem uma relação de confiança para com os utentes, e isso faz toda a diferença no processo de adesão terapêutica. Gostaria de ressaltar que a conduta observada por parte da equipa de enfermagem, foi sempre íntegra, genuína, onde as situações de paternalismo são praticamente inexistentes.

A reflexão que muitas vezes fiz com as enfermeiras entre a entrada e saída de cada utente, permitiu-me compreender as necessidades e perceções de cada pessoa face ao seu processo terapêutico, pois num mesmo horário funcionam paralelamente um programa de alto limiar, onde o nível de estruturação, organização da pessoa toxicodependente é significativamente maior do que aqueles que frequentam o programa de baixo limiar, redução de riscos e minimização de danos, onde estes clientes mantêm um padrão de consumos, muitos com pouca crítica para a sua situação clínica, vivendo em situações precárias. Com base nesta organização, a pessoa toxicodependente encontra sempre por parte da equipa de enfermagem empatia e escuta ativa, garantindo que estas pessoas se possam sentir compreendidas. Além disso, é importante equilibrar a imposição de regras com a promoção da autonomia do utente. A metadona, apesar de ser uma ferramenta eficaz, é muitas vezes vista com desconfiança. Isto reforça a importância de os profissionais de saúde esclarecerem dúvidas.

Se pudesse mudar alguma coisa na forma como abordo estas situações, gostaria de encontrar formas mais eficazes de envolver a pessoa toxicodependente no seu próprio processo terapêutico. Devo melhorar questões que dizem respeito à minha linguagem, que em muitos momentos se torna mais formal, deverei saber adequar a minha linguagem, desconstruí-la face à pessoa que perante mim se apresenta, apostar numa comunicação mais aberta.

### **Reflexão 3 – Reunião de Equipa ET X**

Nesta reflexão sobre a reunião de equipa de tratamento em X, que se centrou na continuidade dos cuidados aos utentes e nas implicações de uma eventual expulsão de um deles, sinto que fui confrontada com questões éticas, profissionais e emocionais que precisam de ser analisadas à luz dos princípios estabelecidos na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde, no Código Deontológico dos Enfermeiros e no Regulamento 515/2018, que define as competências dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica.

Durante a reunião, abordou-se o caso de um utente que havia abandonado o programa de tratamento, mas que, anos depois, voltou a solicitar ajuda. Foi readmitido, mas, após um confronto com a equipa de enfermagem, surgiu a proposta de expulsão. Este cenário levantou

questões sobre a continuidade do utente em programa e sobre o papel da equipa na gestão de cuidados. Fiquei incomodada com a forma como o caso foi tratado, pois verifiquei a presença de estigma por parte de alguns membros da equipa, em particular de um enfermeiro, face ao comportamento do utente, sem uma reflexão mais aprofundada acerca das causas desse comportamento.

Senti uma tensão crescente na sala, acompanhada por silêncios prolongados, e uma sensação de impasse sobre como proceder. Não havia regras claras sobre a duração de uma eventual expulsão ou sobre a definição de um contrato terapêutico que pudesse orientar a relação entre a equipa e o utente. Durante a discussão, comecei a questionar o impacto que este estigma tem no tratamento de pessoas em situações vulneráveis e sobre como o papel da enfermagem deve ser reposicionado para favorecer a mediação e promoção de uma relação terapêutica.

A primeira questão que me surgiu foi a de que, segundo a Constituição da República Portuguesa (artigo 64.º), todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde. Esta proteção não pode ser negada com base em preconceitos ou em comportamentos que, embora possam ser desafiantes, são frequentemente sintomáticos de um sofrimento mental ou de uma recaída no processo terapêutico. Assim, a expulsão de um utente deve ser sempre uma medida de último recurso, e não uma resposta imediata a um conflito, sem que antes se explorem outras abordagens mais compassivas e integradoras.

Por outro lado, a Lei de Bases da Saúde reforça o princípio da universalidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde. Para mim, isso significa que o utente, independentemente do seu passado ou dos seus comportamentos, tem o direito a continuar a receber cuidados, desde que exista um plano terapêutico adequado às suas necessidades. Se falarmos de uma expulsão sem garantias de continuidade dos cuidados, podemos estar a violar este princípio fundamental, colocando o utente em risco de agravamento do seu estado de saúde.

O estigma, neste contexto, foi algo que me perturbou profundamente. Alguns membros da equipa manifestaram uma atitude negativa face ao comportamento do utente, o que me levou a refletir sobre o impacto na nossa prática como profissionais de saúde. O Código Deontológico dos Enfermeiros estabelece que devemos atuar sem discriminação e com respeito pela dignidade do utente. Ora, quando a nossa atitude é permeada pelo estigma, corremos o risco de falhar este compromisso.

Como futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, tal como descrito no Regulamento 515/2018, uma das minhas principais responsabilidades é ajudar a mediar conflitos e facilitar a adesão terapêutica. O utente é o principal ator no seu processo terapêutico, e cabe-me a mim, enquanto profissional, criar um espaço seguro, sem julgamentos onde este se possa sentir compreendido e apoiado, mesmo quando o

comportamento é desafiador. Esta reflexão fez-me questionar se, ao propormos uma expulsão sem explorar outras alternativas, estaríamos a dar ao utente as ferramentas necessárias para recuperar ou simplesmente a punir uma manifestação de sofrimento.

O utente que foi proposto a expulsão tinha já passado por uma história de abandono do tratamento, e agora, anos depois, voltou a pedir ajuda. Para mim, este gesto de retorno representa um sinal de que, apesar das dificuldades, o utente ainda tem esperança na recuperação. Há que reconhecer esse esforço junto do utente e com ele criar um ambiente que favoreça essa recuperação, em vez de punir comportamentos que são, muitas vezes, um reflexo da sua luta interna.

Devemos também refletir sobre o princípio da autonomia do utente no seu processo terapêutico. Ele deve ser parte ativa na tomada de decisões que dizem respeito à sua saúde, e o nosso papel, enquanto enfermeiros, é apoiar essa autonomia, em vez de impor soluções que possam afastá-lo do tratamento. A falta de um contrato terapêutico claro, como referido na reunião, é algo que poderia ter ajudado a clarificar as expectativas e a criar uma base mais sólida para a relação entre o utente e a equipa.

#### **Reflexão 4 – Sessão de Formação /Atividade de Team Building com recurso ao Mindfulness Eating**

Ao refletir acerca do trabalho desenvolvido ao longo do ensino clínico enquanto futura enfermeira especialista em saúde mental, reconheço a importância da transposição dos meus conhecimentos da teoria para a prática clínica. Esta etapa formativa permite-me o contacto direto com os serviços de saúde e é fundamental para desenvolver a minha identidade profissional. Como salientado por Martin (1991), citado por Silva e Silva, o ensino clínico é um meio privilegiado para construir os conhecimentos e competências que serão necessários para a prática profissional.

A prática de enfermagem é complexa e exige uma constante atualização de saberes. Embora a formação inicial seja essencial, ela não nos dota de todas as competências necessárias para o resto da vida. A experiência em serviço e a autoformação são fundamentais para continuarmos a evoluir enquanto profissionais. Ao longo do meu percurso, percebi que a formação contínua não é apenas uma opção, mas uma necessidade. O processo formativo estende-se para além da escola, ocorrendo no local de trabalho, onde a interação entre profissionais e utentes permite a consolidação das aprendizagens.

Hesbeen (2000) refere, que a formação em enfermagem é essencial para adquirir saberes que permitem responder à crescente complexidade das situações de trabalho. Esta complexidade requer não só a mobilização de conhecimentos adquiridos, mas também a

capacidade de adaptação e a resolução de problemas em contextos dinâmicos e imprevisíveis. Perante estes desafios, torna-se claro que a formação contínua é indispensável para a prática eficaz da enfermagem.

A formação contínua, por sua vez, é vista como um processo global de desenvolvimento pessoal e profissional, que não só responde às necessidades imediatas dos profissionais, mas também promove a sua adaptação a novas realidades. Sousa (2003) defende que a formação inicial, por mais sólida que seja, não é suficiente para garantir conhecimentos estáveis para toda a vida. A prática de enfermagem exige uma atualização permanente, uma vez que o conhecimento e as exigências do setor da saúde estão em constante evolução.

A importância do team building nas equipas de saúde mental também se revelou um aspeto significativo durante o meu ensino clínico. A coesão e a colaboração entre os membros da equipa são fundamentais para garantir um acompanhamento eficaz aos utentes. Atividades regulares de team building, tal como destaca Alves (2012), promovem a comunicação interpessoal, fortalecem o espírito de equipa e aumentam a motivação dos profissionais, refletindo-se em ambientes de trabalho mais harmoniosos e produtivos.

A incorporação de práticas de mindfulness tem-se demonstrado eficaz em saúde mental. Durante o meu ensino clínico, desenvolvi uma sessão de mindfulness eating, que destacou o papel desta técnica na redução do stress e no autocuidado nos profissionais de saúde. Estudos como o de Goodman et al. (2012) demonstram que práticas como o mindfulness melhoram o bem-estar dos profissionais, permitindo uma abordagem mais holística no seu trabalho diário.

Senti esta experiência muito gratificante, tendo sido possível verificar a importância da formação contínua e as práticas de team building e mindfulness como componentes essenciais para o desenvolvimento profissional em saúde mental.

**APÊNDICE 4 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ENSINO CLÍNICO III – COMUNITÁRIA**

## ATIVIDADE/FORMAÇÃO COM A EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL – COMO POSSO EU ENQUANTO PROFISSIONAL DE SAÚDE INSERIDO NUMA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SAÚDE MENTAL, SER PROMOTOR DE ESPERANÇA

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A promoção da esperança em saúde mental e a forma como cada profissional se posiciona perante a mesma, é fundamental não só para a capacitação do utente, como do próprio profissional de saúde assim como da equipa onde este se encontra inserido.

Particularmente, uma equipa comunitária de saúde mental pode ser promotora de esperança, nomeadamente pelo contexto onde a mesma desenvolve as funções, mobilizando-se junto da comunidade, assim como pelo trabalho diferenciado junto dos utentes e suas famílias, atuando no próprio contexto onde o utente se encontra inserido, particularizando todas as intervenções a serem desenvolvidas junto deste. A promoção da esperança está associada a ganhos como o bem-estar, o conforto, a qualidade de vida e a resiliência (Querido, 2012).

Os profissionais de saúde têm não só a capacidade de identificar, mas também de clarificar, junto dos utentes que acompanham, especialmente na presente equipa que trabalha com utentes com doença mental grave, a importância de práticas terapêuticas. Essas práticas incluem a realização de atividades ocupacionais terapêuticas e a integração em grupos terapêuticos, promovendo, assim, um ambiente terapêutico securizante.

Deste modo, os profissionais devem demonstrar empatia, confiança e otimismo, elementos essenciais para fomentar a recuperação e a saúde mental. Além disso, aspetos como a autoeficácia, as relações interpessoais e as competências comunicacionais são ferramentas fundamentais. Estas competências têm demonstrado eficácia não só na promoção da saúde mental, mas também no fortalecimento dos indivíduos, ajudando-os a exercer maior controlo sobre a sua vida e o ambiente onde vivem e desenvolvem a sua atividade profissional (Querido, 2012).

### PLANO DE SESSÃO

**Objetivos:** Sensibilizar os profissionais de saúde da equipa comunitária de saúde mental para a importância da promoção da esperança em saúde mental; Refletir como a equipa comunitária sobre o impacto que a cada profissional tem junto dos utentes enquanto promotor de esperança.

**Duração:** 30 minutos

**Local:** Sede da Equipa Comunitária

**Participantes:** Elementos da Equipa Comunitária de Saúde Mental

**Materiais:** Marcadores, Lápis de Cor, Folhas de Papel Magnético A5

**Introdução:**

- ✓ Apresentação e breve do tema junto da equipa comunitária.
- ✓ Apresentação dos materiais em utilização.

**Desenvolvimento**

- ✓ Reflexão sobre o papel da esperança na Saúde Mental.
- ✓ Importância dos Profissionais de Saúde na promoção de atitudes positivas/motivadoras junto dos utentes.
- ✓ Dinâmica: Cada profissional escreve uma frase na resposta à Questão feita a si próprio - Como Posso Eu enquanto Profissional de Saúde inserido numa Equipa Comunitária de Saúde Mental, ser Promotor de Esperança.
- ✓ Discussão em Grupo sobre as respostas/estratégias indicadas.

**Conclusão**

- ✓ Discussão conjunta dos resultados obtidos.

**Avaliação da Sessão**

De âmbito formativo, através das partilhas efetuadas pelos profissionais da equipa comunitária, após ação reflexiva e partilha conjunta.

**Bibliografia:**

Querido, A. (2012). *A esperança em cuidados paliativos* (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa.

## DINAMIZAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO “CUIDO DE MIM” – ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

### **Fundamentação Teórica:**

O programa cuidado de mim é um programa pré estruturado de 8 módulos, que tem como principal objetivo a promoção de um estilo de vida saudável junto dos utentes com doença mental. Na presente sessão que tive a oportunidade de dinamizar em conjunto com a Terapeuta Ocupacional e com a Assistente Social da Equipa Comunitária de Saúde Mental, a sessão do “Cuido de Mim” teve como parte integrante da saúde mental a promoção da alimentação saudável. Através desta sessão pretendi destacar a necessidade de estabelecer o autocuidado, por forma a manter um equilíbrio emocional em saúde mental, incluindo uma alimentação adequada.

### **Objetivos:**

- Promover o bem-estar físico emocional e social através da prática de uma alimentação saudável;
- Dar a conhecer os efeitos do consumo de fast-food na saúde física e mental, evidenciando as vantagens de uma alimentação saudável.

**Duração:** 60 minutos

**Local:** Teatro-Cine de X

**Participantes:** Utesntes com doença mental acompanhados pela Equipa Comunitária de Saúde Mental

**Materiais:** Computador, retroprojetor, tela, cadeiras e manuais do programa “Cuido de Mim”.

### **Introdução:**

- Dar as boas-vindas aos participantes;
- Fazer um breve resumo da sessão anterior e introduzir a temática a abordar.

### **Desenvolvimento:**

- Qual o impacto que o fast-food tem na nossa alimentação
- Enumerar alimentos relacionados com o fast-food
- Enumerar alimentos saudáveis

- Como trocar uma refeição de fast-food por uma refeição saudável

### **Conclusão:**

- Reflexão em grupo sobre o tema abordado
- Breve resumo do tema a fim de encerrar a sessão

### **Avaliação**

- Tratando-se de um programa estruturado, e sequencial, e dado que a avaliação é feita no início do programa, através da avaliação dos sinais vitais, peso, altura, IMC, perímetro de cintura (cm), perímetro da anca (cm) e relação cintura/anca, optou-se por colocar apenas algumas questões simples, nomeadamente:
  - O que destacam mais importante na sessão?
  - Consideram útil a informação partilhada?

### **Bibliografia**

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Aconselhamento breve para a alimentação saudável nos cuidados de saúde primários: Modelo de intervenção e ferramentas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt>

Gregório, M. J., Lima, R., Mendes de Sousa, S., & Marinho, R. (2021). *Guia para lanches escolares saudáveis*. Direção-Geral da Saúde e Direção-Geral da Educação. Disponível em <https://www.dgs.pt>

Janssen. (n.d.). *Projeto Cuido de Mim: Módulo 7 – Rotulagem e Informação Nutricional Fast-Food*. Claudia Marques, Shamila Ismael, Alberto Prata, & Serafim Carvalho (Colaboradores). Janssen.

## **DINAMIZAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO “CUIDO DE MIM” – RASTREIOS – AVALIAÇÃO FINAL DO PROGRAMA**

### **Fundamentação Teórica:**

O programa *cuido de mim* é um programa pré estruturado de 8 módulos, que tem como principal objetivo a promoção de um estilo de vida saudável junto dos utentes com doença

mental. Na presente sessão tive a oportunidade de colaborar com os EESMP da equipa comunitária na avaliação final do programa. Pretende-se aplicar os mesmos instrumentos aplicados inicialmente, pois tal como tive a oportunidade de evidenciar anteriormente, tratando-se de um programa estruturado e replicado pela equipa comunitária, o mesmo já se encontrava a ser aplicado quando o estágio se iniciou, e devido às atividades desenvolvidas pela equipa, enquanto aluna do mestrado em saúde mental procurei obter o maior número de aprendizagens e experiências possíveis, em conformidade com a disponibilidade quer do enfermeiro orientador, quer da restante equipa comunitária.

### **Objetivos:**

- Avaliar os membros do grupo e que estes possam refletir sobre a manutenção de um estilo de vida saudável e hábitos alimentares

**Duração:** entre as 8:30 e as 13h (aproximadamente 4 horas)

**Local:** Sede da Equipa Comunitária de Saúde Mental (3 gabinetes)

**Participantes:** Participantes do Grupo Cuido de Mim

**Dinamizadores:** EESMP, aluna de EESMP, Terapeuta Ocupacional e Assistente Social

**Materiais:** Computador, Canetas, Balança, Dinamap, Fita Métrica e as Escalas (abaixo discriminadas)

### **Introdução:**

- Dar as boas-vindas aos participantes;
- Fazer um breve resumo dos diversos módulos.

### **Desenvolvimento:**

- Preenchimento dos registos dos participantes com todas as informações necessárias à monitorização da evolução dos utentes.
- Parâmetros antropométricos a registar para cada participante:
  - Peso
  - Altura
  - IMC
  - Perímetro da cintura (cm)
  - Perímetro da anca (cm)
  - Relação cintura/anca

Aplicação de Escalas, nomeadamente:

- Inventário da Depressão de Beck
- Inventário de Ansiedade Estado-Traço
- Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
- Questionário Internacional da Atividade Física
- Escala de Performance Social e Pessoal
- Escala de Qualidade de Vida da OMS

### **Conclusão:**

- Reflexão em grupo sobre o decurso do programa.

### **Avaliação:**

- A equipa comunitária encontra-se à data a fazer o tratamento dos dados recolhidos, não sendo possível à data obter conclusões.

### **Bibliografia:**

Janssen. (n.d.). *Projeto Cuido de Mim: Módulo 7 – Rotulagem e Informação Nutricional Fast-Food*. Claudia Marques, Shamila Ismael, Alberto Prata, & Serafim Carvalho (Colaboradores). Janssen.

## DINAMIZAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO “MOVIMENTE” – ATIVIDADE DE NATAL

### **Fundamentação Teórica**

O cuidar em Enfermagem visa a promoção de projetos de saúde, que enfermeiro e utente procuram definir conjuntamente, visando a satisfação global das necessidades do utente, com vista ao funcionamento social do mesmo.

Num processo de reabilitação psicossocial o Enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar visa oferecer à pessoa com doença mental a oportunidade para atingir o expoente máximo das suas capacidades, na comunidade onde este se encontra inserido, conjugando um desempenho de competências físicas, emocionais e sociais. Estas competências podem ser desenvolvidas por meio de atividades ocupacionais terapêuticas.

Entende-se por atividade ocupacional terapêutica, enquanto atividade ou conjunto de atividades organizadas e sistemáticas que estruturam e dirigem o desempenho funcional do

participante, enquadradas na relação interpessoal enfermeiro-cliente e na avaliação das necessidades humanas fundamentais (NHF). Estas atividades utilizam técnicas terapêuticas selecionadas e prescritas consoante os objetivos pretendidos, com efeitos psicoterapêuticos, psicoeducacionais, psicossociais, socioterapêuticos e espirituais. Visam promover, prevenir, habilitar, manter e/ou recuperar e desenvolver as habilidades da pessoa para atingir o potencial máximo de desempenho, autonomia e satisfação nas suas NHF, nas atividades de vida, na ocupação para a realização e na recreação (Melo Dias *et al*, 2014).

A utilização da ocupação como atividade terapêutica estabelece uma dinâmica particular entre os seus três elementos nucleares: terapeuta-cliente-atividade. Em algumas situações, a atividade funciona como objeto intermediário entre o terapeuta e o cliente, noutras é o terapeuta que funciona como intermediário entre o cliente e a atividade. A ocupação terapêutica, entendida como um processo adaptativo e contínuo no qual a pessoa desenvolve a sua identidade e competência, permite a expressão individual, a construção identitária e o desenvolvimento de vínculos sociais e culturais. Possibilita à pessoa sentir-se elemento ativo da sociedade, com reflexos no seu bem-estar e na sua saúde global (Lee *et al*, 2012)

A noção do contexto é relevante para a planificação das AOT, podendo apresentar dimensões temporal e ambiental. As intervenções de Enfermagem visam prevenir a doença e promover a readaptação após a doença, satisfazendo as NHF e promovendo a máxima independência funcional e social. Essas intervenções incluem a adaptação funcional aos défices e aos fatores em desequilíbrio, frequentemente por meio de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001). No contexto multiprofissional, as intervenções de Enfermagem distinguem-se entre interdisciplinares, iniciadas por outros técnicos, e autónomas, iniciadas pelo enfermeiro.

As atividades de ocupação terapêutica em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica devem ser orientadas por objetivos, validadas por indicadores de avaliação; deverão apresentar a maior sintonia com a realidade vivenciada pelo o utente, envolvendo um plano de ação delineado pelo utente e enfermeiro/terapeuta, o mais ajustado às necessidades identificadas por ambos, adaptando-se ao dia-a-dia e acrescentando competências e estratégias ao utente, focando-se acima de tudo na qualidade de vida, autonomia e satisfação pessoal e social do participante.

### **Objetivos:**

- Promover o desenvolvimento de competências emocionais, sociais e cognitivas através de uma atividade ocupacional terapêutica (expressão plástica), com materiais alusivos ao Natal, para a decoração da sala onde decorre as sessões do grupo movimento.

Duração: 60 minutos

**Local: Centro de Saúde de X****Participantes:** Utentes do Grupo Terapêutico Movimento**Materiais:** Computador, Cadeiras, Mesas, Cartão, Cola, Tesoura, Fitas, Fita Cola**Introdução:**

- Dar as boas-vindas aos participantes.
- Fazer uma abordagem inicial ao tema

**Desenvolvimento:**

- Explicar a atividade: pretende-se decorar a sala com elementos alusivos ao natal (bolas estrelas), elaboradas pelos utentes do grupo terapêutico movimento. Com recurso aos materiais disponibilizados.
- Incentivar à partilha dos participantes, assim como na troca de ideias, expressão de sentimentos, não só face ao dia a dia mas também face à época vivenciada.

**Conclusão:**

- Perguntas reflexivas: "Como é que sente ao dar ou receber presentes?", "Como é que podemos celebrar as pequenas conquistas no nosso dia a dia?"
- Encerrar a sessão agradecendo a participação de todos, reforçando a importância da aquisição de competências e a expressão de sentimentos num processo de reabilitação psicossocial.

**Avaliação:**

- Tratando-se de uma sessão com recurso a artes plásticas, optou-se por uma avaliação qualitativa da sessão, através do feedback dos participantes.

**Bibliografia:**

Melo-Dias, C., Rosa, A., & Pinto, A. (2014). Atividades de ocupação terapêutica – intervenções de enfermagem estruturadas em reabilitação psicossocial. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 59-66.

Lee, S. W., Kielhofner, G., Morley, M., Heasman, D., Garnham, M., Willis, S., Parkinson, S., Forsyth, K., Melton, J., & Taylor, R. R. (2012). Impact of using the Model of Human Occupation: A survey of occupational therapy mental health practitioners' perceptions. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(5), 450-456. Disponível em [https://www.researchgate.net/profile/Mike-Garnham/publication/51978210\\_Impact\\_of\\_using\\_the\\_Model\\_of\\_Human\\_Occupation\\_A\\_survey\\_of\\_occupational\\_therapy\\_mental\\_health\\_practitioners%27\\_perceptions/links/58820b70a6fdcc6b790eac93/Impact-of-using-the-Model-of-Human-Occupation-A-survey-of-](https://www.researchgate.net/profile/Mike-Garnham/publication/51978210_Impact_of_using_the_Model_of_Human_Occupation_A_survey_of_occupational_therapy_mental_health_practitioners%27_perceptions/links/58820b70a6fdcc6b790eac93/Impact-of-using-the-Model-of-Human-Occupation-A-survey-of-)

[occupational-therapy-mental-health-practitioners-perceptions.pdf?origin=publication\\_detail& tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmXpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmXpY2F0aW9uRG93bmxvYWQiLCJwcmV2aW91c1BhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbiJ9fQ& cf chl tk=p0nzEAKOQAHT91bKXm6CfUPkk8eFNHdfleNIL0ktIE-1737368227-1.0.1.1-S7NDJ.zNJMI.UeuLL.ISb0GEv69saj9qjfxI84I074s](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf?origin=publication_detail& tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmXpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmXpY2F0aW9uRG93bmxvYWQiLCJwcmV2aW91c1BhZ2UiOiJwdWJsaWNhdGlvbiJ9fQ& cf chl tk=p0nzEAKOQAHT91bKXm6CfUPkk8eFNHdfleNIL0ktIE-1737368227-1.0.1.1-S7NDJ.zNJMI.UeuLL.ISb0GEv69saj9qjfxI84I074s)

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

## DINAMIZAÇÃO DO GRUPO TERAPÊUTICO “MOVIMENTO” – PROMOÇÃO DA ESPERANÇA

### Plano de Sessão – Promoção da Esperança

#### Sessão do Grupo Movimento

##### Objetivos:

- ✓ Promover a reflexão acerca da esperança junto dos participantes, promovendo uma experiência emocional positiva, explorando o conceito de esperança enquanto fator motivador e transformador em momentos de maior adversidade.

##### Duração:

- ✓ 60 minutos

##### Local:

- ✓ Centro de Saúde de X

##### Participantes:

- ✓ Utentes do Grupo Terapêutico Movimento

##### Materiais:

- ✓ Cadeiras, Mesas, Coluna, Computador, Papel, Canetas

##### Introdução:

- ✓ Dar as boas-vindas aos participantes.
- ✓ Fazer uma abordagem inicial ao tema.

## **Desenvolvimento:**

- ✓ Iniciar a leitura do texto, com articulação das músicas conforme descrito abaixo:

### **ESPERANÇA, APESAR DO ABSURDO, ACONTEÇA O QUE ACONTECER**

#### **José Tolentino de Mendonça**

Pedir aos participantes para fecharem os olhos.

Iniciar a Leitura...

O tema da esperança está fora de estação. Kafka escrevia: «existe esperança e uma esperança infinita, mas não para nós».

**Música de Miguel Araújo: Esperança – esta música descreve como a esperança pode ser sinónimo de força, de resiliência, e de como o ser humano pode ser capacitado para superar as adversidades, são utilizadas metáforas simples, mas fortalecedoras do EU.**

Esperar contra toda a esperança (...) não é de uma esperança isenta, empolgada, ligeira, fácil, imediata que se quer refletir e falar, mas de uma esperança que resiste à prova de fogo da desesperança e se confronta com ela

A esperança também integra a desesperança no próprio processo. Ela não ignora o enigma e o absurdo da existência.

**Música de Milhanas: Algo Mais – esta música vem trazer uma complementariedade à ouvida anteriormente, pois amplia o significado da procura de Esperança, a superação dos nossos limites leva-nos a alcançar algo mais, a vontade de nos transcender, de nos superar. É importante continuar, mesmo em momentos de desesperança a procurar um significado...**

Por isso pretende-se humilde e depurada uma presença, transversalidade, extensão e plasticidade notáveis, que se declina em 3 dimensões: a atitude de quem espera; a esperança enquanto relação com o objeto que se espera»; a causa e fundamento que serve de motivo à esperança.

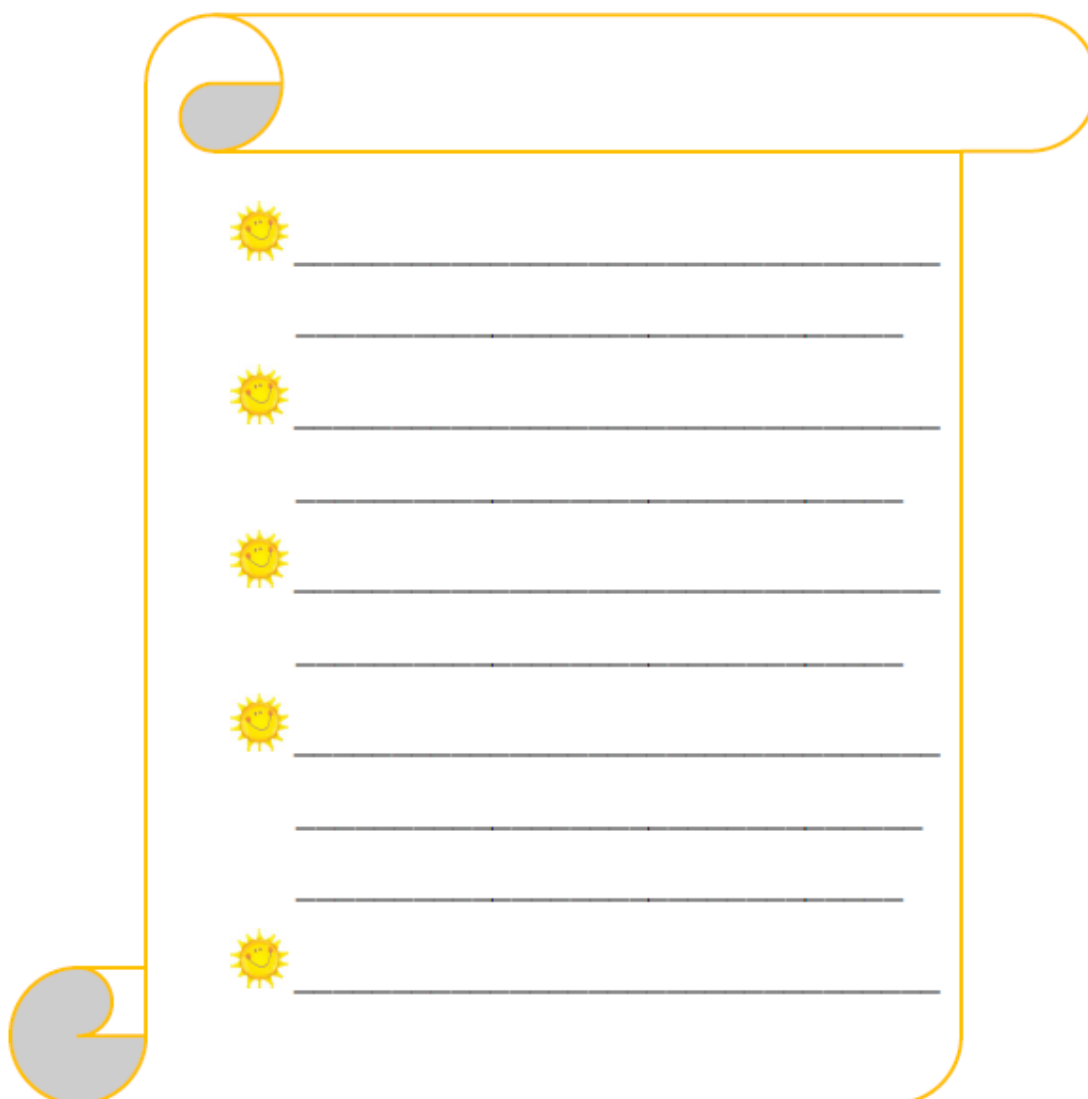
A esperança não se esgota no presente, ela é tensão, dinamismo que no presente vive o rasgão do futuro; tem o seu sentido de preguistação de algo maior. É um encorajamento dirigido aos crentes no meio dos seus sofrimentos, mas é também um desafio para não nos conformarmos com a realidade presente.

A esperança começa por ser desafio a transcendermos a resolução individual da nossa existência ou as formas pretensamente definitivas que construímos para ela, abrindo-nos à surpresa (...) à dependência (Mendonça,2015).

Após a leitura e audição, solicitar aos participantes a sua participação, através das seguintes questões:

- ✓ Qual a importância para encontrarmos motivações internas que nos ajudem a manter a esperança?
- ✓ Solicitar aos participantes que criem o sua Lista da Esperança, indicando estratégias, sonhos, sentimentos.

## Lista da Esperança



A scroll-like graphic with a yellow border and grey curled ends. Inside, there are five rows, each starting with a yellow sun icon followed by two horizontal lines for writing.

### **Conclusão:**

- ✓ Breve resumo do tema abordado.

### **Avaliação da sessão:**

- ✓ A avaliação será qualitativa, através da observação da estudante EESMP e com recurso ao questionário de satisfação de avaliação da sessão.

### **Bibliografia:**

Mendonça, J. T. (2015, fevereiro 11). Esperança, apesar do absurdo, aconteça o que acontecer. Comunicação apresentada nas 36.ªs Jornadas de Estudos Teológicos da Faculdade de Teologia da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal. Disponível em <https://combonianum.files.wordpress.com/2016/05/fp-pt-2016-3-josc3a9-tolentino-esperanc3a7a-apesar-do-absurdo-acontec3a7a-o-que-acontecer.pdf>

Araújo, M. (2021). *Canção da Esperança*. No álbum *As Canções da Esperança*. Chiu. Disponível em <https://open.spotify.com/track/1o1b2JvzokQFwIJ6j9Qlxq>

Milhanas. (2024). *Algo Mais*. [Single]. Disponível em <https://open.spotify.com/track/38DUG8SHze3qRmZ8ECNUm5>

**PLANEAMENTO DE ATIVIDADES – VISITA DOMICILIÁRIA A UTENTES COM DOENÇA MENTAL GRAVE**

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

No âmbito do presente ensino clínico tive a oportunidade de acompanhar a equipa de enfermagem, em visitas domiciliárias, uma vez que a minha participação, foi breve e pontual, dado que na maioria dos utentes alvo de visita domiciliária, não houve contato prévio, nem seguimento na prestação de cuidados por parte da minha pessoa, decidi apresentar um planeamento teórico e fundamentado face às respetivas visitas.

As visitas domiciliárias no âmbito comunitário, em particular em saúde mental constituem uma estratégia essencial para uma prestação de cuidados holísticos, centralizados na pessoa, na sua família, bem como no contexto sociocomunitário onde se encontram inseridas (Gago e Xavier, 2023). Este tipo de intervenção é muito relevante para os Doentes com Doença Mental Grave, garantindo a continuidade de cuidados e promovendo a reintegração psicossocial, tal como preconizado pelo modelo de Recovery (Anthony, 1993; Slade, 2011).

De acordo com o Manual para a Implementação de Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM), as visitas domiciliárias não se limitam ao controlo de sintomas, mas visam a reabilitação cognitiva, a manutenção e treino de competências sociais, bem como a promoção e adesão ao regime terapêutico (Gago e Xavier, 2023). A presença de uma equipa multidisciplinar é fundamental, para assegurar uma visão estrutural e organizada dos cuidados prestados, garantindo que todas as necessidades do utente são asseguradas. A presença do enfermeiro especialista em saúde mental é fundamental neste contexto, dada a sua competência técnica, ética e humana enfatizando uma abordagem eficaz e baseada na evidência (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O enfermeiro especialista em saúde mental desempenha um papel fundamental na mobilização de intervenções psicossociais e psicoterapêuticas, com vista à promoção da autonomia e integração social do utente e sua família. De acordo com o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista, estas competências incluem uma gestão integrada dos cuidados, formação contínua e liderança são essenciais para a continuidade de cuidados e melhoria da qualidade de vida dos utentes.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental é um elemento central no seio de uma Equipa Comunitária de Saúde Mental, assegurando visão bio-psico-social, fomentando a articulação com a comunidade e outras estruturas de apoio (Gago e Xavier, 2023).

## **PLANO DE SESSÃO:**

### **Objetivos**

- ✓ Promover a saúde mental e a reabilitação psicossocial dos utentes com Doença Mental Grave, em contexto domiciliário, assegurando a continuidade de cuidados na comunidade onde estão inseridos.
- ✓ Promover a adesão ao regime terapêutico.
- ✓ Implementar intervenções adaptadas às necessidades do utente no seu contexto domiciliário /institucional/ comunitário.
- ✓ Promover o envolvimento da família/comunidade no processo de reabilitação/reintegração psicossocial do utente.

### **Preparação da visita**

- ✓ Consultar o processo clínico do utente, a fim de conhecer a sua história clínica e o plano de intervenções estabelecido.
- ✓ Definir objetivos para a visita.

### **No decorrer da visita...**

- ✓ Acolhimento: Apresentação da equipa e explicar o motivo da mesma.
- ✓ Avaliação do utente: Identificar sinais de agravamento da sua situação clínica.
- ✓ Avaliar as condições de habitabilidade (isolamento, precariedade habitacional, higiene dos espaços).
- ✓ Ajuste das intervenções, nomeadamente no planeamento de estratégias de gestão emocional, na adesão ao regime terapêutico.
- ✓ Implementação de intervenções de âmbito psicossocial e treino de competências (atividades terapêuticas ocupacionais).
- ✓ Síntese dos conteúdos abordados;
- ✓ Agendamento de nova visita.

### **Após a visita...**

✓ Efetuar os registos face à visita, atendendo a uma atitude reflexiva, detalhando as observações efetuadas, eventual necessidade de ajuste de intervenções, registando também o feedback do utente e sua família.

### **Bibliografia:**

Gago, J., & Xavier, M. (Eds.). (2023). *Manual para a Implementação e Desenvolvimento de Equipas Comunitárias de Saúde Mental para a População Adulta*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental. Disponível em [https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/10/Manual\\_para\\_a\\_Implementa\\_o\\_de\\_ECSM\\_v2023.pdf](https://saudemental.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/10/Manual_para_a_Implementa_o_de_ECSM_v2023.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2.ª série, N.º 122, 25 de junho de 2015. Disponível em <https://dre.pt/dre/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, 2.ª série, N.º 159, 20 de agosto de 2018. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

## CONSULTAS EM HOSPITAL DE DIA

Encontra-se definido em Diário da República que Hospital de Dia é qualquer unidade orgânica e funcional de um estabelecimento de saúde, com espaço físico próprio e meio técnicos e humanos próprios capacitados para a prática de cuidados, onde o utente recebe os cuidados de saúde diferenciados ou terapêutica de forma programada e permanece sob vigilância de Enfermagem e/ou Médica por um período diariamente inferior a 24 horas, entende-se por “Hospital de Dia” qualquer unidade orgânico (Portaria n.º 234/2015, de 7 de agosto).

Desde a década de 70 que os Hospitais de Dia de Psiquiatria têm vindo a adquirir relevância, pois constituem uma alternativa ao internamento, permitem um acompanhamento follow-up de utentes após alta clínica de um internamento; são uma extensão do tratamento em regime de ambulatório; e uma estrutura de reabilitação psicossocial (Schene et al., 1988).

Desde então vários são os estudos que tem destacado a importância da existência destas estruturas, salientando a satisfação com o tratamento e a mais rápida remissão dos sintomas psicopatológicos, conclui-se também que o tratamento de pessoas com doença mental aguda em contexto de Hospital de Dia é tão efetivo quanto aquele que é realizado em contexto de internamento total (Marshall et al., 2011)

As equipas multidisciplinares que desempenham funções em contexto de Hospital de Dia, como é o caso da Equipa Comunitária de Saúde Mental, incluem enfermeiros especialistas em saúde mental, e de acordo com o Parecer n.º 01/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MCEESMP) da Ordem dos Enfermeiros (OE), apenas enfermeiros(as) especialistas em ESMP estão capacitados para exercer funções nesse âmbito.

### **Objetivos:**

- Promover / Colocar em prática os cuidados de enfermagem junto dos doentes, de forma particular em hospital de dia.
- Desenvolvimento de competências junto dos utentes, tais como a gestão e adesão ao regime terapêutico, fortalecimento emocional...
- Desenvolvimento e elaboração do Plano Individual de Cuidados.

**Duração:** Variável, mediante a disponibilidade e o assunto a abordar, quer pelo utente quer pelo profissional de enfermagem

**Local:** Sala de Enfermagem

**Participantes:** Utentes com doença mental, acompanhados em consulta de psiquiatria e pela equipa comunitária de saúde mental

**Materiais:** Os necessários para a prática dos cuidados de enfermagem

**Introdução:**

- Avaliação Inicial do utente, face á consulta anterior

**Desenvolvimento:**

- Avaliação Inicial do utente, face á consulta anterior
- Abordagem/ Promoção para a Saúde, nomeadamente práticas de autocuidado, esclarecimentos de dúvidas por parte do utente e sua família, planeamento de atividades

**Conclusão:**

- Despedida e a disponibilidade mantida por parte da equipa de enfermagem, para qualquer tipo de contacto, presencial ou telefónico para com o utente e sua família e/ou comunidade e/ou instituição que mantenha uma ligação para com os utentes.

**Avaliação:**

- Feita através da realização dos registos de enfermagem no programa SClinic.

**Bibliografia:**

Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, A., Creed, F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., & Wiersma, D. (2003). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD004026. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004026>

Marshall, M., Crowther, R., Sledge, W. H., Rathbone, J., & Soares-Weiser, K. (2011). Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12), CD004026. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004026.pub2>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Parecer n.º 01/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-n%C2%BA-01-2019\\_25012019\\_mceesmp\\_dota%C3%A7%C3%B5es-seguras\\_iniciativa-da-mceesmp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16943/parecer-n%C2%BA-01-2019_25012019_mceesmp_dota%C3%A7%C3%B5es-seguras_iniciativa-da-mceesmp.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer n.º 01/2023 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: Hospital de dia enquanto contexto de estágio no âmbito do programa formativo do(a) enfermeiro(a) especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28321/parecer-mceesmp-n%C2%BA-01-2023-hospital-de-dia-enquanto-contexto-de-est%C3%A1gio-no-%C3%A2mbito-do-programa-formativo-do-eeesmp\\_anonimizado.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28321/parecer-mceesmp-n%C2%BA-01-2023-hospital-de-dia-enquanto-contexto-de-est%C3%A1gio-no-%C3%A2mbito-do-programa-formativo-do-eeesmp_anonimizado.pdf?utm_source=chatgpt.com)

Portaria n.º 234/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República: I série, n.º 153, <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/234-2015-69968713>

Regulamento n. 743/2019 da Ordem do Enfermeiros (2019). Diário da República: II série, n.º 184. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Schene, A. H., van Lieshout, P. A., & Mastboom, J. C. (1988). Different types of partial hospitalization programs: Results of a nationwide survey in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78(4), 515-522. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb06376.x>

## SESSÃO DE RELAXAMENTO

### PLANO DE SESSÃO/INTERVENÇÃO

#### TÍTULO DA SESSÃO: RELAXAMENTO

##### JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

No decorrer do ensino clínico identificou-se junto do utente alvo do estudo de caso a necessidade de se intervir na redução da ansiedade face a diversas situações que o mesmo vivencia. O utente em questão é acompanhado em consulta de enfermagem de saúde mental já alguns anos, mantendo ideação suicida ativa, pelo que se tornou emergente planejar intervenções de enfermagem que promovam o relaxamento e conseqüentemente a redução da ansiedade. Esta ideia vai ao referido por Stuart e Laraia (2001) ao afirmar que o relaxamento poderá ser uma ferramenta importante na redução da tensão e da ansiedade.

As manifestações do relaxamento podem ser cognitivas, fisiológicas e comportamentais. Do ponto de vista cognitivo o relaxamento pode provocar um estado alterado de consciência, maior concentração e maior suscetibilidade à sugestão positiva. Do ponto de vista fisiológico poderá existir uma redução da frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória, consumo de oxigénio, taxa metabólica, constrição de pupilas, uma maior vasodilatação periférica e elevação da temperatura periférica. Por último, o relaxamento também poderá ter manifestações a nível comportamental, nomeadamente a falta de atenção e preocupação com os estímulos ambientais, ausência de intervenção verbal, de mudança voluntária de posição e facilidade de movimentação passiva (Stuart e Laraia, 2001). Apesar destas evidências importa referir que a experiência clínica demonstra que nem todas as pessoas mostram a capacidade de um estado fisiológico relaxado.

O relaxamento poderá ser atingido através de diversas técnicas, tendo sido escolhido para esta sessão a técnica de respiração abdominal.

O relaxamento através da respiração abdominal centra-se na diferença entre dois tipos de respiração: a respiração torácica que ativa o sistema nervoso simpático e a respiração abdominal que ativa o sistema nervoso parassimpático. A respiração abdominal realiza-se de modo que o tórax fique imóvel e apenas o abdómen se expanda durante a expiração e a inspiração. Pode-se verificar esta respiração em frente um espelho ou pondo a mão no abdómen. Esta técnica requer algum treino, podendo ser aplicada em qualquer momento e posição (Payne, 2003).

##### OBJETIVO:

- ✓ Promover o relaxamento reduzindo a ansiedade.

- ✓ Ensinar progressivamente o utente a controlar o seu estado de ativação física e emocional sem ajuda de recursos externos.

#### PARTICIPANTES:

- ✓ Utente alvo do estudo de caso

#### DURAÇÃO:

- ✓ 60 minutos

#### LOCALIZAÇÃO:

- ✓ Sala de Enfermagem

De acordo com Payne (2003), a maioria dos autores sugere a realização destas técnicas num local ameno, ausente de distúrbios, existindo outros, que reiteram a necessidade de desenvolvimento destas técnicas em qualquer tipo de ambiente, afirmando que assim os utentes estarão mais capacitados para a realização posterior dos conceitos apreendidos num contexto real diário.

#### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Guião de relaxamento
- ✓ Música adequada para o relaxamento
- ✓ Colunas

#### MÉTODOS E TÉCNICAS:

1. Explicar ao utente o objetivo da sessão.
2. Expor os benefícios do relaxamento na redução da ansiedade e explicar os princípios base da técnica de relaxamento utilizada.
3. Iniciar a sessão de relaxamento com música utilizando o guião (em anexo).
4. Discutir os sentimentos/ experiências sentidas durante o relaxamento.

#### AVALIAÇÃO DA SESSÃO

- ✓ Indicador NOC **2011**
  - Estado de Conforto: Psicoespiritual
  - **Definição:** Relaxamento psicoespiritual relacionado a autoconceito, bem-estar emocional, fonte de inspiração e sentido e finalidade da vida.
- ✓ Escala de Ansiedade e Depressão no Hospital – HAD (Payne, 2003).

**As escalas serão aplicadas na primeira e na última sessão à mesma pessoa.**

#### BIBLIOGRAFIA:

Payne, A. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia Prático para Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência.

Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e prática (6ª Ed.)*. Porto Alegre: ArtMed Editora.

## ATIVIDADES DO PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA ESPERANÇA

### PLANO DE SESSÃO/INTERVENÇÃO

#### TÍTULO DO PROGRAMA: PROMOÇÃO DA ESPERANÇA

##### JUSTIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A esperança é um foco/intervenção de enfermagem (CIPE; NANDA/NIC/NOC), estando presente em diversos modelos teóricos, mas também em algumas teorias de enfermagem, é também reconhecida como tendo um papel fundamental enquanto fator protetor e influência positiva na saúde mental (Dixe & Querido, 2016). De acordo com a CIPE a esperança é definida como uma “emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (ICN, 2019). A esperança relaciona-se com a confiança que cada pessoa tem em si e nas suas capacidades para encontrar um futuro melhor, associando essa capacidade individual ao meio onde cada um se insere, a forma como encara a vida, assim como vivencia os problemas. Serve de âncora e proporciona a segurança necessária para enfrentar algumas circunstâncias difíceis da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

A esperança tem uma influência positiva na saúde mental das pessoas, promovendo o aumento do conforto e da qualidade de vida, a redução da depressão e suicídio, bem como a redução da predisposição para a dependência, prevenindo a exaustão familiar, com efeitos preditivos no bem-estar subjetivo e protetores da saúde mental (Dixe & Querido, 2016). É também considerada um fator protetor ao ajudar o outro a adaptar-se perante momentos de ansiedade e de desconforto psicológico (Zhu et al., 2023).

Refletir com o utente acerca da esperança e da sua importância no processo de doença e recuperação, assim como a partilha de vivências superadas através da esperança, são estratégias assumidas por utentes e enfermeiros como facilitadoras do reencontro e fortalecimento da esperança (Edey & Jevne, 2003 referido por OE, 2012). A esperança é um forte agente terapêutico a ser utilizado junto de pessoas que enfrentam uma situação de crise/doença mental e suas famílias (Dixe & Querido, 2016). Segundo Querido (2021) o Brasão de

Esperança é uma atividade terapêutica que permite identificar os atributos pessoais de esperança.

A presente intervenção enquadra-se nos princípios do Modelo Cuidar em enfermagem baseado nas Forças (Strengths-based care - SBC) de Laurie Gottlieb. Baseia-se nos princípios da capacitação, autoeficácia e esperança. A capacitação refere-se à capacidade que cada pessoa tem para se empoderar, embora os profissionais de saúde possam criar condições para que elas o façam, trabalhando os seus pontos fortes, bem como o desenvolvimento de outros. Os sentimentos de empoderamento permitem que cada pessoa assuma um maior controlo sobre o seu processo de saúde, através do autoconhecimento, dando-lhe confiança para se tornar parceira de si própria, ou seja, sendo o utente o principal ator do seu processo terapêutico, através da descoberta de recursos internos e capacidades inatas que desconhecia ter. A autoeficácia é uma crença em si mesmo e na capacidade em atingir uma meta e conseqüentemente um resultado auto-desejado, implicando confiança nas próprias competências e recursos. A esperança é a expectativa de que algo positivo ocorrerá. De acordo com este modelo, os problemas são vistos como desafios a serem superados, e não como fontes de medo, incerteza, negação e desamparo, a energia da pessoa é redirecionada para áreas de conflito positivo e auto-cura (Gottlieb (2014)).

#### OBJETIVO:

Promover a autorreflexão e autoconhecimento;

Identificar os fatores que aumentam e diminuem a esperança;

Nomear os recursos internos e externos que são promotores de esperança.

Promover esperança para o enfrentamento e/ ou superação de adversidades.

#### PROGRAMA DE SESSÕES:

1ª sessão: Tema Brasão da Esperança;

2ª sessão: Tema Árvore dos Talentos;

3ª sessão: Tema Kit da Esperança;

4ª sessão: Tema Definição de Objetivos.

**PARTICIPANTES:**

- ✓ Utente alvo do estudo de caso

**DURAÇÃO:**

- ✓ 60 minutos

**LOCALIZAÇÃO:**

- ✓ Sala de Enfermagem

De acordo com Payne (2003), a maioria dos autores sugere a realização destas técnicas num local ameno, ausente de distúrbios, existindo outros, que reiteram a necessidade de desenvolvimento destas técnicas em qualquer tipo de ambiente, afirmando que assim os utentes estarão mais capacitados para a realização posterior dos conceitos apreendidos num contexto real diário.

**1ª SESSÃO: TEMA BRASÃO DA ESPERANÇA;**

**MATERIAL NECESSÁRIO:**

- ✓ Folhas de papel A4 para cada participante (ANEXO I);
- ✓ Canetas, lápis de cor;
- ✓ Música promotora de relaxamento

**MÉTODOS E TÉCNICAS:**

Introdução 10 min

Acolhimento

Proposta do tema

Aplicação do instrumento de avaliação

Desenvolvimento 20 min

- Brainstorming:

Significado do “brasão” Significado de “esperança”

- Distribuir a folha do brasão de esperança a cada participante (ANEXO I) canetas e lápis de cor.

- Música ambiente (opcional)

- Pense em alguém que o inspire e reforce a sua esperança. Alguém próximo (em corpo ou em espírito)

Escreva o nome da pessoa ou em alternativa escolha uma foto ou imagem.

- Reflita sobre as sensações que o fazem acreditar que o amanhã será melhor e que consegue superar-se a si próprio. Pode ser uma sensação de controlo da situação, de acompanhamento...

Escreva ou ilustre essa sensação.

- Agora pense naquilo em que acredita e que o ajuda a ter esperança, mesmo em situações em que tudo parece perdido

Tente escrever uma palavra ou desenhar um símbolo ou imagem. Pode ainda escolher uma imagem ou foto que ilustre a sua crença.

- Reflita sobre o seu passado e descubra uma experiência marcante que recorde como um momento em que foi confiante, acreditou nas suas possibilidades e

resistiu mesmo na adversidade. Pode escrever sobre ela.

Conclusão 15 min

Resumo da sessão

Aplicação do instrumento de avaliação

Principais conclusões

### AVALIAÇÃO DA SESSÃO

✓ Indicador **NOC 1201**

- Esperança: expressão de uma orientação do futuro positiva, de confiança; de desejo de viver, de razões para viver; expressão do sentido da vida, expressão de otimismo, de crença em si mesmo, expressão de crença nos outros; expressão de paz interior; expressão de sensações de autocontrolo; demonstração de entusiasmo pela vida; estabelecimento de objetivos.

✓ Aplicação da **Escala de Esperança - HHP-PT** (versão portuguesa traduzida e adaptada por Andreia Viana; António Barbosa; Maria dos Anjos Dixe; Ana Querido 2010);

**As escalas serão aplicadas na primeira e na última sessão à mesma pessoa.**

**Anexo I: Brasão da Esperança**

## 2ª SESSÃO: TEMA ÁRVORE DOS TALENTOS

### MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Folhas de papel A4 para cada participante (ANEXO I);
- ✓ Canetas, lápis de cor;
- ✓ Música promotora de relaxamento

### MÉTODOS E TÉCNICAS:

Introdução 10 min

Acolhimento  
Proposta do tema

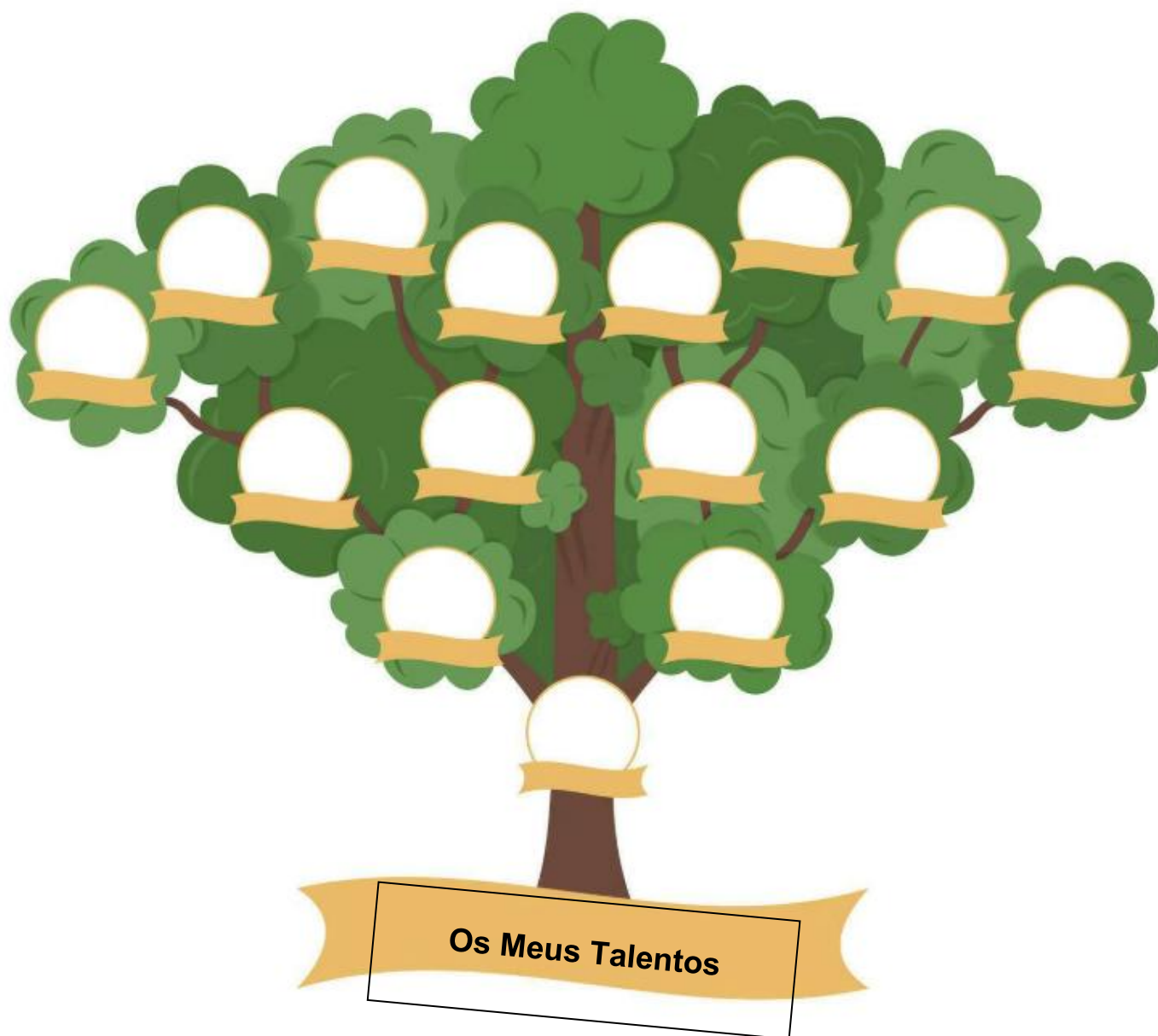
Desenvolvimento 20 min

- Brainstorming:  
Significado do “árvore”, “talento” e “esperança”
- Distribuir a folha da árvore dos talentos a cada participante (ANEXO I) canetas e lápis de cor.
- Música ambiente (opcional)
- Pense em alguém que o inspire e reforce a sua esperança. Alguém próximo (em corpo ou em espírito)
- **Pense na importância e no valor que atribui à experiência de estar doente...**
- **Que valores são realçados? Quais os que perderam importância?**
- **Que valores são importantes para si nesta fase da vida?**

Conclusão 15 min

Resumo da sessão

**ANEXO I**



### **3ª SESSÃO: KIT DA ESPERANÇA**

#### **Fundamentação Teórica:**

O «Kit de Esperança» é uma ferramenta que os enfermeiros especialistas em Saúde Mental podem utilizar com os seus utentes enquanto estratégia intencional para os ajudar a identificar imagens, objetos ou representações significativas de esperança. Dele podem constar objetos que represente esperança para o utente tais como fotografias de família, música, objetos ou imagens com simbolismo ou significativas, relatos de experiência, entre outros. Os clientes experienciam o processo de doença e recuperação com a esperança diminuída, pelo que devem ser incentivados a criar os seus próprios «kits de esperança», tendo ao seu alcance um recurso significativo e disponível que permite fortalecer essa esperança diminuída e moderar ou atenuar o sofrimento e a vontade de morrer (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

#### **Objetivos:**

- Promover a esperança através de um conjunto de objetos que tragam conforto emocional e um ambiente securizante.
- Ajudar o utente a elaborar o seu kit de esperança.

**Duração:** 45 minutos

**Local:** Sala de Enfermagem da Equipa Comunitária

**Participantes:** Utente alvo do estudo de caso

**Materiais:** Caixa de Cartão, Objetos significativos para o Utente, Folhas de Papel, Canetas

#### **Introdução:**

- Acolhimento (saudação)
- Breve introdução ao Kit da Esperança

#### **Desenvolvimento**

- Apresentar o Kit da esperança: Explicar o conceito, destacando a importância de conter objetos que façam a diferença em momentos difíceis, reforçando a necessidade da manutenção da esperança.
- Questionar o utente sobre que objetos, momentos ou vivências lhe trazem esperança e que gostasse de adicionar ao kit.
- Pedir ao cliente que coloque pelo menos 3 objetos /documento na caixa e que possa indicar como os coloca, fazendo uma breve reflexão sobre os mesmos.

***O que pode colocar no seu Kit?***

- ✓ A sua história de esperança;
  - ✓ Os seus objetos do passado;
  - ✓ Objetos que representem as coisas que, podem não ser atingíveis, mas que são importantes para a sua esperança;
  - ✓ Mensagens de coragem, cartas, postais ou imagens que inspirem esperança;
  - ✓ Figuras e imagens das coisas da vida que lhe trazem ou podem trazer alegria, felicidade e aliviar o espírito;
  - ✓ Escolha uma caixa ou outro recipiente para o seu kit. Pode personalizar o seu kit.
  - ✓ Decore-o ao seu gosto com cores, desenhos, colagens, mensagens... dê um nome ao seu kit de esperança.
- Pedir ao utente que escreva uma mensagem para si próprio, e que a coloque na caixa que elaborou para constituir o Kit da Esperança.
  - Encorajar o utente a guardar o kit num local que lhe seja acessível, que se possa socorrer dele em momentos que sinta menos esperança.



#### **Conclusão:**

- Questionar o utente como se sente após a elaboração do kit, e com ele fazer uma breve reflexão.

#### **Referencias Bibliográficas:**

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Ordem dos Enfermeiros.

### **4ª SESSÃO – DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS PARA O FUTURO**

#### **Objetivos:**

- Ajudar o utente a manter uma atitude reflexiva face ao seu futuro, através do autoconhecimento e planeamento da continuidade do acompanhamento em consulta de EESMP
- Reaplicar as escalas de avaliação (Escala de Esperança e Escala de Ansiedade e Depressão no Hospital – HAD) para verificar os avanços e mudanças no estado emocional do utente desde o início do acompanhamento.

- Estimular o processo de esperança junto do utente, através das competências trabalhadas e adquiridas ao longo deste programa de promoção da esperança.

**Duração:** 60 minutos

**Local:** Sala de Enfermagem

**Materiais:** Computador, Escalas, Folhas, Canetas, Música relaxante (opcional)

**Participante:** Utente alvo do estudo de caso

**Introdução:**

- Acolhimento (saudação)
- Breve introdução ao que irá ser abordado na sessão

**Desenvolvimento:**

- Reflexão conjunta com o utente sobre o processo de aplicação do programa de promoção da esperança e quais foram os momentos mais significativos;
- Validar com o utente quais os recursos internos adquiridos com meio à esperança;
- Ajudar o utente a estabelecer três objetivos para o futuro, alcançáveis e realistas, de âmbito do foro físico, emocional e social.
- Identificar dificuldades e definir estratégias para as enfrentar.

**Conclusão:**

- Resumo da sessão;
- Aplicação das escalas, preenchidas na primeira sessão.
- Despedida.

**Avaliação:**

- Indicador NOC 1201 – Esperança: Avaliar como o utente se expressa em relação ao seu otimismo e confiança no futuro.
- Escala de Esperança – HHP-PT: Avaliar os progressos na esperança desde o início do acompanhamento.
- Escala de Ansiedade e Depressão no Hospital - HAD: Avaliar os níveis de ansiedade e depressão do utente para monitorar os resultados da intervenção.

**Bibliografia:**

Dixe, M. & Querido, A. (2016). Esperança e Saúde Mental: Uma Revisão de Literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*.

Payne, A. (2003). Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde. Loures: Lusociência.

Stuart, G., & Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica – Princípios e Prática (6ª Ed.). Porto Alegre: ArtMed Editora.

ICN (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE. Sociedade Brasileira de Enfermagem.

**REFLEXÃO SOBRE AS II JORNADAS DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL TROFA  
SAÚDE EM VILA DO CONDE**

No âmbito do meu ensino clínico, tive a oportunidade de participar nas II Jornadas de Psiquiatria organizadas pelo Hospital Trofa Saúde em Vila do Conde. Foram umas jornadas de âmbito multidisciplinar, tendo como tema central a depressão, tendo sido abordada sob diversos pontos de vista, desde abordagens mais inovadoras de âmbito farmacológico e não farmacológico, até ao papel da neurogénese e da neuroplasticidade em saúde mental. Tratou-se de uma experiência enriquecedora, quer ao nível do conhecimento técnico e científico, assim no relacionamento/paralelismo que pude estabelecer com as competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

A minha participação neste evento revelou-se importante para o meu percurso profissional formativo uma vez que a patologia depressiva é uma das mais predominantes, e também aquela que assentava no utente alvo do estudo de caso, e a intervenção junto destes utentes deverá ser integrativa e multidisciplinar. A diversidade das intervenções apresentadas no decorrer das jornadas ajudou-me a compreender os desafios que constituem o acompanhamento destes utentes e suas famílias, quer em contexto público e/ou privado, saindo reforçada a importância do enfermeiro especialista em saúde mental enquanto elemento central numa equipa multidisciplinar.

Durante as jornadas, verifiquei que o acesso ao tratamento em instituições privadas, embora mais célere, pode ser limitado pelos custos associados ao tratamento, sendo um fator identificado de forma frequente, enquanto motivo de abandono do tratamento. Este ponto foi discutido em diversos painéis, nomeadamente nos que se relacionam com as abordagens farmacológicas, como o uso da quetamina e das substâncias psicadélicas. Tomar conhecimento desta informação, vem reforçar a necessidade de enquanto futura enfermeira especialista estar atenta aos fatores económicos e sociais de um utente, que possam condicionar ou não uma adesão ao um tratamento/acompanhamento.

A minha participação nestas jornadas não se limitou a uma presença enquanto ouvinte, apresentei também um póster (que se anexa ao presente relatório), sobre o tema “Gestão da Ansiedade e Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Profissionais de Enfermagem de um Serviço de Medicina”. Tenho vindo a desenvolver esta temática ao longo do mestrado, no âmbito do meu projeto de investigação. Com esta apresentação pretendi demonstrar a

necessidade de garantir não só o bem-estar psicológico dos utentes, mas também dos profissionais de enfermagem que, frequentemente, são expostos a elevados níveis de stress e ansiedade devido à elevada carga laboral a que enfrentam, assim como a situações de elevada exigência emocional.

A apresentação do poster foi uma oportunidade de partilha e troca de conhecimento com outros profissionais, tendo a possibilidade de perceber o impacto das intervenções selecionadas para a promoção do bem-estar subjetivo, o que se poderá refletir na forma como cada um presta cuidados aos utentes. Foi um momento de aprendizagem efetiva, treino da comunicação, uma vez que me permitiu receber feedback, possibilitando o desenvolvimento da minha aprendizagem e melhoria do projeto.

A integração desta temática, com os restantes temas desenvolvidos nas jornadas, demonstra a transversalidade e a importância da atuação/intervenção do enfermeiro especialista, na gestão da ansiedade e promoção do bem-estar junto dos utentes, mas também junto dos seus pares.

Em linha com o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, este deve ser capaz de desenvolver intervenções terapêuticas com base em evidência científica, com vista à promoção da saúde mental do utente, assim como a sua recuperação. Durante estas jornadas ficou evidente que as competências do EESMP estão em linha com as necessidades do cuidado atual, particularmente no que se refere às novas abordagens terapêuticas discutidas, como Estimulação Magnética Transcraniana (EMT), apresentada como uma técnica inovadora e promissora para o tratamento da depressão resistente. Psilocibina e outras substâncias psicadélicas, cujo potencial terapêutico foi discutido com base nos mais recentes avanços científicos. Neurofeedback, que surge como uma alternativa não invasiva para o treino de redes neuronais, promovendo alterações na plasticidade cerebral.

O EESMP deve ter um conhecimento acerca das diversas possibilidades de tratamento, por forma a prestar apoio ao utente no seu processo de tomada de decisão consciente e informada.

A dimensão ética foi também discutida durante estas jornadas, com destaque para o painel sobre o consentimento informado em doentes com depressão. O debate estabelecido veio reforçar a necessidade de respeitar a autonomia do outro, adotando uma comunicação empática ajustada às suas necessidades.

Um outro ponto discutido nas jornadas está relacionado com a multidisciplinidade na abordagem à depressão. Os diversos participantes reforçaram a necessidade de diversos profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais garantirem uma resposta abrangente às necessidades do utente. Tal princípio é amplamente

defendido pelo regulamento de competências do enfermeiro especialista em saúde mental, enquanto elemento de centralidade e promotor de cuidados.

Um dos painéis que considerei mais pertinente, foi o painel dedicado ao papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica junto da pessoa internada, tendo sido explorados e enfatizados o cuidado holístico e individualizado, enquanto promotor do bem-estar do utente, com vista à sua recuperação.

Enquanto estudante da especialidade considerei esta experiência muito enriquecedora, reforçando a minha capacidade crítica face aos diversos temas expostos, com base na evidência científica mais recente. Uma excelente oportunidade de formação contínua, que procurei traduzir ao longo deste ensino clínico que agora termina. Posso agora afirmar que através desta experiência, sinto-me mais preparada e comprometida em assegurar uma continuidade de cuidados para com os utentes a quem presto cuidados, bem como com as equipas multidisciplinares onde possa vir a ter intervenção, não só enquanto enfermeira, mas também enquanto futura especialista.