



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e**  
**Psiquiátrica**

**ativaMente – PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA PARA**  
**ADULTOS COM ANSIEDADE: DESENVOLVIMENTO DE**  
**COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM SAÚDE**  
**MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**ativaMente – PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM FOR**  
**ADULTS WITH ANXIETY: DEVELOPMENT OF SKILLS IN**  
**THE FIELD OF MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC**  
**NURSING**

**“Documento Final”**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL**

**Helena Maria Camarão Salgado Pinho da Silva**

**Porto, 2025**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

---

ATIVAMENTE – PROGRAMA DE ATIVIDADE  
FÍSICA PARA ADULTOS COM ANSIEDADE

Relatório de Estágio de natureza profissional  
orientado pela Professora Doutora Graça  
Pimenta e coorientado pela Professora  
Doutora Júlia Marques

Porto, 2025

**FRASE ou PENSAMENTO**

“Deus quer, o homem sonha, a obra nasce” Fernando Pessoa

## AGRADECIMENTO

A conclusão deste percurso académico representa muito mais do que a concretização de um objetivo - é o reflexo de um caminho feito com dedicação, superação, aprendizagem e, sobretudo, com o apoio de pessoas que marcaram profundamente esta etapa.

Agradeço, em primeiro lugar, a todos os professores do mestrado, que contribuíram para o meu crescimento académico, profissional e pessoal. Cada aula e cada partilha foram sementes lançadas no terreno fértil da curiosidade e da vontade de aprender.

À Professora Doutora Graça Pimenta, minha orientadora, e à Professora Doutora Júlia Marques, minha coorientadora, agradeço profundamente não apenas pela orientação científica rigorosa, mas também pelo apoio emocional constante, pela escuta atenta e pelas palavras de encorajamento que tantas vezes fizeram a diferença.

Às equipas que me acolheram nos diferentes contextos de estágio, o meu sincero reconhecimento. A vossa disponibilidade, partilha de saberes e espírito de colaboração foram fundamentais para a construção da minha identidade profissional. Um agradecimento especial aos enfermeiros tutores que me acompanharam de forma próxima e confiante - obrigada por acreditarem em mim e por me guiarem com profissionalismo e empatia.

Às colegas de mestrado, com quem partilhei desafios, conquistas e muitos momentos de entreajuda, deixo uma palavra de gratidão. Deste percurso académico nasceram também amizades que levarei comigo para além da sala de aula, e isso é, sem dúvida, um dos maiores presentes deste caminho.

À minha família, em especial aos meus pais, César e Felismina, à minha irmã Ana Luísa, ao meu marido Ricardo e à minha filha, agradeço com todo o meu coração. Foram o meu alicerce em cada momento de cansaço, dúvida ou incerteza.

Agradeço com muito carinho à minha mãe e avó Palmira, ambas enfermeiras, que desde cedo me mostraram, com o seu exemplo, a beleza e a nobreza da arte de cuidar do próximo. Foram - e continuam a ser - a minha maior inspiração para abraçar esta profissão com alma, ética e compromisso.

A todos, o meu mais sincero e sentido agradecimento.

## RESUMO

O presente relatório resulta do estágio desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, tendo como objetivo principal a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Para tal, foi concebido, adaptado e implementado o programa “ativaMente – atividade física para adultos com diagnóstico de enfermagem de ansiedade”, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2011), aplicado em três contextos clínicos distintos: comunidade (grávidas), internamento (pessoas com diagnóstico psiquiátrico) e contexto prisional (reclusos sem consumo ativo de substâncias).

O programa estruturou-se em sessões de psicoeducação e aconselhamento individual, com o objetivo de promover a atividade física, reduzir a sintomatologia ansiosa e potenciar o conhecimento e a consciencialização para a mudança de comportamentos. A utilização de instrumentos de avaliação validados permitiu a monitorização dos ganhos em saúde e a adaptação das intervenções às necessidades individuais. Foram ainda elaborados três estudos de caso, representativos dos diferentes contextos de estágio, permitindo aprofundar o raciocínio clínico, a compreensão das respostas humanas ao sofrimento psíquico e a operacionalização do processo de enfermagem.

A intervenção revelou impacto positivo na redução dos níveis de ansiedade, na melhoria do bem-estar subjetivo e na valorização da atividade física como recurso terapêutico. A experiência nos diferentes contextos permitiu demonstrar a versatilidade do programa e a importância da sua adaptação às características das populações-alvo. No contexto prisional, em particular, o programa superou as expectativas iniciais, promovendo adesão, envolvimento e ganhos subjetivos em saúde, mesmo em situações marcadas por vulnerabilidade acrescida.

Este percurso formativo contribuiu de forma decisiva para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas, essenciais à prática especializada em saúde mental, revelando-se determinante na construção de intervenções de enfermagem mais significativas, promotoras de autonomia, bem-estar e qualidade de vida das pessoas acompanhadas.

Palavras-chave: Ansiedade, Atividade Física; Saúde Mental; Promoção da Saúde

## **ABSTRACT**

This report is the result of an internship developed within the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing, with the primary goal of acquiring the specific skills of a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. For this purpose, the program "ativaMente – physical activity for adults with a nursing diagnosis of anxiety" was designed, adapted, and implemented, based on Nola Pender's Health Promotion Model (2011), and applied in three distinct clinical settings: community (pregnant women), inpatient care (individuals with psychiatric diagnoses), and in a prison context (inmates without active substance use).

The program was structured into psychoeducational sessions and individual counseling, aiming to promote physical activity, reduce anxiety symptoms, and enhance knowledge and awareness for behavior change. The use of validated assessment tools enabled the monitoring of health gains and the adaptation of interventions to individual needs. Additionally, three case studies representing the different internship settings were analyzed, allowing for a deeper clinical reasoning, better understanding of human responses to psychological suffering, and practical application of the nursing process.

The intervention demonstrated a positive impact on anxiety reduction, improvement of subjective well-being, and increased recognition of physical activity as a therapeutic resource. The experience across different contexts highlighted the program's versatility and the importance of tailoring it to the characteristics of the target populations. In the prison context, in particular, the program exceeded initial expectations by promoting adherence, engagement, and subjective health gains, even in highly vulnerable situations.

This training journey was decisive in the development of technical, relational, and ethical competencies essential to specialized mental health nursing practice, proving to be fundamental in the construction of more meaningful nursing interventions that promote autonomy, well-being, and quality of life for the individuals supported.

**Keywords:** Anxiety, Physical Activity, Mental Health, Health Promotion

## **CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS**

ACSM - American College of Sports Medicine

AF - Atividade Física

APA - American Psychiatric Association

BDI - Beck Depression Inventory

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECCI - Equipe de Cuidados Continuados Integrados

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica

EP - Estabelecimento Prisional

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

HHA - Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal

HTA - Hipertensão Arterial

IMC - Índice de Massa Corporal

MBCT - Mindfulness-Based Cognitive Therapy

MMSE - Mini-Mental State Examination

MPS - Modelo de Promoção da Saúde

NOC - Nursing Outcomes Classification

NSGR - Nurses' Global Assessment of Suicide Risk

OE - Ordem dos Enfermeiros

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

RAP - Relação de Ajuda Profissional

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SOCRATES - Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

STAI-Y - State-Trait Anxiety Inventory – Forma Y

SU - Serviço de Urgência

TCC - Terapia Cognitiva Comportamental

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UIA - Unidade de Internamento de Agudos

USF - Unidade de Saúde Familiar

## Índice

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA CENTRAL</b>	<b>14</b>
<b>2.1. Problemática em Estudo</b>	<b>14</b>
2.1.1. Planeamento	23
2.1.2. Atividades	24
2.1.3. Avaliação do Processo	25
2.1.4. Modelo de enfermagem de suporte à intervenção	25
2.1.4. A Ansiedade como Diagnóstico De Enfermagem e o Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	29
<b>3. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS</b>	<b>41</b>
<b>3.1. Contexto dos Cuidados na Comunidade</b>	<b>41</b>
3.1.1. Caraterização do Contexto Clínico	41
3.1.2. Objetivos	42
3.1.3. Contextualização	44
3.1.4. Avaliação das Necessidades	49
3.1.5. Execução	56
3.1.6. Resultados e Avaliação	66
3.1.6.1 Estudo de Caso	68
<b>3.2. Contexto dos Cuidados de Internamento de Agudos</b>	<b>69</b>
3.2.1. Caraterização do Contexto Clínico	69
3.2.2. Objetivos	70
3.2.3. Contextualização	73
3.2.4. Avaliação das Necessidades	74
3.2.5. Execução	80
3.2.6. Resultados e Avaliação	90
3.2.7. Atividades Complementares	93
3.2.7.1 Estudo de caso	94
<b>3.3. Contexto dos Cuidados Diferenciados</b>	<b>95</b>
3.3.1. Caraterização do Contexto Clínico	95
3.3.2. Objetivos	96
3.3.3. Contextualização	97

3.3.4. Avaliação das Necessidades	99
3.3.5. Execução	104
3.3.6. Resultados e Avaliação	115
3.3.7. Atividades Complementar – “ativaMente e a Arte da Calma”	118
3.3.7.1 Estudo de caso	119
3.3.7.1.1 Necessidades Identificadas	119
3.3.7.1.2 Planeamento	125
<b>4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>133</b>
4.1. Competências comuns Enfermeiro Especialista	133
4.2. Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	137
4.3. Análise critico-reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências	146
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>155</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>157</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>192</b>
ANEXO I: Intervenção no Contexto Clínico da Comunidade	
ANEXO II: Intervenção no Contexto Clínico do Internamento	
ANEXO III: Intervenção no Contexto Clínico Diferenciado	
ANEXO IV: Planeamento de Sessões - Estudo de Caso	

## ÍNDICE de TABELAS

<b>Tabela 1 - Processo de Diagnóstico: Ansiedade</b>	31
<b>Tabela 2 - Diagnósticos e intervenções do processo adaptativo face ao objetivo de promover o autocontrolo da ansiedade</b>	34
<b>Tabela 3 - Impactos da ansiedade na saúde materna e fetal</b>	46
<b>Tabela 4 - Dados Sociodemográficos no Contexto Clínico da Comunidade</b>	200
<b>Tabela 5 - Principais Resultados da Entrevista Semiestruturada no Contexto Clínico da Comunidade</b>	201
<b>Tabela 6 - Inventário de Estado de Ansiedade (STAY-Y) no Contexto Clínico da Comunidade</b>	202
<b>Tabela 7 - Indicador NOC (Autocontrolo de Ansiedade) no Contexto Clínico da Comunidade</b>	203
<b>Tabela 8 - Questionário de avaliação de conhecimentos sobre Atividade Física e Ansiedade no Contexto Clínico da Comunidade</b>	204
<b>Tabela 9 - Questionário de avaliação do nível de Atividade Física e Sedentarismo no Contexto Clínico da Comunidade</b>	205
<b>Tabela 10 - Diagnósticos da população alvo do estágio I: Contexto nos Cuidados na Comunidade</b>	55
<b>Tabela 11 - Critério de Resultado do estágio I: Contexto no Cuidados nos Cuidados na Comunidade</b>	57
<b>Tabela 12 - Guias de Atividade Física: Plano de Ação no Contexto Clínico da Comunidade</b>	206
<b>Tabela 13 - Guias de Atividade Física: Plano de Manutenção no Contexto Clínico da Comunidade</b>	207
<b>Tabela 14 - Dados Sociodemográficos no Contexto Clínico do Internamento</b>	225
<b>Tabela 15 - Principais Resultados da Entrevista Semiestruturada no Contexto Clínico do Internamento</b>	226
<b>Tabela 16 - Inventário de Estado de Ansiedade (STAY-Y) no Contexto Clínico do Internamento</b>	227
<b>Tabela 17 - Indicador NOC (Autocontrolo de Ansiedade) no Contexto Clínico do Internamento</b>	228

<b>Tabela 18 - Questionário de avaliação de conhecimentos sobre Atividade Física e Ansiedade no Contexto Clínico do Internamento</b>	229
<b>Tabela 19 - Questionário de avaliação do nível de Atividade Física e Sedentarismo no Contexto Clínico do Internamento</b>	230
<b>Tabela 20 - Diagnósticos da população alvo do estágio II: Contexto nos Cuidados na Unidade de Internamento de Agudos</b>	80
<b>Tabela 21 - Critério de Resultado do estágio II: Contexto nos Cuidados na Unidade de Internamento de Agudos</b>	80
<b>Tabela 22 - Guias de Atividade Física: Plano de Ação no Contexto Clínico do Internamento</b>	230
<b>Tabela 23 - Diários de Atividade Física no Contexto Clínico do Internamento</b>	231
<b>Tabela 24 - Dados Sociodemográficos no Contexto Clínico Diferenciado</b>	249
<b>Tabela 25 - Principais Resultados da Entrevista Semiestruturada no Contexto Clínico Diferenciado</b>	250
<b>Tabela 26 - Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) no Contexto Clínico Diferenciado</b>	251
<b>Tabela 27 - Indicador NOC (Autocontrolo de Ansiedade) no Contexto Clínico Diferenciado</b>	252
<b>Tabela 28 - Questionário de avaliação de conhecimentos sobre Atividade Física e Ansiedade no Contexto Clínico Diferenciado</b>	253
<b>Tabela 29 - Questionário de avaliação do nível de Atividade Física e Sedentarismo no Contexto Clínico Diferenciado</b>	254
<b>Tabela 30 - Escala de Sócrates no Contexto Clínico Diferenciado</b>	255
<b>Tabela 31 - Diagnósticos da população alvo do estágio III: Contexto de Cuidados Diferenciados</b>	104
<b>Tabela 32 - Critério de Resultado do estágio III: Contexto nos Cuidados Diferenciados</b>	105
<b>Tabela 33 - Domínios: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	121
<b>Tabela 34 - Diagnósticos, Objetivos, Critérios de Resultado: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	124

<b>Tabela 35 - Diagnósticos Principais - Intervenção; especificação da intervenção: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	125
<b>Tabela 36 - Executar a Relação de Ajuda Profissional: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	128
<b>Tabela 37 - Diagnósticos Secundários - Intervenção; especificação da intervenção: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	129
<b>Tabela 38 - Iniciação: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	271
<b>Tabela 39 - Exploração: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	272
<b>Tabela 40 - Capacitação: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	273
<b>Tabela 41 - Instrução e Treino: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	274
<b>Tabela 42 - Conclusão: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional</b>	275

## **ÍNDICE de QUADROS**

<b>Quadro 1 - Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista</b>	<b>134</b>
<b>Quadro 2 - Aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista</b>	<b>137</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A saúde mental constitui uma dimensão essencial da vida humana, refletindo-se na forma como cada pessoa se compreende, gere as suas emoções, enfrenta desafios e se relaciona com os outros. Não se limita à ausência de perturbações psíquicas, mas traduz-se na capacidade de manter um equilíbrio emocional, desenvolver relações interpessoais satisfatórias, cultivar uma autoestima saudável e adaptar-se de forma construtiva às exigências do quotidiano (Vitale et al, 2023).

Neste contexto, destaca-se o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP), cuja prática é orientada para a promoção do bem-estar psicológico, a prevenção do sofrimento psíquico e a capacitação da pessoa. A sua intervenção baseia-se numa abordagem ética, relacional e fundamentada na evidência, ajustada às diferentes fases do ciclo vital e aos múltiplos contextos de cuidados (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Com o intuito de alcançar o título de EEESMP e o grau de Mestre, foi desenvolvido o presente relatório de estágio, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, durante o ano letivo de 2024/2025. O percurso formativo incluiu um estágio em três contextos distintos: cuidados na comunidade, internamento e respostas diferenciadas, nomeadamente no Estabelecimento Prisional (EP). Apesar da diversidade de ambientes e populações, a ansiedade emergiu como fenómeno transversal, possibilitando a aplicação de uma intervenção comum, adaptada às especificidades de cada contexto.

Foi neste enquadramento que se concebeu, adaptou e implementou o programa “ativaMente – atividade física (AF) para adultos com ansiedade”, uma intervenção estruturada com base no Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (2011). O programa foi implementado em três grupos distintos, correspondentes aos contextos de atuação: grávidas em cuidados na comunidade, pessoas com diagnóstico psiquiátrico em internamento e reclusos sem consumo ativo de substâncias em contexto prisional, tendo como critério de inclusão o diagnóstico de enfermagem de ansiedade. A intervenção incluiu quatro sessões de psicoeducação — duas centradas na ansiedade e duas na AF — complementadas pelo aconselhamento breve para a promoção da AF (Direção Geral da Saúde [DGS], 2018). O objetivo foi promover a AF como estratégia de autorregulação emocional, reduzir a sintomatologia ansiosa e fomentar mudanças comportamentais sustentadas.

O programa ativaMente encontra-se alinhado com as prioridades estratégicas da Reforma da Saúde Mental em Portugal, que incentiva o desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde mental

e prevenção do sofrimento psíquico, com foco na literacia, inclusão social, combate ao estigma e redução do risco psicossocial em diferentes contextos (Xavier et al., 2024). A intervenção desenvolvida pretendeu contribuir para esses objetivos, promovendo uma abordagem centrada na pessoa, sustentada na evidência e orientada para o bem-estar, a capacitação e a autonomia.

Este relatório teve como principal finalidade refletir sobre o processo de aquisição de competências gerais e específicas do EEESMP, a partir da prática clínica supervisionada, da aplicação do programa ativaMente e da análise crítica dos resultados obtidos. Pretende, igualmente, destacar o contributo da enfermagem especializada na construção de respostas terapêuticas ajustadas aos desafios contemporâneos em saúde mental.

O trabalho está organizado em três partes. A primeira parte apresenta o enquadramento teórico, com a definição dos principais conceitos, a fundamentação da intervenção, a planificação geral do programa, a metodologia adotada, os critérios de inclusão e os instrumentos de avaliação utilizados. A segunda parte descreve os contextos de estágio, os resultados obtidos e a análise de três estudos de caso. Por fim, a terceira parte integra uma análise crítico-reflexiva que percorre o processo de aquisição de competências e sistematiza as aprendizagens adquiridas ao longo do percurso formativo.

A metodologia utilizada é de natureza descritiva e reflexiva, articulando a prática clínica supervisionada com a pesquisa bibliográfica em bases de dados como PubMed e SciELO. Foram também considerados documentos legais e referenciais teóricos atuais para sustentar a construção do programa e fundamentar as intervenções desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

## 2. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA CENTRAL

A tomada de decisão na área de saúde mental é exigente e deve basear-se em conhecimento atualizado e fundamentado (Sequeira & Sampaio, 2020). Para dar resposta às necessidades identificadas nos diferentes contextos de estágio, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que permitiu aprofundar a compreensão da temática central e clarificar o papel do EEESMP.

### 2.1. Problemática em Estudo

As perturbações de saúde mental estão entre as principais causas da carga global relacionada com a saúde e com custos substanciais tanto a nível individual e social (Singh et al., 2023). Em 2019, um em cada oito pessoas (970 milhões) em todo o mundo foram afetadas por uma perturbação de saúde mental e a previsão é que quase um em cada dois (44%) irão experimentar uma perturbação mental ao longo da sua vida (Singh et al., 2023).

Ao longo das últimas décadas, o reconhecimento das perturbações de saúde mental como um problema prioritário de saúde pública tem vindo a aumentar, impulsionado por campanhas de sensibilização, avanços na investigação científica e mudanças culturais que encorajam a procura de ajuda profissional (Patel et al., 2018). Este progresso reflete um esforço global para reduzir o estigma associado a estas condições e promover o acesso universal ao tratamento (Patel et al., 2018).

A estimativa do custo das perturbações mentais para a economia global é de um trilhão de euros (Ordem dos Psicólogos, 2023 b). A depressão constitui a principal causa de impacto negativo na saúde mental, enquanto as perturbações de ansiedade representam a perturbação mental mais prevalente (Singh et al., 2023). Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que quase 1 bilhão de pessoas viviam com alguma perturbação mental, sendo que a ansiedade correspondia a 31% desse total e a depressão a 28,9% (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2022). Ambas as condições não apenas afetam o bem-estar emocional, mas também estão entre as principais causas de incapacidade funcional, comprometendo a atenção, o desempenho diário e a qualidade de vida da população adulta (Ribeiro et al., 2023b).

Em Portugal, os problemas de saúde mental mais comuns são o stress, a depressão e a ansiedade, e afetam quase dois em cada cinco da população ativa (33%) no último ano devido ao trabalho, uma prevalência acima da média da União Europeia (UE) (27%) (Ordem dos Psicólogos, 2023b).

A temática da ansiedade está cada vez mais presente na sociedade atual, resultado do ritmo de vida mais stressante e das elevadas expectativas individuais (Santos, 2021a). A ansiedade é uma experiência humana universal, caracterizada por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, geralmente associado à antecipação de um perigo ou acontecimento ameaçador (American Psychiatric Association [APA], 2021; Santos, 2021a).

Pode-se distinguir entre ansiedade-estado, que se manifesta perante uma situação específica percecionada como ameaçadora, desencadeando uma resposta do sistema nervoso autónomo, e ansiedade-traço, isto é, uma característica de personalidade relativamente estável, que traduz uma maior predisposição para vivenciar o meio de forma marcada por ansiedade-estado (Cattell & Scheier, 1961; Spielberger, 1972a, 1972b).

A ansiedade é uma reação natural ao stress, caracterizando-se pela antecipação de preocupações futuras (APA, 2021) e, é uma emoção fundamental para a adaptação e resposta a desafios, promovendo a prontidão para lidar com ameaças e otimizando o desempenho nas atividades diárias (Harrison et al., 2017; Santos, 2021a). É considerada normal quando desempenha uma função mobilizadora e surge pontualmente em resposta a uma ameaça percebida (Vieira, 2024). Contudo, torna-se disfuncional ou patológica quando se manifesta de forma recorrente, persistente, desproporcional à experiência vivida ou sem um estímulo externo, causando impactos negativos para a pessoa (Santos, 2021a; Vieira, 2024).

Embora tanto o medo quanto a ansiedade gerem desconforto e angústia, diferenciam-se na forma como se manifestam. O medo é uma reação imediata a uma ameaça real ou percebida, desencadeando uma resposta emocional e fisiológica que desaparece quando o perigo deixa de ser percecionado (Vieira, 2024). Já a ansiedade está relacionada à antecipação de uma ameaça futura, frequentemente vaga ou incerta, e envolve uma sensação de incontrolabilidade (Correia & Brites, 2020; Mercês et al., 2020; VandenBos, 2007; Barlow, 2000). Enquanto o medo é uma resposta ao presente, a ansiedade reflete uma preocupação com o que está por vir (Correia & Brites, 2020; Mercês et al., 2020; VandenBos, 2007; Barlow, 2000).

As perturbações de ansiedade encontram-se classificadas nos principais sistemas de diagnóstico psiquiátrico, nomeadamente na Classificação de Perturbações Mentais e de Comportamento (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-5). Na CID-10, as perturbações de ansiedade incluem a perturbação da ansiedade generalizada, perturbação de

pânico, agorafobia (com ou sem perturbação de pânico), fobia específica, perturbação de ansiedade social, perturbação de ansiedade de separação e mutismo seletivo (APA, 2021). A versão mais recente, a CID-11, mantém categorias semelhantes às do DSM-5, garantindo maior uniformidade na classificação das perturbações ansiosas. O DSM-5 reorganizou algumas das perturbações que anteriormente pertenciam ao espectro da ansiedade, transferindo a perturbação obsessivo-compulsiva e perturbações relacionadas para uma categoria distinta (APA, 2021).

Os impactos da ansiedade classificam-se em três níveis de gravidade: leve, moderada e grave. A ansiedade leve está associada a sensações de desconforto, enquanto a ansiedade moderada pode incluir sintomas neuróticos, como distímia e ciclotímia (Townsend, 2015). A ansiedade grave, por sua vez, pode envolver reações psicóticas e estar associada a condições como a perturbação bipolar e a perturbação depressiva (Townsend, 2015).

Os sintomas da ansiedade incluem manifestações psicológicas, físicas e comportamentais. Entre os sintomas psicológicos mais comuns estão a preocupação persistente, insegurança, inquietude, irritabilidade, dificuldades de concentração e memória, despersonalização e ataques de pânico (Oyebode, 2015). A ativação do sistema nervoso simpático pode provocar tensão muscular, sudorese excessiva, taquicardia, hiperventilação, boca seca, náuseas e disfunção sexual (Saraiva & Cerejeira, 2014).

A pessoa com ansiedade pode desenvolver estratégias de evitamento, esquivando-se de situações que considera ameaçadoras ou que possam agravar os seus sintomas (Freitas, 2024). Esse padrão de comportamento pode impactar significativamente o funcionamento diário, interferindo no desempenho acadêmico e profissional, assim como nas relações interpessoais (APA, 2021; Santos, 2021a). Quando a ansiedade ocorre de forma desajustada e persistente, pode evoluir para uma perturbação, comprometendo a autonomia do indivíduo e afetando profundamente o seu bem-estar geral (APA, 2021).

O diagnóstico de ansiedade na prática de enfermagem distingue-se do diagnóstico médico. De acordo com a e4Nursing (ESEP, 2025), a presença de ansiedade é considerada quando o cliente verbaliza sintomas como a inquietação, irritabilidade e/ou o pânico. Estes elementos constituem dados essenciais que permitem ao enfermeiro identificar um diagnóstico de enfermagem, diferenciando-o do diagnóstico médico ou psiquiátrico de Perturbação de Ansiedade.

Para deferir o diagnóstico de Enfermagem de ansiedade, é essencial utilizar instrumentos de avaliação validados, que permitam uma análise precisa do nível de ansiedade apresentado pelo indivíduo. Diante disso, foi realizado um estudo dos principais instrumentos de apoio à tomada de decisão disponíveis, com o objetivo de identificar aquele que melhor se adequaria ao diagnóstico

de enfermagem de ansiedade e à sua utilização em contextos clínicos. Entre os instrumentos analisados, destacam-se:

- Escala de Ansiedade de Hamilton (Hamilton, 1959)
- Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung (Zung, 1971)
- Inventário Estado/Traço de Ansiedade (STAI-Y - State-Trait Anxiety Inventory – Forma Y) (Spielberger et al., 1983)
- Inventário de Ansiedade de Beck (Beck et al., 1988a)
- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS) (Zigmond & Snaith, 1983)
- Resultado Nursing Outcomes Classification (NOC) “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2016)

Destes instrumentos, o Inventário Estado/ Traço de Ansiedade (STAI-Y) (Spielberger et al., 1983) revelou-se o mais adequado para a avaliação do nível de ansiedade, fornecendo suporte eficaz à tomada de decisão no diagnóstico de enfermagem. Destaca-se por ser a única escala que avalia a ansiedade tanto como estado quanto como traço, além de apresentar elevada validade, fiabilidade e confiabilidade (Silva & Campos, 1998). A sua ampla utilização em contextos clínicos e de investigação reforça a sua adequação para uma avaliação mais abrangente da ansiedade (Silva & Campos, 1998).

A STAI-Y é uma escala de autoavaliação (autopreenchimento), composta por 40 itens, distribuídos equitativamente entre duas subescalas (Silva & Campos, 1998):

- STAI-Y1 (Ansiedade-Estado): Inclui 20 itens concebidos para avaliar a ansiedade circunstancial; são formulados para capturar reações emocionais e fisiológicas relacionadas com a ansiedade momentânea. Esses itens avaliam sintomas como nervosismo, inquietação, sudorese, tensão muscular e preocupação excessiva sobre eventos imediatos.
- STAI-Y2 (Ansiedade-Traço): Engloba 20 itens destinados a aferir a predisposição do sujeito para experiências ansiosas ao longo do tempo; mensuram a propensão do indivíduo para experienciar ansiedade de forma prolongada. Estes itens avaliam características mais estáveis da personalidade, como a tendência para preocupação excessiva, medo persistente, dificuldade em relaxar e predisposição para reagir com ansiedade em diversas situações do quotidiano.

Cada item é pontuado numa escala do tipo Likert de 4 pontos, de acordo com o grau em que o respondente se identifica com cada afirmação: 1 = Nada; 2 = Um pouco; 3 = Moderadamente; 4 =

Muito. A soma das pontuações dos itens de cada subescala permite obter uma medida quantitativa da ansiedade do indivíduo. Para calcular a pontuação final (Silva & Campos, 1998):

- Soma-se a pontuação atribuída a cada item de cada subescala. Os itens formulados de forma inversa devem ser recodificados antes da soma (exemplo: se a escala varia de 1 a 4, um item invertido com resposta 1 será transformado em 4, e vice-versa).
- A pontuação total da subescala STAI-Y1 (Ansiedade-Estado) e da subescala STAI-Y2 (Ansiedade-Traço) são analisadas separadamente, permitindo identificar tanto a ansiedade momentânea como a tendência crônica para estados ansiosos.

Os pontos de corte para a interpretação das pontuações variam consoante a população de referência e os estudos normativos, contudo, de forma geral, consideram-se os seguintes intervalos: Baixa ansiedade:  $\leq 39$  pontos; Ansiedade moderada: 40 - 59 pontos e Ansiedade elevada: 60 a 80 pontos (Spielberger et al., 1983). Estes valores são indicativos e devem ser interpretados no contexto clínico ou investigacional adequado. Pontuações mais elevadas indicam uma maior intensidade da ansiedade, quer momentânea (STAI-Y1), quer estrutural (STAI-Y2) (Silva & Campos, 1998).

A compreensão da intensidade da ansiedade é complementada pela necessidade de perceber os mecanismos que contribuem para o seu desenvolvimento e manutenção. Neste sentido, diversos modelos teóricos têm sido propostos, destacando-se o modelo cognitivo (Beck & Clark, 1997); o modelo comportamental (LeDoux, 2000) e o modelo biológico (Mowrer, 1947).

O modelo cognitivo da ansiedade postula que os estados ansiosos resultam de padrões disfuncionais de pensamento, caracterizados por uma superestimação da ameaça e uma subestimação da capacidade de *coping* (Beck & Clark, 1997; Clark & Beck, 2010). Indivíduos ansiosos tendem a interpretar estímulos neutros ou ambíguos como perigosos, gerando hipervigilância e ativação fisiológica desproporcional (Clark & Beck, 2010). Além disso, desenvolvem interpretações catastróficas sobre sensações corporais e eventos externos, reforçando o ciclo da ansiedade. Este modelo constitui a base da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), abordagem terapêutica amplamente utilizada que visa modificar padrões de pensamento disfuncionais e promover estratégias mais adaptativas de gestão emocional (Hofmann et al., 2012).

O modelo comportamental da ansiedade baseia-se nos princípios do condicionamento clássico e operante, explicando a ansiedade como um comportamento adquirido através da associação de estímulos a experiências aversivas (Watson & Rayner, 1920; Mowrer, 1947). Segundo esta perspectiva, uma resposta ansiosa pode ser aprendida quando um estímulo inicialmente neutro se

associa a uma situação negativa, passando a desencadear ansiedade sempre que for reencontrado (Watson & Rayner, 1920). Além disso, o modelo comportamental sugere que o evitamento sistemático de situações ansiogênicas reforça e perpetua a ansiedade, impedindo que o indivíduo aprenda que tais estímulos não representam uma ameaça real (Bouton et al., 2001). A principal intervenção terapêutica derivada deste modelo é a exposição gradual, na qual o sujeito é encorajado a enfrentar progressivamente as situações temidas, promovendo a habituação e a extinção da resposta ansiosa (Craske et al., 2014).

Por sua vez, o modelo biológico da ansiedade enfatiza a influência de fatores genéticos, neuroquímicos e neuroanatômicos na vulnerabilidade ao desenvolvimento de perturbações ansiosas (Hettema et al., 2001). Evidências científicas indicam que a hereditariedade desempenha um papel significativo, com estudos de genética comportamental a sugerirem que a ansiedade apresenta uma taxa de herdabilidade entre 30% e 40% (Hettema et al., 2001). Além disso, este modelo atribui a ansiedade a disfunções em neurotransmissores, nomeadamente serotonina, noradrenalina e ácido gama-aminobutírico (GABA), que desempenham um papel crucial na regulação emocional e na resposta ao stress (Gorman et al., 2002; Nutt & Malizia, 2001). A hiperatividade da amígdala, estrutura cerebral responsável pelo processamento do medo, também tem sido identificada como um fator neurobiológico relevante na ansiedade (LeDoux, 2000). O modelo biológico fundamenta o uso de intervenções farmacológicas, sendo os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs) e as benzodiazepinas os fármacos mais frequentemente prescritos para a gestão dos sintomas ansiosos (Bandelow et al., 2017).

Embora cada um destes modelos apresente uma explicação distinta para o desenvolvimento e a manutenção da ansiedade, são abordagens complementares, e não excludentes. Esta perspetiva de complementaridade reflete-se nas diretrizes clínicas, que variam de acordo com a região e a cultura, mas geralmente incluem a psicoterapia ou a farmacoterapia como abordagens iniciais. Nos Estados Unidos da América, essas duas abordagens são consideradas primárias no tratamento da ansiedade e outras perturbações mentais, enquanto as estratégias de estilo de vida são classificadas como 'tratamentos alternativos complementares', recomendadas apenas quando as abordagens convencionais se mostram ineficazes ou inaceitáveis (Singh et al., 2023). Por outro lado, em países como a Austrália, a gestão do estilo de vida é reconhecida como uma estratégia de primeira linha, embora, na prática clínica, a prescrição de fármacos ainda seja frequentemente a primeira intervenção oferecida (Singh et al., 2023).

Entre as diversas abordagens de estilo de vida, a prática regular de AF revela-se uma estratégia central na promoção da saúde, sendo amplamente reconhecida pelo seu impacto positivo na prevenção e gestão de diversas condições físicas e mentais (Martland et al., 2023; Schuch et al.,

2019). No domínio da saúde mental, a AF destaca-se como uma abordagem terapêutica essencial, contribuindo para a redução e para a prevenção dos sintomas de perturbações psiquiátricas, como a ansiedade e a depressão (Martland et al., 2023). Para além dos efeitos psicológicos benéficos, a AF desempenha um papel determinante na prevenção de doenças não transmissíveis, promovendo uma melhor qualidade de vida e um equilíbrio global na saúde (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022).

A AF compreende todos os movimentos corporais que implicam um dispêndio energético superior ao nível de repouso, independentemente do seu propósito (Colberg et al., 2016). Dentro desta definição, distinguem-se duas categorias estruturadas: o exercício físico e o desporto. O exercício físico caracteriza-se por movimentos planeados, estruturados e repetitivos, com o objetivo específico de melhorar ou manter a condição física (Colberg et al., 2016). O desporto, por sua vez, abrange todas as formas organizadas ou informais de AF que, para além da melhoria física e psíquica, podem promover relações sociais e fomentar a competição em diferentes níveis (Instituto Português do Desporto e Juventude, 2022). Apesar das diferenças na estrutura e nos objetivos, todas estas manifestações da AF contribuem para a saúde global do indivíduo, reforçando o seu impacto positivo na preparação física, na estabilidade emocional e na integração social (DGS, 2022).

Os indivíduos com doenças mentais graves, como a esquizofrenia e a perturbação bipolar, e mesmo aqueles com perturbações mentais comuns, como a depressão e a ansiedade, apresentam um risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares e outras comorbilidades metabólicas (Martland et al., 2023; Ordem dos Psicólogos, 2023a). A AF estruturada pode melhorar parâmetros cardiorrespiratórios e cardiometabólicos nesses indivíduos, além de oferecer benefícios cognitivos, reduzir a gravidade da depressão, melhorar a qualidade do sono e auxiliar na regulação do consumo de álcool e outros comportamentos psiquiátricos (Martland et al., 2023; Zago & Padilha, 2017).

O exercício aeróbico constitui uma intervenção eficaz no controlo da depressão e da ansiedade, conforme demonstrado por estudos clínicos randomizados que revelam reduções significativas de sintomas depressivos e ansiosos (Singh et al., 2023). Em alguns casos, os efeitos obtidos aproximam-se dos verificados com terapêuticas farmacológicas, destacando-se ainda os benefícios no desempenho cognitivo, na resposta ao stress e na neuroplasticidade (Martland et al., 2023, Singh et al., 2023). A AF não apenas melhora a saúde física, mas também promove interações sociais e reduz sintomas psiquiátricos, proporcionando uma abordagem complementar ao tratamento convencional (Martland et al., 2023; Zago & Padilha, 2017).

Além disso, diversas meta-análises sobre a influência da AF na depressão, na ansiedade e na angústia psicológica sugerem que os resultados podem ser equiparáveis aos alcançados com

psicoterapia e fármacos, apresentando, porém, vantagens adicionais em termos de custos e potencial reduzido de efeitos secundários (Gianfredi et al., 2020; Kvam et al., 2016; Rebar et al., 2014; Schuch et al., 2018; Schuch et al., 2019; Schuch & Stubbs, 2019).

Nos contextos de internamento psiquiátrico, os níveis de AF tendem a ser substancialmente reduzidos devido à sedação causada por medicação psicotrópica, restrições ambientais e sintomas psiquiátricos debilitantes (Martland et al., 2023). Contudo, intervenções com programas estruturados de AF em ambientes hospitalares demonstram ser seguras e bem aceites pelos utentes, com taxas de adesão superiores a 80% na maioria dos estudos analisados (Bosscher, 1993; Heissel et al., 2015; Kerling et al., 2018; Legrand & Neff, 2016; Salehi et al., 2016; Schuch et al., 2015; Wunram et al., 2018).

Apesar das evidências dos benefícios da AF, esta não é amplamente adotada terapeuticamente, o que pode dever-se à resistência das pessoas, bem como à dificuldade de prescrever e monitorizar a AF em ambientes clínicos, fatores que provavelmente têm limitado uma adoção mais ampla na prática (Singh et al., 2023).

A literatura também recomenda que a AF seja avaliada e promovida na prática clínica de psiquiatria, os adultos devem ser incentivados a atingir pelo menos uma média semanal de 150 minutos de atividade moderada e/ou 75 minutos de AF vigorosa (Imboden, 2022). Assim, identificou-se a necessidade de desenvolver um programa de AF para adultos com ansiedade em contextos psiquiátricos (comunitário, internamento e diferenciado), tendo como objetivo principal promover a AF.

O programa “ativaMente” contempla sessões de psicoeducação sobre AF e ansiedade, além de aplicar o aconselhamento breve do Programa Nacional para a Promoção da AF (DGS, 2018), o que permite adaptar e implementar a iniciativa em diferentes cenários de psiquiatria. Esta proposta está em consonância com as orientações da OMS, que salienta a importância de criar oportunidades e programas, em múltiplos contextos, para apoiar pessoas de todas as idades e capacidades a envolverem-se regularmente em AF, seja de forma individual, em família ou na comunidade (OMS, 2018).

O programa proposto para os três contextos de ensino clínico, seguem as recomendações de Martland et al. 2023, ao garantir adaptações individualizadas – em que a intensidade, o tipo de exercício e a duração são ajustados às necessidades de cada indivíduo, tendo em conta tanto as limitações físicas como o estado clínico – e o acompanhamento regular, por meio de um profissional de saúde, que monitoriza os progressos e assegura a segurança e a adesão do utente. Embora o planeamento de follow-up faça parte destas diretrizes, não foi possível implementá-lo neste

programa devido ao período limitado de intervenção; contudo, a sua integração em projetos futuros será fundamental para garantir a continuidade dos cuidados e prevenir eventuais recaídas.

A escolha do nome *ativaMente* para o programa fundamenta-se na sua capacidade de transmitir, de forma clara e direta, os objetivos e princípios subjacentes às intervenções propostas. Este nome apresenta uma polissemia intencional, combinando a noção de AF com o conceito de envolvimento mental e emocional ativo no processo de promoção da saúde. Desta forma, o termo *ativaMente* remete não apenas à prática de AF regular, mas também à necessidade de um compromisso consciente e reflexivo por parte dos participantes para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Do ponto de vista acadêmico, o nome alinha-se com os pressupostos teóricos da Promoção da Saúde, conforme preconizado pela Carta de Ottawa (OMS, 1986), que enfatiza a importância de estratégias capacitadoras e participativas para a promoção do bem-estar individual e comunitário. Além disso, *ativaMente* reforça a ideia de protagonismo do indivíduo, enfatizando a sua responsabilidade no processo de gestão da sua saúde, ao mesmo tempo que evoca dinamicidade e inovação, características essenciais num programa que visa fomentar comportamentos sustentáveis e adaptados às necessidades contemporâneas. Portanto, o nome escolhido traduz, de forma sintética e eficaz, os valores e os objetivos do programa, comunicando uma mensagem motivadora e alinhada com as evidências científicas sobre a promoção da saúde e da AF.

A promoção da AF revela-se pertinente por várias razões: a AF contribui significativamente para a prevenção de doenças crônicas e para a promoção do bem-estar geral, alinhando-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), por exemplo, o ODS 3 - "Assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar". Incentivar a prática de AF pode reduzir as desigualdades sociais, proporcionando acesso equitativo a oportunidades de saúde e bem-estar, em consonância com o ODS 10 de "Reduzir desigualdades" (International Society for Physical Activity and Health, 2017). A promoção de formas de mobilidade ativa, como caminhar e andar de bicicleta, pode transformar áreas urbanas em espaços mais inclusivos, seguros e sustentáveis, contribuindo para o ODS 11 de "Cidades e comunidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis" (International Society for Physical Activity and Health, 2017).

Adicionalmente, a promoção da AF tem uma importância crucial na saúde do planeta. A redução da dependência de veículos motorizados em favor da mobilidade ativa ajuda a diminuir a poluição do ar e combate as alterações climáticas, evidenciando uma ligação direta entre a saúde das populações e a sustentabilidade do planeta (Campbell-Lendrum & Prüss-Ustün, 2019). Práticas como o *blue exercise* e *green exercise* não só melhoram a saúde física e mental dos indivíduos, mas também promovem a conservação dos ambientes naturais, reforçando a importância de

políticas intersectoriais que alinhem a promoção da AF com a sustentabilidade ambiental (Loureiro et al., 2021).

Em síntese, as perturbações de saúde mental representam um desafio global, afetando milhões de pessoas e acarretando elevados custos individuais e sociais. A ansiedade, embora seja um mecanismo adaptativo, pode tornar-se disfuncional e comprometer o bem-estar quando persistente e desproporcional. Os diferentes modelos explicativos (cognitivo, comportamental e biológico) enfatizam a necessidade de abordagens terapêuticas diversificadas e complementares, incluindo a psicoterapia, a farmacoterapia e, de forma crescente, as intervenções de estilo de vida. Nesse contexto, a AF surge como um recurso promissor, com múltiplas evidências a demonstrar o seu potencial na melhoria dos sintomas ansiosos, depressivos e do bem-estar geral. A adoção sistemática de programas estruturados de AF em ambientes psiquiátricos e comunitários, adaptada às necessidades individuais e apoiada em seguimento contínuo, configura uma via consistente para aliar benefícios clínicos, coesão social e sustentabilidade ambiental.

### **2.1.1. Planeamento**

A planificação descreve o programa de AF para adultos com ansiedade que foi implementado no estágio do Módulo II. O objetivo geral do programa foi promover a AF no adulto com ansiedade e adquirir competências comuns e específicas no âmbito da ESMP. O objetivo específico foi aumentar a AF no adulto com ansiedade; reduzir ansiedade (sintomatologia ansiosa); aumentar conhecimento sobre a AF; aumentar conhecimento sobre ansiedade e aumentar a consciencialização para a mudança de comportamento. A população-alvo do programa foram os adultos com ansiedade e consideram-se os seguintes critérios de inclusão: a pessoa ter idade igual ou superior a 18 anos, o diagnóstico de enfermagem de ansiedade e ter disponibilidade para participar no programa. Os critérios de exclusão incluem: o défice cognitivo, avaliado com o Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975; Guerreiro et al., 1994); a pessoa com mobilidade reduzida; a pessoa que não saiba ler e/ou escrever e a pessoa em fase de agudização da patologia mental (exemplo, exacerbação de comportamento agressivo, alucinação e ou delírio).

A amostra foi selecionada de diferentes formas, sendo que será relatada em cada contexto de estágio.

## 2.1.2. Atividades

As atividades foram ajustadas a cada contexto e à amostra selecionada, com adaptações consideradas necessárias e pertinentes para a concretização dos objetivos propostos.

A seguir, descrevem-se as sessões e as respectivas atividades a implementar:

- Sessão 0: Apresentação do programa à pessoa, convite para participação, explicação dos objetivos e obtenção do consentimento informado livre e esclarecido.
- Sessão 1: Recolha de dados e avaliação inicial individual, incluindo a aplicação da entrevista semiestruturada, do Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) (Silva & Campos, 1998), do questionário de avaliação do conhecimento sobre AF e ansiedade (Anexo I, II e III) e do questionário de avaliação do nível de AF e sedentarismo (DGS, 2018)
- Sessão 2: Implementação individual do aconselhamento breve para a promoção da AF (DGS, 2018). A aplicação prévia do questionário de avaliação do nível de AF e sedentarismo permite analisar o tempo dedicado à AF de intensidade moderada a vigorosa (minutos por semana), bem como o tempo diário em posição sentada (registado em horas por dia). Essa avaliação é fundamental para orientar o processo e apoiar os profissionais de saúde na definição dos guias de AF mais adequados para cada utente, de acordo com seu nível de AF (DGS, 2018). O manual e os guias de AF estão disponíveis no site da Direção Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2018).
- Sessão 3: Abordagem psicoeducacional com o tema “A importância da AF”, destinada a um grupo de 6 a 15 pessoas.
- Sessão 4: Abordagem psicoeducacional com o tema “A AF na rotina diária”, destinada a um grupo de 6 a 15 pessoas.
- Sessão 5: Abordagem psicoeducacional com o tema “Compreender a Ansiedade”, destinada a um grupo de 6 a 15 pessoas.
- Sessão 6: Abordagem psicoeducacional com o tema “Gerir a Ansiedade”, destinada a um grupo de 6 a 15 pessoas.
- Sessão 7: Avaliação final dos resultados e ganhos em saúde, realizada três semanas após o início da intervenção. Nesta etapa, serão novamente aplicados os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial, com exceção da entrevista semiestruturada.

### **2.1.3. Avaliação do Processo**

A pessoa após a intervenção a realizar na sessão 2 será monitorizada regularmente, pelo menos uma vez por semana, pelo enfermeiro no cumprimento que foi pré-estabelecido no “Guia para a AF”.

### **2.1.4. Modelo de enfermagem de suporte à intervenção**

As intervenções de enfermagem devem ser sustentadas em teorias e modelos que garantam uma prática fundamentada, eficaz e orientada para a promoção da saúde (Merino et al., 2018). O programa ativaMente – AF para Adultos com Ansiedade seguiu este princípio, baseando-se no MPS, desenvolvido pela teórica de enfermagem Nola Pender em 1982 e revisto em 2002 (Aqtam & Darawwad, 2018). A escolha deste modelo justificou-se pela sua abordagem centrada na interação enfermeiro-indivíduo, considerando fatores pessoais e sociais que influenciam a adesão à AF. Além de proporcionar uma intervenção estruturada e baseada na evidência, este modelo promove a autonomia do indivíduo na adoção sustentada de comportamentos saudáveis, fundamentais para a gestão da ansiedade.

O MPS é uma abordagem teórica inovadora que combina elementos da enfermagem, psicologia social e ciência do comportamento (Aqtam & Darawwad, 2018). Baseia-se em princípios como a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, a Teoria Cognitiva de Aprendizagem e a Teoria de Expectativa-Valor de Fishbein, que permitem compreender e prever comportamentos de saúde (Pender et al., 2011; Rosa, 2012). A sua abordagem positiva e centrada no empoderamento dos indivíduos distingue-o de outros modelos, como o Modelo das Crenças de Saúde, que utiliza o medo ou a ameaça como fontes de motivação (Rosa, 2012).

O MPS foi desenvolvido com o objetivo de explorar os processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a adotar comportamentos saudáveis, fornecendo uma estrutura robusta para intervenções e políticas públicas que promovam a saúde ao longo do ciclo vital (Pender et al., 2011). Adicionalmente, o modelo adota uma abordagem holística, ao considerar interações entre fatores individuais, interpessoais e ambientais (Kelleher, 1996; Pender et al., 2011).

O MPS organiza-se em três componentes principais interligados:

- Características e experiências individuais: envolvem fatores biológicos (idade, sexo, estado de saúde), psicológicos (autoeficácia, autoestima, resiliência) e socioculturais (educação, contexto familiar e comunitário), que moldam as predisposições dos indivíduos para adotar comportamentos saudáveis (Pender et al., 2011).
- Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento: incluem benefícios e barreiras percebidos, influências interpessoais (família, pares e profissionais de saúde), influências situacionais (contexto ambiental e escolhas disponíveis) e o afeto relacionado à atividade, que têm impacto direto no compromisso dos indivíduos com comportamentos promotores de saúde (Pender et al, 2011; Rosa, 2012).
- Resultados do comportamento: refere-se ao compromisso com um plano de ação e à adoção efetiva de comportamentos saudáveis. Quando integrados a um estilo de vida positivo, esses comportamentos resultam em melhores níveis de saúde, funcionalidade e qualidade de vida (Pender et al., 2011).

O MPS baseia-se em sete pressupostos fundamentais que refletem a interação dinâmica entre fatores biopsicossociais e o papel ativo dos indivíduos na regulação do seu comportamento (Pender et al., 2011). Entre os pressupostos, destacam-se (Pender et al., 2011):

- Os indivíduos procuram criar condições de vida que maximizem o seu potencial de saúde: este pressuposto destaca a motivação intrínseca para alcançar o bem-estar, promovendo a criação de ambientes saudáveis.
- Os indivíduos possuem capacidade de autorreflexão e consciência: a autorreflexão permite que os indivíduos avaliem o seu estado de saúde e tomem decisões informadas para melhorar a sua qualidade de vida.
- Os indivíduos valorizam o crescimento pessoal, procurando equilibrar a necessidade de mudança com a manutenção da estabilidade. Esse equilíbrio é fundamental para que consigam adaptar-se a novos desafios sem comprometer a harmonia e a consistência nas suas vidas.
- Os indivíduos desempenham um papel ativo na regulação do seu comportamento: este pressuposto enfatiza a autonomia no planejamento, execução e monitorização de ações direcionadas à melhoria do bem-estar.
- Os indivíduos interagem dinamicamente com o meio ambiente: a interação bidirecional entre os indivíduos e o seu contexto sociocultural, ambiental e económico permite ajustes comportamentais.

- Os profissionais de saúde são uma parte essencial do ambiente interpessoal: estes atuam como mediadores e facilitadores, contribuindo para a criação de condições que favorecem escolhas saudáveis.
- O reajuste das interações pessoa-ambiente é essencial para a mudança comportamental: a reconfiguração das relações entre o indivíduo e o ambiente é necessária para a integração de novos comportamentos saudáveis.

Esses pressupostos destacam o papel ativo do indivíduo na gestão do seu comportamento e reconhecem a complexidade biopsicossocial que influencia a promoção da saúde.

Kelleher (1996) reforça que o contexto em que os indivíduos estão inseridos é um fator determinante nas suas escolhas de saúde. Este enfoque holístico e positivo é crucial para que os profissionais de saúde possam desenhar intervenções eficazes, considerando não apenas os fatores individuais, mas também as dimensões culturais, ambientais e socioeconômicas que moldam os comportamentos de saúde.

A formação de profissionais de saúde para a promoção da saúde desempenha um papel central na implementação bem-sucedida do MPS. Segundo Kelleher (1996), uma base teórica sólida e uma abordagem multidisciplinar são indispensáveis para equipar os profissionais com as competências necessárias para abordar os complexos determinantes da saúde. A autora salienta que a educação em promoção da saúde deve combinar estratégias participativas e metodologias baseadas em evidências, promovendo o empoderamento dos indivíduos e comunidades.

Neste sentido, Kelleher (1996) destaca que a formação deve integrar conhecimentos de diversas áreas, como ciências sociais, epidemiologia, educação e gestão ambiental, para garantir que os profissionais estejam preparados para lidar com os desafios contemporâneos da saúde pública. Este foco na interdisciplinaridade é particularmente relevante para o MPS, que reconhece a complexidade das interações biopsicossociais.

Navarro-Rodríguez et al. (2023) realizaram uma análise e avaliação sistemática do MPS, com base na metodologia de Fawcett, considerando critérios como significância, consistência interna, parcimônia, testabilidade, adequação empírica e pragmática. Os resultados reforçam a utilidade do modelo tanto na prática clínica quanto na investigação em enfermagem, destacando a sua relevância na promoção de comportamentos saudáveis e no empoderamento dos indivíduos. A revisão de Aqtam e Darawwad (2018) também salientou que a autoeficácia percebida, os benefícios reconhecidos e as barreiras identificadas são fatores críticos que determinam a eficácia das intervenções baseadas no MPS, especialmente em populações específicas.

Entre adolescentes, o MPS tem-se mostrado eficaz na promoção de comportamentos saudáveis, como a prática de AF e a adoção de uma alimentação equilibrada (Santi et al., 2023). Intervenções escolares e comunitárias baseadas no modelo demonstraram melhorias na autoestima, resiliência e saúde mental dos jovens (Santi et al., 2023).

No ambiente laboral, o MPS tem sido utilizado para promover a saúde mental e física de profissionais de saúde, especialmente enfermeiros (Choi et al., 2024). A identificação de variáveis como autoeficácia e apoio social tem permitido reduzir o stress ocupacional e melhorar a qualidade de vida no trabalho (Choi et al., 2024).

O modelo destaca-se igualmente em intervenções destinadas a populações vulneráveis, como estudantes internacionais, contribuindo para a redução do stress associado à adaptação cultural, o fortalecimento de redes de apoio social e a facilitação do processo de integração cultural (Abdelazem et al., 2024).

Embora o MPS tenha demonstrado elevada eficácia, enfrenta desafios relacionados com a necessidade de maior integração entre os seus componentes e a adaptação a contextos multiculturais (Aqtam & Darawwad, 2018; Pender et al., 2011). Adicionalmente, Aqtam e Darawwad (2018) sugerem a realização de estudos longitudinais para avaliar os impactos de longo prazo das intervenções baseadas no modelo e o desenvolvimento de estratégias culturalmente adaptadas para populações diversificadas. A análise de Navarro-Rodríguez et al. (2023) reforça a importância de aprofundar o conhecimento empírico do MPS, avaliando a sua aplicabilidade em cenários globais. Por outro lado, a complexidade do modelo exige que os profissionais tenham formação específica e interdisciplinar para aplicá-lo de forma eficaz (Kelleher, 1996).

O MPS de Nola Pender destaca-se como uma ferramenta essencial na enfermagem e na saúde pública, proporcionando uma abordagem holística e centrada no empoderamento individual. A sua aplicabilidade em diversos contextos e populações, combinada com uma base teórica robusta e uma perspetiva interdisciplinar, reforça a sua relevância na promoção de comportamentos saudáveis e na melhoria da qualidade de vida.

Apesar dos avanços, o modelo enfrenta desafios que requerem atenção em futuras investigações. Estudos longitudinais são necessários para avaliar os impactos de longo prazo das intervenções baseadas no MPS, bem como para explorar a eficácia do modelo em contextos multiculturais e em populações mais vulneráveis. Além disso, a adaptação cultural de estratégias baseadas no MPS é uma área prioritária, particularmente num mundo globalizado em que as desigualdades em saúde permanecem evidentes.

Por fim, o MPS não apenas orienta práticas clínicas e políticas de saúde, mas também promove uma visão positiva e fortalecedora da saúde global. Com a sua capacidade de abordar problemas contemporâneos, como doenças crônicas, stress ocupacional, barreiras culturais e desigualdades em saúde, o modelo oferece um alicerce sólido para intervenções sustentáveis. Além disso, o MPS pode ser adaptado para responder a desafios emergentes, como pandemias globais e o impacto das mudanças climáticas na saúde, reforçando o seu papel como um pilar central na promoção da saúde em escala global.

#### **2.1.4. A Ansiedade como Diagnóstico De Enfermagem e o Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP) centra-se “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2019).

O diagnóstico e a intervenção constituem fases cruciais do processo de Enfermagem (Sequeira & Sampaio, 2020). Trata-se de uma metodologia científica de prestação de cuidados, essencial para assegurar uma prática assistencial sistemática e intencional (Ribeiro et al., 2018). Este possibilita que as necessidades dos clientes sejam atendidas de forma específica e segura, promovendo a qualidade dos cuidados, além de contribuir para a valorização e o reconhecimento profissional da enfermagem (Ribeiro et al., 2018). Para o processo de enfermagem se concretize de forma eficaz, ele estrutura-se em cinco passos essenciais – avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final –, os quais visam auxiliar o enfermeiro a abordar, de forma estruturada e rigorosa, situações potencialmente conducentes a problemas (Sequeira & Sampaio, 2020).

No entanto, um estudo realizado em Portugal sobre a aplicação do processo de Enfermagem nos hospitais portugueses revelou que, na prática, a avaliação inicial é frequentemente reduzida a um preenchimento mecânico de formulários, sem a devida consideração pelo contexto individual do cliente (Ribeiro et al., 2018). O diagnóstico tende a focar-se apenas na função fisiológica, negligenciando fatores emocionais e sociais, assim como a dependência de protocolos padronizados limita a personalização dos cuidados (Ribeiro et al., 2018). O planeamento, que

deveria envolver ativamente o cliente e a família, nem sempre é conduzido de forma sistemática, e a avaliação final, fundamental para reajustar os planos de cuidados, é frequentemente desvalorizada, sobretudo em doentes crónicos ou com prognóstico reservado (Ribeiro et al., 2018).

A adoção de sistemas informatizados, como o SClínico®, tem sido um fator facilitador na implementação do processo de enfermagem em Portugal, ao integrar a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). No entanto, o estudo aponta que a informatização, por si só, não garante uma prática reflexiva e fundamentada (Ribeiro et al., 2018). A automatização excessiva pode resultar na burocratização do cuidado, distanciando os profissionais do pensamento crítico necessário para uma assistência verdadeiramente centrada do cliente (Ribeiro et al., 2018).

Neste sentido, a Ontologia de Enfermagem foi desenvolvida para suprir uma lacuna na documentação e representação da prática dos enfermeiros nos sistemas de informação em saúde (Bastos et al., 2021). A Ontologia de Enfermagem é uma estrutura que descreve de forma sistemática os conceitos e as relações fundamentais na prática de enfermagem. Esta ferramenta visa padronizar a linguagem utilizada pelos profissionais, facilitando a documentação dos cuidados prestados e promovendo a interoperabilidade semântica entre diferentes sistemas de informação em saúde (OE, 2020).

A ontologia organiza e formaliza a informação em quatro categorias essenciais (OE; 2024):

1. Dados de avaliação do cliente: Informações recolhidas durante a apreciação inicial e subsequente do cliente.
2. Focos/diagnósticos de enfermagem: Identificação das necessidades ou problemas de saúde do cliente que requerem intervenção de enfermagem.
3. Intervenções de enfermagem: Ações planeadas e implementadas pelos enfermeiros para abordar os diagnósticos identificados.
4. Objetivos: Metas estabelecidas para orientar o cuidado e avaliar os resultados alcançados.

Ao integrar estes elementos nos sistemas de informação, a Ontologia de Enfermagem permite uma documentação mais precisa e estruturada, melhorando a tomada de decisão e garantindo que a enfermagem seja representada de forma adequada na prática clínica (Bastos et al., 2021). Além disso, ao fornecer uma estrutura padronizada para o registo dos cuidados, a ontologia possibilita uma representação mais completa do processo assistencial, facilitando a definição e monitorização de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, o que contribui para evidenciar o impacto destes na saúde da população (OE, 2024).

A ansiedade é definida, segundo a CIPE® (2019), como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. A Tabela 1 apresenta o processo de diagnóstico referente à ansiedade baseado na taxonomia de enfermagem.

**Tabela 1 - Processo de Diagnóstico: Ansiedade**

<b>Processo de Diagnóstico: Ansiedade</b>	
<b>Domínio:</b> Processo Mental (Emoção) (ESEP, 2025)	
<b>Apreciação inicial:</b> Emoção <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbalização de ansiedade</li> <li>• Manifestação de Inquietação</li> <li>• Manifestação de Irritabilidade</li> <li>• Manifestação de pânico (ESEP, 2025)</li> </ul>	
<b>Dados secundários/ opcionais:</b> Sintomas somáticos: Anorexia ou bulimia; xerostomia; náuseas e/ou vômitos; necessidade urgente de urinar; diarreia; desconforto epigástrico; flatulência; opressão torácica; hiperventilação; dispneia; palpitações; taquicardia; hipertensão ou hipotensão; algias difusas; cefaleias; inquietação psicomotora; tremores; tensão muscular; astenia; tonturas; parestesias; perturbação da função sexual; sudorese (Freitas, 2024); (Sequeira & Sampaio, 2020). Sintomas psicológicos: Redução do rendimento; angústia; dificuldades de concentração; bloqueio do pensamento; redução da capacidade de aprendizagem; limitação na resolução de problemas; conhecimento sobre a ansiedade; apreensão e tensão que podem ser constantes e generalizadas ou intermitentes; presença de medos e preocupações desproporcionais face às circunstâncias, que podem ou não estar relacionadas a estímulos; comportamentos de evitamento ou hipervigilância; insónia; despersonalização e desrealização (Freitas, 2024); (Sequeira & Sampaio, 2020).	
<b>Instrumentos de apoio à tomada de decisão:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventário Estado/ Traço de Ansiedade (Spielberger et al, 1983) - Escala de autoavaliação destinada à avaliação da Ansiedade-Estado e da Ansiedade-Traço. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento composto por duas dimensões, uma relativa à Ansiedade-Estado e outra à Ansiedade-Traço, integrando, cada uma delas, 20 itens. A pontuação de cada item é atribuída com base numa escala ordinal de quatro pontos. A adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada por Silva &amp; Campos em 1998 (Santos et al., 2021a).</li> </ul>	<b>CrITÉRIOS de diagnóstico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Sem Ansiedade” – score 20 a 29</li> <li>- “Ansiedade baixa” – score entre 30 a 39 pontos</li> <li>- “Ansiedade moderada” – score entre 40 e 59 pontos</li> <li>- “Ansiedade elevada” – score entre 60 a 80 pontos</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Spielberger et al, 1983) (Silva &amp; Campos, 1998)</p>

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Zigmond & Snaith, 1989)

  - A escala é composta por duas subescalas, destinadas à avaliação da Ansiedade e da Depressão, cada uma integrando sete itens. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, cujas respostas são registadas numa escala ordinal de quatro pontos. A adaptação e validação para a população portuguesa foi realizada por Pais-Ribeiro et al. (2007) (Santos et al., 2021a).
- “Normal” – score entre 0 e 7 pontos
  - “Ansiedade leve” – score entre 8 e 10 pontos
  - “Ansiedade moderada” – score entre 11 a 14 pontos
  - “Ansiedade grave” – score entre 15 e 21 pontos

(Pais-Ribeiro et al., 2007)
- Resultado NOC “Nível de Ansiedade” (Moorhead et al., 2016)

  - Trata-se de um instrumento de heteroavaliação composto por 31 indicadores, utilizado para avaliar a Ansiedade. Cada indicador é avaliado pelo enfermeiro, numa revisão de cinco pontos (1 a 5), onde pontuações mais elevadas indicam um menor nível de ansiedade. Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Sampaio et al. (2018) (Santos et al., 2021a).
- 1 – “Ansiedade grave e incapacitante”
  - 2 – “Ansiedade moderada a grave”
  - 3 – “Ansiedade moderada”
  - 4 – “Ansiedade leve”
  - 5 – “Ausência de ansiedade”

(Sampaio et al., 2018b)
- Inventário de ansiedade de Beck (Beck et al., 1988a)

  - Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, constituído por 21 itens. A cada enunciado, o cliente deve assinalar a opção que melhor reflete a forma como se sentiu durante a última semana, incluindo o dia atual. A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Pinto-Gouveia & Fonseca, em 1995 (Santos et al., 2021a).
- “Ansiedade mínima” – score entre o 0 e 10 pontos
  - “Ansiedade leve” – score entre os 11 e 19 pontos
  - “Ansiedade moderada” – score entre os 20 e 30 pontos
  - “Ansiedade grave” – score entre os 31 e 63 pontos.

(Pinto-Gouveia & Fonseca, 1995)
- Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung (Zung et al, 1971)

  - Escala de autoavaliação destinada à mensuração da Ansiedade-Estado. É composta por enunciados que refletem sintomas e manifestações ansiosas, integrando 20 itens. A cada item corresponde uma escala de classificação de quatro níveis, em que pontuações mais elevadas indicam maior intensidade da
- “Normal” – score entre os 20 e 44 pontos
  - “Ansiedade leve” – score entre os 45 e 59 pontos
  - “Ansiedade moderada – score entre os 60 e 74 pontos
  - “Ansiedade grave” – score entre os 75 e 80 pontos

(Vaz-Serra et al, 1982)

<p>Ansiedade-Estado. A aferição para a população portuguesa foi conduzida por Vaz Serra et al. (1982) (Santos et al., 2021a).</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Ansiedade de Hamilton (Hamilton, 1959)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trata-se de um instrumento de heteroavaliação, constituído por 14 itens que contemplam um conjunto de manifestações sintomatológicas de natureza somática e psíquica. A atribuição de uma pontuação global, resultante da soma dos valores obtidos em cada item, permite determinar o nível de ansiedade apresentado pelo indivíduo. A versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Santos et al., em 2021 (Santos et al., 2021a).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Ansiedade leve” – score entre 0 a 17 pontos</li> <li>- “Ansiedade moderada” – cores entre 18 a 24 pontos</li> <li>- “Ansiedade grave” – score <math>\geq</math> 25 pontos (Hamilton, 1959)</li> </ul> <p>Nota: O estudo de Santos et al. (2021), que traduziu e validou a Escala de Ansiedade de Hamilton para a população portuguesa, não propõe pontos de corte específicos para o contexto nacional, recomendando cautela na interpretação e sugerindo mais investigações psicométricas (Santos et al, 2021a).</p>
<p><b>Diagnóstico:</b> Ansiedade (ESEP, 2025)</p>	
<p><b>Observações:</b> "Ansiedade ligeira" não é considerado um diagnóstico de Enfermagem, uma vez que, na maioria dos casos, não compromete significativamente a vida da pessoa. Deste modo, as opções diagnósticas disponíveis, tendo em conta o critério de gradiente, são "Ansiedade moderada" e "Ansiedade grave" (Sequeira &amp; Sampaio, 2020).</p>	
<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar a evolução da ansiedade</li> <li>• Diminuir ansiedade</li> <li>• Promover o autocontrolo: ansiedade</li> </ul>	<p><b>Intervenções:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evolução da ansiedade</li> <li>- Referenciar ansiedade ao médico</li> <li>- Executar técnica de relaxamento</li> <li>- Assistir cliente no treino de autocontrolo da ansiedade</li> <li>- Avaliar a evolução do autocontrolo da ansiedade</li> </ul> <p>(ESEP, 2025)</p>

Tendo por base o processo adaptativo e a taxonomia de enfermagem, foram identificados diagnósticos de enfermagem que evidenciam o potencial do indivíduo para desenvolver estratégias de autocontrolo da ansiedade. A Tabela 2 expõe os diagnósticos e intervenções face ao objetivo de promover o autocontrolo da ansiedade.

**Tabela 2 - Diagnósticos e intervenções do processo adaptativo face ao objetivo de promover o autocontrolo da ansiedade**

<b>Objetivo:</b> Promover o autocontrolo: ansiedade (ESEP, 2025)	
<p><b>Dados principais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade</li> <li>• Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> <li>• Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade</li> <li>• Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade</li> <li>• Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> <li>• Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; mas não é o momento próprio para intervir.</li> <li>- Necessita de ser melhorada para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir.</li> <li>- Facilitadora.</li> <li>- Desvalorização</li> <li>- Não dificultador</li> </ul> <p style="text-align: right;">(ESEP, 2025)</p>
<p><b>Instrumentos de apoio à tomada de decisão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado NOC “Autocontrolo da Ansiedade” (Moorhead et al., 2016) - Trata-se de um instrumento de heteroavaliação que visa avaliar a capacidade do indivíduo em controlar e gerir as suas respostas de ansiedade. É composto por um conjunto de indicadores comportamentais, avaliados numa escala de cinco pontos, em que pontuações mais elevadas indicam melhor autocontrolo da ansiedade. A versão adaptada e validada para a população portuguesa foi desenvolvida por Sampaio et al. (2018) (Sampaio et al., 2018b).</li> </ul>	<p><b>Crítérios de diagnóstico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Não estão definidos critérios específicos que permitam estratificar o diagnóstico “Autocontrolo da ansiedade comprometido” em distintos graus de gravidade (Sequeira &amp; Sampaio, 2020).</li> </ul>
<b>Diagnósticos e intervenções do processo adaptativo face ao objetivo</b> (Promover autocontrolo: ansiedade)	
<p><b>Diagnósticos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade</li> </ul>	<p><b>Intervenções</b></p> <p><b>Avaliar evolução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade</li> </ul> <p><b>Executar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização</li> <li>- Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade</li> </ul> <p><b>Avaliar evolução</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> </ul> <p><b>Informar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> <li>- Ensinar sobre estratégias de relaxamento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade</li> </ul>	<p><b>Avaliar evolução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade</li> </ul> <p><b>Executar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização</li> </ul> <p>Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade</li> </ul>	<p><b>Avaliar evolução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade</li> </ul> <p><b>Executar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização</li> <li>- Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> </ul>	<p><b>Avaliar evolução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> </ul> <p><b>Informar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Instruir estratégias de relaxamento</li> <li>- Treinar estratégias de relaxamento</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> </ul>	<p><b>Avaliar evolução</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade</li> </ul> <p><b>Executar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistir cliente a analisar o significado dificultador</li> </ul>
<p style="text-align: right;">(ESEP, 2025)</p> <p><b>Observações:</b> A intervenção visa dotar o cliente de competências para reduzir a ansiedade, recorrendo a estratégias eficazes de resolução de problemas (Sequeira &amp; Sampaio, 2020).</p>	

A área de intervenção constitui um vetor estruturante e diferenciador no domínio da ESMP, sendo amplamente reconhecida como um dos pilares do exercício profissional do enfermeiro especialista (Sampaio & Sequeira, 2020). Esta centralidade advém do facto de que, na prática clínica especializada, a distinção fundamental entre o enfermeiro generalista e o EEESMP reside, essencialmente, na mobilização de competências específicas para a prescrição, planeamento,

implementação e avaliação de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (OE, 2018). Assim, para além da competência acrescida na avaliação compreensiva da saúde mental da pessoa, é a capacidade para operacionalizar intervenções estruturadas e sistematizadas, ajustadas às necessidades identificadas e orientadas para diagnósticos de Enfermagem em Saúde Mental, que potencia a diferenciação do EEESMP e promove ganhos em saúde, conforme preconizado no Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (OE, 2023).

A distinção entre intervenção psicoterapêutica de Enfermagem e psicoterapia assume particular relevância no âmbito da ESMP, dado o uso por vezes impreciso e indiferenciado destes conceitos, que, contudo, se reportam a práticas de natureza distinta (Sampaio & Sequeira, 2020).

A psicoterapia é descrita como um processo sistemático e delimitado no tempo, no qual ocorre uma interação terapêutica entre uma pessoa em sofrimento psíquico e um profissional qualificado, com o objetivo de promover mudanças emocionais, cognitivas e comportamentais que diminuam esse sofrimento e promovam o bem-estar psicológico da pessoa (OE, 2023; Sampaio et al., 2018d). Esse processo fundamenta-se numa relação terapêutica estruturada e na aplicação de técnicas específicas, integradas num referencial teórico e metodológico próprio (por exemplo, psicanalítico, cognitivo-comportamental, humanista, sistémico, entre outros) (OE, 2023).

Por sua vez, a intervenção psicoterapêutica de Enfermagem refere-se à aplicação intencional e informada de técnicas psicoterapêuticas por EEESMP ou por enfermeiros com formação específica e certificação pela Ordem dos Enfermeiros (OE), integrada no processo de cuidados de Enfermagem e orientada por diagnósticos de Enfermagem em Saúde Mental (OE, 2023; Sampaio et al., 2018d).

Com o intuito de estruturar e uniformizar a aplicação da intervenção psicoterapêutica pelos EEESMP foi concebido um modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem, cuja finalidade primordial é servir como referencial normativo e metodológico para a sua implementação na prática clínica (Sampaio & Sequeira, 2020). O referido modelo, cuja eficácia foi demonstrada através de resultados favoráveis na abordagem do diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, estabelece uma estrutura orientadora que deve nortear a prática dos enfermeiros especialistas em ESMP na condução de qualquer intervenção psicoterapêutica que venham a implementar (Sampaio & Sequeira, 2020). Nesse sentido, a operacionalização das intervenções psicoterapêuticas deve cumprir os seguintes princípios (Sampaio et al, 2018d; Sampaio & Sequeira, 2020):

- A intervenção deve ser “estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial”;

- Deve ser sustentada pela relação terapêutica e pela comunicação interpessoal, reconhecendo a centralidade do vínculo estabelecido entre enfermeiro e utente como catalisador do processo de mudança;
- A definição das intervenções deve decorrer da identificação prévia de diagnósticos de Enfermagem, com base nas taxonomias de enfermagem, assegurando que as ações implementadas se orientem pelas necessidades específicas da pessoa;
- A duração da intervenção deve ser delimitada, situando-se entre três e doze sessões, permitindo conciliar a brevidade temporal com a profundidade da abordagem terapêutica;
- Os objetivos da intervenção devem ser definidos conjuntamente com a pessoa, visando a promoção da mudança ou a redução do sofrimento percebido, respeitando a sua autonomia e valorizando a corresponsabilização no processo terapêutico;
- Deve adotar uma abordagem integrativa, que permita a combinação dinâmica de técnicas oriundas de diferentes escolas da Psicoterapia, ajustadas à especificidade do diagnóstico de Enfermagem e às características da pessoa, assegurando respeito pelos princípios teóricos subjacentes a cada técnica aplicada;
- Pode ser desenvolvida em múltiplos contextos assistenciais, como o domicílio, a comunidade ou unidades de internamento, não se restringindo ao setting tradicional de consultório.

Face ao diagnóstico de Enfermagem “Ansiedade”, têm sido preconizadas diferentes abordagens de intervenção, fundamentadas na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), com o propósito de dar resposta às necessidades identificadas na pessoa (Sequeira & Sampaio, 2020). Sampaio et al., (2018c) deram um primeiro contributo estruturante ao identificarem um conjunto de intervenções aplicáveis neste contexto clínico, nomeadamente: Redução da Ansiedade, Melhoria do *Coping*, Terapia de Relaxamento, Aconselhamento, Assistência no Controlo da Raiva, Intervenção em Crise, Redução do Stress por Mudança e Histórias de Vida. Mais recentemente, e aprofundando esta linha de desenvolvimento, a OE (2023) destacou outras intervenções ajustadas a este diagnóstico, designadamente: Intervenção em Crise, Técnica de Mediação Artístico-Expressiva, Técnica de Resolução de Problemas, Terapia de Relaxamento e a Reestruturação Cognitiva.

Para além destas intervenções específicas, a Relação de Ajuda Profissional (RAP) destaca-se como uma intervenção psicoterapêutica autónoma, própria do domínio da Enfermagem (Sampaio & Sequeira, 2020), particularmente adequada para a abordagem da ansiedade (Coelho et al., 2020). A RAP configura-se como uma intervenção intencional e centrada na pessoa, orientada para o crescimento pessoal, o desenvolvimento da autonomia e a capacitação do indivíduo para lidar com

os desafios do seu cotidiano (Veiga & Vieira, 2018). Sustentada nos princípios humanistas de Carl Rogers (1961), esta abordagem valoriza a pessoa como agente ativo do seu processo de mudança, assumindo que esta detém os recursos necessários para encontrar as soluções mais adequadas às suas dificuldades, desde que inserida numa relação facilitadora e promotora de desenvolvimento (Veiga & Vieira, 2018; Coelho et al., 2020).

A eficácia da RAP assenta na qualidade da relação terapêutica, sustentada por três condições fundamentais: congruência (autenticidade do profissional), aceitação incondicional (não julgamento) e empatia (capacidade de compreensão profunda dos sentimentos do outro) (Veiga & Ferreira, 2017; Veiga & Vieira, 2018). Neste contexto, a RAP cria um espaço terapêutico onde a pessoa se sente compreendida, acolhida e legitimada nas suas emoções, favorecendo a expressão dos seus medos e preocupações (Coelho et al., 2020; Veiga & Vieira, 2018). Esse espaço seguro contribui para a redução da tensão emocional e para a atenuação dos sintomas ansiosos, possibilitando uma reinterpretação das dificuldades vividas e a identificação de novas estratégias de *coping* (Coelho et al., 2020). A diminuição da ansiedade surge não apenas pela resolução direta dos problemas que a originam, mas também pela construção de um suporte relacional estável, capaz de fortalecer a confiança da pessoa na sua capacidade para enfrentar as adversidades (Coelho et al., 2020).

A seleção das intervenções psicoterapêuticas mais adequadas deve ser sempre sustentada por uma avaliação clínica individualizada, na qual os dados obtidos durante a entrevista e a relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa assumem um papel determinante, por se revelarem fatores essenciais para assegurar a adequação e a eficácia da intervenção (Freitas, 2024).

A psicoeducação é definida como uma intervenção de natureza educacional e terapêutica, que visa capacitar a pessoa através do incremento do conhecimento sobre a sua condição de saúde, fomentando simultaneamente o desenvolvimento de estratégias de *coping* e o fortalecimento da autonomia e a qualidade de vida (Fortes et al., 2021). A psicoeducação assume especial pertinência na abordagem da ansiedade, dado que possibilita à pessoa a compreensão dos seus sintomas, a identificação dos mecanismos subjacentes e o acesso a estratégias de enfrentamento ajustadas à gestão do sofrimento psicológico (Porfírio, 2020). Este processo contribui para a redução da incerteza e do medo associado aos sintomas ansiosos, favorecendo a perceção de controlo sobre a situação vivenciada e promovendo ganhos na saúde mental (Porfírio, 2020). Apesar dos benefícios reconhecidos, os efeitos isolados da psicoeducação na redução da sintomatologia ansiosa revelam-se, por vezes, limitados, sendo a sua eficácia frequentemente potenciada quando combinada com outras abordagens, nomeadamente técnicas de relaxamento ou terapias como a *mindfulness* baseado na terapia cognitiva (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* - MBCT) (Fortes

et al., 2021). O *mindfulness* consiste numa prática de meditação que visa o desenvolvimento da atenção plena ao momento presente, sem julgamentos, promovendo a consciência das experiências internas e externas de maneira recetiva (Silva et al., 2022a). Essa técnica tem sido amplamente estudada e aplicada na área da saúde mental, sendo associada a melhorias na regulação emocional, redução do stress e alívio dos sintomas de ansiedade e depressão (Silva et al., 2022a).

No âmbito das intervenções interligadas à aplicação do programa ativaMente, a intervenção de enfermagem mais adequada foi a psicoeducação sobre AF e ansiedade, complementada pelo aconselhamento individualizado na aplicação do Guia de AF (DGS, 2018). Estas estratégias foram fundamentais para esclarecer os benefícios da AF, adaptar as recomendações às necessidades individuais e reforçar a autoeficácia dos participantes na adoção da AF como estratégia terapêutica para o controlo da ansiedade. A RAP, embora aplicada apenas a um participante do programa, que também foi um estudo de caso, revelou-se essencial ao proporcionar um acompanhamento mais aprofundado e individualizado. Através da escuta ativa e do suporte emocional (Sequeira, 2021), esta intervenção fortaleceu a motivação, auxiliou na gestão da ansiedade e incentivou a manutenção da prática regular de AF como estratégia terapêutica, promovendo uma adesão sustentada ao programa.

Na sequência da explanação sobre a intervenção psicoterapêutica, a psicoeducação e o *mindfulness*, enquanto estratégias dirigidas à pessoa com diagnóstico de Enfermagem de Ansiedade, revela-se pertinente evidenciar a importância da investigação em enfermagem na validação e consolidação destas práticas, assegurando que a sua aplicação clínica se fundamenta em evidência científica, melhore a qualidade dos cuidados e otimize os resultados em saúde (OE, 2006).

A investigação científica tem demonstrado que as intervenções psicoterapêuticas conduzidas por o EEESMP possuem um impacto significativo na redução da ansiedade em utentes de psiquiatria de ambulatório. Os estudos clínicos randomizados confirmam que estas abordagens resultam em benefícios substanciais para os clientes, especialmente quando combinadas com farmacoterapia (Sampaio et al., 2018c). Num estudo realizado em Portugal, adultos em acompanhamento psiquiátrico foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos: um grupo de intervenção, que recebeu psicofarmacoterapia combinada com intervenções psicoterapêuticas de enfermagem, e um grupo de controlo, que recebeu apenas farmacoterapia (Sampaio et al., 2018c). Os resultados evidenciaram que os participantes do grupo de intervenção apresentaram uma redução estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade e uma melhoria no autocontrolo da ansiedade, em comparação com o grupo de controlo (Sampaio et al., 2018c).

Adicionalmente, as revisões integrativas de Ribeiro et al. (2023a) e Pereira et al. (2023) evidenciam o papel fundamental do EEESMP na implementação de intervenções não farmacológicas para a abordagem do diagnóstico de enfermagem de ansiedade. Ribeiro et al. (2023a) destacam a eficácia das técnicas de relaxamento, como o relaxamento muscular progressivo, a imaginação guiada, a respiração controlada, o yoga e a meditação guiada, cuja integração com recursos tecnológicos, como a realidade virtual, potencia os seus efeitos imediatos e melhora a experiência terapêutica da pessoa. Os autores recomendam, ainda, que estas intervenções sejam potenciadas pela aplicação de sessões de psicoeducação, uma vez que estas facilitam a compreensão dos sintomas de ansiedade e das estratégias de controlo, promovendo uma maior adesão e autonomia da pessoa no processo terapêutico (Pereira et al., 2023; Ribeiro et al., 2023a). Por sua vez, Pereira et al. (2023) identificam outras intervenções, tais como o teleatendimento, a prática de AF, o suporte social, a espiritualidade e a adoção de hábitos de vida saudáveis. Estas evidências reforçam o contributo da investigação em enfermagem na consolidação do papel do EEESMP enquanto profissional-chave na promoção da saúde mental, capaz de implementar estratégias diversificadas e adaptadas às necessidades da pessoa, sobretudo em contextos de crise, como a pandemia da COVID-19 (Pereira et al., 2023).

Importa salientar que o yoga, enquanto prática integrativa, se insere claramente no domínio das atividades físicas, na medida em que integra posturas corporais que exigem força, flexibilidade, equilíbrio e coordenação motora (Dutta et al., 2022; Salmon et al., 2009). Neste sentido, a evidência tem demonstrado a eficácia de programas estruturados de yoga no controlo da ansiedade e na promoção do bem-estar geral (Dutta et al., 2022). Paralelamente, a literatura indica que programas de AF (nomeadamente o exercício aeróbio e o treino de resistência), especificamente delineados para adultos com perturbações mentais, têm revelado resultados positivos na redução dos sintomas de ansiedade e do bem-estar psicológico (Martland et al., 2023) (Singh et al., 2023). No entanto, importa destacar que, na pesquisa realizada, não foram identificados programas de AF conduzidos ou orientados especificamente por o EEESMP, evidenciando uma possível lacuna na prática ou na produção científica em enfermagem.

Em síntese, o EEESMP destaca-se pela capacidade de avaliar e intervir de forma especializada nas respostas emocionais e comportamentais da pessoa com ansiedade, mobilizando competências avançadas na prescrição e implementação de intervenções terapêuticas ajustadas aos diagnósticos de enfermagem. A sua prática, alicerçada no processo de enfermagem e orientada por evidência científica, é reforçada pela utilização de linguagem padronizada (CIPE® e Ontologia de Enfermagem), assegurando a qualidade, segurança e personalização dos cuidados, e evidenciando o impacto positivo dos cuidados de enfermagem na saúde mental das pessoas.

### **3. ANÁLISE DO PROCESSO DE CUIDADOS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS**

A intervenção do enfermeiro pode assumir uma dimensão autónoma ou interdependente, exigindo uma tomada de decisão consciente, sistemática e baseada em evidência científica (Ribeiro et al., 2018). A prática clínica envolve a identificação de problemas, a prescrição de intervenções e a implementação de cuidados que antecipem complicações e respondam de forma eficaz às necessidades dos clientes.

Este capítulo descreve o processo de tomada de decisão nos três contextos de ensino realizados. Os Anexos I, II e III apresentam os planeamentos das sessões desenvolvidas em cada um dos respetivos estágios.

#### **3.1. Contexto dos Cuidados na Comunidade**

O estágio da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) decorreu de 16 setembro a 16 de outubro do presente ano, com a duração de 125 horas, sob a orientação tutorial do EEESMP. A UCC dispunha de recursos físicos e materiais que suportavam de forma eficaz o desenvolvimento das atividades planeadas no âmbito deste relatório.

##### **3.1.1. Caracterização do Contexto Clínico**

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar que inclui enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, de acordo com os recursos disponíveis e as necessidades da comunidade. Através da UCC, o agrupamento de centros de saúde participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipe coordenadora local.

A referenciação para a UCC pode ser efetuada pelas diversas Unidades Funcionais, pelas instituições da rede social, pelo próprio cliente ou outra pessoa por quem se faça representar ou,

ainda, no caso das referencianções para a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Podem ainda ser referenciados para a UCC os utentes que, não estando inscritos nas Unidades de Saúde Familiar (USF), frequentem qualquer uma das escolas da Comunidade Escolar da área de influência da UCC e que possam ser alvo de intervenção no presente ano letivo.

A UCC tem como objetivos gerais para os clientes facilitar a aquisição de vida saudável ao longo do ciclo de vida; prestar cuidados de saúde nas situações agudas e nas exacerbações das situações crónicas, apoiar o papel do prestador de cuidados; restabelecer a capacidade funcional e cognitiva de pessoas com potencial para o efeito.

A UCC tem alguns projetos em desenvolvimento, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, que se focam nos seguintes aspetos:

- Apoio aos Cuidadores, este projeto tem como objetivo fornecer suporte a cuidadores e reconhece a importância de manter a saúde mental daqueles que dedicam o seu tempo ao cuidado dos outros. Inclui várias iniciativas destinadas a oferecer apoio psicológico, formação e recursos para melhorar o bem-estar dos cuidadores.
- Apoio psicológico durante a amamentação, este projeto foca-se em fornecer suporte psicológico às mães durante o período de amamentação e visa prevenir e tratar possíveis problemas de saúde mental associados a esta fase de transição.
- Apoio psicológico durante a parentalidade, este projeto aborda as questões psicológicas que podem surgir durante a parentalidade e oferece apoio e recursos para auxiliar os pais a lidar com os desafios emocionais e psicológicos que acompanham a criação dos filhos.
- Educação para a saúde em idosos: em parceria com uma universidade sénior, este projeto oferece sessões de psicoeducação aos idosos sobre temas variados como a alimentação saudável, a AF, a sexualidade, as demências e a sua prevenção, a prevenção de quedas e o uso de tecnologia e as ferramentas digitais.
- Estimulação cognitiva para pessoas com demência: este projeto visa desenvolver habilidades cognitivas e psicossociais em pessoas com demência. As atividades incluem manuais semanais com desafios diários de estimulação, dinâmicas de grupo, treino de comunicação e assertividade, resolução de problemas em grupo, além de atividades de socialização e interação.

### **3.1.2. Objetivos**

A formulação precisa de objetivos é fundamental para direcionar as atividades desenvolvidas durante o estágio, servindo como base para a aquisição das competências comuns e específicas necessárias à formação do EEESMP, conforme estabelecido no Regulamento n.º 515/2018 da OE (OE, 2018). No contexto clínico comunitário, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos:

#### Objetivos Gerais:

- Atuar em conformidade com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, assegurando que os cuidados prestados respeitem os direitos humanos e as responsabilidades inerentes à profissão de enfermagem.
- Observar e analisar as iniciativas estratégicas institucionais em saúde mental no contexto comunitário, visando adquirir conhecimentos que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.
- Fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, sustentando a prática clínica em evidências científicas atualizadas e participando em programas de melhoria contínua da qualidade.
- Garantir que todas as intervenções de enfermagem promovam a dignidade, autonomia e respeito pelos indivíduos, famílias e comunidades atendidas.
- Participar na criação e manutenção de espaços que promovam o bem-estar físico e emocional dos utentes e profissionais, assegurando a confidencialidade e privacidade nas intervenções em saúde mental.
- Observar e compreender as dinâmicas de liderança e a gestão eficiente dos recursos disponíveis, adaptando-se às especificidades do ambiente comunitário para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

#### Objetivos Específicos:

- Refletir sobre as experiências vivenciadas durante o estágio para aprofundar o autoconhecimento e aprimorar as competências enquanto EEESMP.
- Desenvolver e aplicar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais que atendam às necessidades específicas da população-alvo, promovendo ganhos em saúde e evitando qualquer forma de sofrimento.
- Criar estratégias que permitam ajustar o conteúdo e a dinâmica das sessões às particularidades de cada indivíduo, considerando o seu contexto pessoal e familiar.

- Aperfeiçoar a capacidade de interpretar e responder adequadamente às expressões verbais e não verbais dos indivíduos, facilitando uma comunicação empática e eficaz.
- Estabelecer vínculos terapêuticos baseados na confiança e respeito mútuo, essenciais para o sucesso das intervenções em saúde mental.
- Otimizar a duração das entrevistas individuais e das sessões de grupo, garantindo que os objetivos terapêuticos sejam alcançados de forma eficiente.
- Fortalecer a flexibilidade e a resiliência perante desafios ou alterações inesperadas durante o ensino clínico, mantendo a qualidade dos cuidados prestados.
- Integrar as orientações recebidas dos supervisores e colegas para aprimorar continuamente as abordagens teóricas e práticas adotadas.
- Aplicar intervenções inovadoras e adaptadas às necessidades dos indivíduos, tornando as sessões mais envolventes e eficazes.
- Elaborar planos de cuidados que respondam às necessidades específicas de cada pessoa, considerando a sua disponibilidade e contexto de vida.
- Realizar um estudo de caso tendo em conta o processo de enfermagem.
- Implementar intervenções psicoterapêuticas em grupo e/ou individuais adequadas às necessidades dos participantes, promovendo a expressão emocional, a resolução de problemas e o desenvolvimento de competências sociais.
- Utilizar instrumentos de avaliação e feedback dos participantes para monitorizar o progresso e ajustar as estratégias terapêuticas conforme necessário.
- Desenvolver e aplicar iniciativas que capacitem os indivíduos a gerir eficazmente a sua saúde mental, promovendo a literacia em saúde e combatendo o estigma associado.

### **3.1.3. Contextualização**

O Programa ativaMente foi inicialmente concebido para adultos, prevendo que os enfermeiros das USF encaminhassem para a UCC utentes adultos com o diagnóstico de enfermagem de ansiedade, identificado no programa SClinico®. Contudo, apesar de alguns candidatos preencherem os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, verificou-se que a maioria destes indivíduos, com idades compreendidas entre os 25 e os 60 anos, enfrentava dificuldades em comparecer às sessões devido aos seus compromissos laborais. Não obstante, manifestavam um interesse significativo em

participar no programa, reconhecendo a pertinência da temática face às suas experiências pessoais.

Paralelamente, em articulação com a enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia, foi identificado que, nas aulas de preparação para o parto, diversas grávidas apresentavam igualmente diagnóstico de enfermagem de ansiedade e, em simultâneo, a maioria não praticava AF regular. Reconhecendo a oportunidade de intervenção, esta profissional forneceu uma listagem de grávidas, entre as 30 e as 35 semanas de gestação, que preenchiam os critérios de inclusão do Programa ativaMente.

A adaptação do público-alvo permitiu ajustar o programa às necessidades específicas das grávidas com ansiedade, promovendo a saúde mental e incentivando a prática de AF durante a gravidez. Este período representa uma transição significativa na vida da mulher, assinalando o início de uma nova fase caracterizada por transformações biológicas, psicológicas e sociais (Huizink et al., 2017).

No âmbito da Teoria das Transições de Afaf Meleis, a gravidez é considerada uma transição Desenvolvimental, uma vez que representa uma mudança previsível na trajetória de vida (Meleis, 2010). Esta transição exige adaptações que podem gerar sentimentos ambivalentes, oscilando entre a expectativa positiva e o receio do desconhecido (Huizink et al., 2017). Algumas mulheres experienciam a gravidez como uma fonte de felicidade, satisfação e autorrealização, enquanto outras podem enfrentar desafios emocionais que afetam a sua saúde mental, nomeadamente o desenvolvimento de ansiedade (Leles et al., 2023).

Na literatura, o conceito de ansiedade na gravidez surge frequentemente associado ao medo e ao stress, o que pode gerar confusão terminológica. No entanto, é fundamental reforçar que, apesar de interligados, estes são conceitos distintos, cada um com características e implicações próprias. Apesar dos conceitos ansiedade e o medo já terem sido previamente definidos, importa clarificar que o medo durante a gravidez pode surgir em situações específicas, como a preocupação com o parto, receios relacionados com malformações fetais ou experiências obstétricas anteriores traumáticas (Costa et al., 2005; Leles et al., 2023; Rubertsson et al., 2014). Já a ansiedade em contexto gestacional, manifesta-se frequentemente como preocupação irracional sobre a saúde do bebé, o parto e a adaptação ao papel materno (Glover, 2014; Rubertsson et al., 2014). O stress refere-se à resposta do organismo a desafios externos, podendo ser desencadeado por fatores como exigências laborais, dificuldades económicas ou mudanças na dinâmica familiar (Field, 2017; Traylor et al, 2020).

A ansiedade é um dos estados emocionais mais prevalentes durante a gravidez, afetando cerca de 25% das mulheres grávidas em Portugal e estando frequentemente associada a níveis elevados de

stress (Almeida, 2021). O medo do parto, especialmente quando assume a forma de tocofobia - um temor intenso e incapacitante -, afeta aproximadamente 10% das grávidas (Azevedo, 2021). Além disso, a sintomatologia ansiosa durante a gestação representa um fator de risco para o desenvolvimento de depressão perinatal, cuja prevalência varia entre 7% e 25% durante a gravidez e entre 10% e 20% no período pós-parto (Navarro, 2023). Embora distintos, estes estados emocionais podem coexistir e interagir, impactando tanto o bem-estar materno quanto o desenvolvimento fetal (Biaggi et al., 2016; Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Navarro, 2023; O'Connell et al., 2017; Traylor et al., 2020).

Dado o impacto significativo da ansiedade na saúde materna e fetal, torna-se essencial diferenciá-la do medo e do stress, permitindo um diagnóstico de enfermagem mais preciso e a implementação de intervenções adequadas para promover o equilíbrio emocional durante a gravidez. Embora o medo e o stress possam igualmente comprometer o bem-estar materno-fetal, a ansiedade distingue-se pela sua elevada prevalência e tendência a persistir ao longo da gestação, sendo um fator preditor de perturbações emocionais no pós-parto (Biaggi et al., 2016; Glover, 2014; Navarro, 2023).

A exposição prolongada à ansiedade pode desencadear respostas fisiológicas adversas, como a ativação excessiva do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA), levando a um aumento da produção de cortisol e outras hormonas associadas ao stress. Estas alterações bioquímicas podem afetar o equilíbrio emocional da mãe, bem como o ambiente intrauterino, interferindo no desenvolvimento fetal (Almeida, 2021; Conde & Figueiredo, 2005).

A nível materno, a ansiedade pode contribuir para sintomas físicos, perturbações emocionais e comportamentos de risco, enquanto no bebé pode estar associada a crescimento intrauterino restrito, parto prematuro e alterações no neurodesenvolvimento (Conde & Figueiredo, 2005; Van den Bergh et al., 2018). A Tabela 3 apresenta uma síntese dos impactos da ansiedade na saúde materna e fetal, organizados de acordo com diferentes dimensões afetadas.

**Tabela 3 - Impactos da ansiedade na saúde materna e fetal**

Impactos da ansiedade na saúde materna e fetal		
Dimensão	Saúde Materna	Saúde Fetal
Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento dos níveis de cortisol e adrenalina.</li> <li>- Tensão muscular, fadiga e dores de cabeça.</li> <li>- Alterações gastrointestinais (náuseas, indigestão).</li> <li>- Insónia e perturbações do sono.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restrição do crescimento fetal.</li> <li>- Maior risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer.</li> <li>- Maior vulnerabilidade a problemas metabólicos e cardiovasculares na infância.</li> </ul>

	- Maior risco de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia.	
Emocional	- Maior risco de depressão perinatal. - Dificuldades na vinculação materno-fetal. - Sentimentos de insegurança, culpa e baixa autoestima. - Maior vulnerabilidade ao stress pós-parto.	- Maior reatividade emocional e dificuldades na regulação do choro. - Sensibilidade aumentada ao stress após o nascimento. - Predisposição para perturbações emocionais na infância, incluindo ansiedade e depressão.
Comportamental	- Menor adesão ao acompanhamento pré-natal. - Alterações nos padrões alimentares (compulsão alimentar ou restrição de nutrientes). - Maior risco de consumo de substâncias prejudiciais (tabaco, álcool, cafeína). - Evitação social e isolamento.	- Maior predisposição para dificuldades de atenção e hiperatividade em idade escolar. - Problemas de sono nos primeiros anos de vida. - Possível impacto na cognição e no desenvolvimento psicomotor.

Adaptado de Almeida (2021); Biaggi et al. (2016); Conde & Figueiredo (2005); Glover (2014); Jin et al (2024); Leles et al. (2023); Miranda (2014); Nascimento et al. (2014); O'Donnell et al. (2009); Silva et al. (2022b); Silva et al. (2021); Stone (2015); Van den Bergh et al. (2018)

A ansiedade materna influencia diversas dimensões do período pós-parto, afetando o bem-estar psicológico, a adaptação à parentalidade e os cuidados ao recém-nascido. Níveis elevados de ansiedade podem reduzir a autoeficácia materna, comprometendo a confiança da mulher no cuidado ao bebé e na tomada de decisões seguras (Abuchaim et al., 2023). Este impacto é evidente na amamentação, onde mães ansiosas tendem a ter menor confiança na sua capacidade de amamentar, o que pode dificultar o sucesso desse processo (Abuchaim et al., 2023). Assim, a gestão eficaz da ansiedade durante a gravidez e o pós-parto é essencial para mitigar os impactos anteriormente descritos e promover um ambiente mais equilibrado para mãe e bebé. Segundo a Teoria da Transições, este processo exige adaptação contínua, permitindo que a mulher não apenas enfrente os desafios da maternidade, mas também progrida para a mestria deste novo papel, fortalecendo sua autoeficácia e bem-estar emocional (Meleis, 2010).

A ansiedade na gravidez pode ser atenuada por meio de diversas intervenções, com destaque para abordagens psicoterapêuticas (Alves et al, 2024; Benincasa et al., 2021; Coelho et al, 2023), psicoeducação (Benincasa et al., 2021), *mindfulness* (Oliveira, 2024; Pimenta et al., 2024) e a recomendação de AF (Panelli et al., 2024; Castro et al., 2024). Entre estas estratégias, destacam-se a psicoeducação sobre a ansiedade e a AF, bem como a recomendação de AF durante a gestação, pois estas intervenções assumem um papel central no programa ativaMente.

A revisão sistemática de Benincasa et al. (2021) evidencia a eficácia das intervenções de psicoeducação na gravidez, tanto individuais como em grupo, ao abordarem aspetos fundamentais

como por exemplo, o vínculo mãe-bebê, as mudanças conjugais, as modalidades de parto e a amamentação. Estas intervenções não só reduzem a ansiedade, como também fortalecem a rede de apoio e facilitam a adaptação materna ao período puerperal.

Para apoiar a adoção de um estilo de vida ativo, foi aplicado o guia de AF (DGS, 2018) que está alinhado com as diretrizes do American College of Sports Medicine (ACSM), que recomendam durante a gravidez a realização de, pelo menos, 150 minutos de AF moderada por semana, distribuídos ao longo de vários dias (Santos et al., 2022; Silva, 2019). Seguidamente, serão apresentados os benefícios da AF na gravidez, reforçando a relevância desta intervenção na gestão da ansiedade durante este período.

Na gravidez, a execução de exercícios aeróbicos moderados, como caminhadas e yoga, demonstram ser eficazes na redução dos níveis de cortisol e na promoção do bem-estar emocional (Lin et al., 2022). Os exercícios de baixo impacto, como a natação, são particularmente benéficos por contribuírem para a redução das dores neuro-musculoesqueléticas e promoverem o relaxamento (Mottola et al., 2018).

A evidência científica sugere ainda que a prática regular de AF durante a gravidez está associada à redução dos níveis de ansiedade e depressão (Kołomańska-Bogucka & Mazur-Bialy, 2019; Kowalska, 2023; Lin et al., 2022; Panelli et al., 2024), além de contribuir para a melhoria da qualidade do sono (Yang et al., 2020). Além disso, a revisão sistemática de Kołomańska-Bogucka & Mazur-Bialy (2019) também demonstrou que a prática de exercícios ao longo da gravidez e no período pós-parto reduz o risco de depressão pós-parto e tem um impacto positivo na autoimagem, autoestima e humor materno (Silva, 2019).

Além disso, evidências obtidas por Kowalska (2023) reforçam a importância do suporte social e da prática de AF antes e durante a gravidez como fatores que diminuem os níveis de stress e ansiedade. As grávidas que participaram nas aulas de preparação para o parto e mantiveram uma rotina ativa antes da concepção apresentaram menores níveis de stress percebido e ansiedade ao longo da gravidez (Kowalska, 2023).

Em complemento, pesquisas experimentais em modelos animais corroboram os efeitos positivos da AF na saúde mental materna. Naghibi et al. (2022) observaram que a prática de exercício físico durante a gestação e o pós-parto reduziu os sinais de ansiedade e depressão, associando esses efeitos a modificações neuroquímicas, como o aumento dos níveis de ocitocina e serotonina. Os autores sugerem, no entanto, que são necessários mais estudos para compreender de que forma esses mecanismos neurobiológicos podem ser traduzidos em intervenções eficazes para humanos (Naghibi et al, 2022).

Além dos benefícios psicológicos, a AF durante a gravidez promove melhorias na saúde materna e fetal. Entre os benefícios para a mãe, destacam-se a redução do risco de diabetes gestacional, o controle da hipertensão e a melhora da resistência cardiovascular (Castro et al., 2024). O impacto da AF na saúde mental durante a gravidez também se reflete na regulação da pressão arterial. Segundo Yan et al. (2020), a prática regular de exercício está associada à redução da pressão arterial sistólica, sendo que os sintomas de ansiedade atuam como mediadores dessa relação. Assim, a diminuição do estado ansioso pode favorecer a estabilização hemodinâmica ao longo da gestação. Para o bebê, a prática regular de AF durante a gestação desempenha um papel essencial na programação fetal, estando associada a um melhor desenvolvimento neurológico até aos 12 meses de idade, bem como à redução do risco de desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta (Correia, 2017; Silva, 2019).

Apesar dos benefícios comprovados da AF na saúde mental e física durante a gravidez, estudos como o de Santos et al. (2022) destacam a necessidade de uma compreensão mais aprofundada dos fatores que influenciam a adesão à sua prática, uma vez que apenas 21,4% das participantes analisadas seguiam as diretrizes recomendadas. A baixa adesão é atribuída, principalmente, à falta de conhecimento, crenças limitantes e barreiras como fadiga, sobrecarga de responsabilidades e restrições físicas (Miranda, 2014). Ainda assim, segundo Santos et al. (2022), essa adesão reduzida não teve impacto significativo nos desfechos neonatais, como a baixa de peso ao nascer ou idade gestacional, sugerindo que os principais benefícios da AF se refletem sobretudo na saúde e no bem-estar materno.

Em resumo, a literatura evidencia que a AF na gravidez promove a saúde mental materna, reduzindo os sintomas de ansiedade e depressão, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê. Contudo, desafios como a baixa adesão e barreiras emocionais dificultam sua implementação, ressaltando a importância de estratégias para estimular sua prática. Também, a escassez de ensaios clínicos que avaliem programas específicos de AF para redução da ansiedade na gravidez aponta a necessidade de estudos futuros para aprofundar o conhecimento sobre seus benefícios.

#### **3.1.4. Avaliação das Necessidades**

A avaliação inicial foi conduzida com o objetivo de caracterizar detalhadamente o perfil das participantes e compreender a sua relação com a ansiedade e a AF. Para isso, foram aplicados

diversos instrumentos, incluindo a entrevista semiestruturada, o Inventário de Ansiedade STAI-Y (Silva & Campos, 1998), os indicadores NOC de autocontrolo da ansiedade (Sampaio et al., 2018b), o questionário de conhecimento sobre ansiedade e AF, e o questionário do nível de AF e sedentarismo (DGS, 2018). Este processo foi desenvolvido segundo um cronograma previamente estabelecido, assegurando que todas as etapas do programa ativaMente foram implementadas conforme planeado. A realização desta avaliação revelou-se essencial para assegurar que a intervenção fosse ajustada às especificidades das participantes, aumentando a sua adequação e potencial impacto.

O recrutamento das participantes iniciou-se com a sinalização de potenciais candidatas pela enfermeira de saúde materna e obstetrícia, que identificou 20 grávidas com o diagnóstico de enfermagem de ansiedade e que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Posteriormente, procedeu-se ao convite ativo das participantes para integrarem o programa ativaMente. A apresentação do programa decorreu durante as aulas de grupo de preparação para o parto, seguida de um contacto telefónico para avaliar a disponibilidade de participação.

Das 20 grávidas contactadas, sete demonstraram interesse em participar no programa. A recolha de dados da avaliação inicial foi realizada de forma individual e presencial com todas as participantes. No entanto, devido a incompatibilidades com a rotina profissional, uma das participantes não conseguiu frequentar as sessões de intervenção, resultando numa amostra final de seis participantes.

Os dados sociodemográficos (Tabela 4, Anexo I) indicaram que todas as participantes eram primigestas, com idades entre os 28 e os 35 anos. A maioria encontrava-se em união de facto e possuía formação superior, exercendo profissões nas áreas da saúde, gestão, engenharia e direito. A idade gestacional variava entre as 31 e as 35 semanas. Importa ainda referir que todas as participantes eram saudáveis, sem complicações médicas que impedissem a prática de AF ou a participação no programa, o que reforça a adequação da intervenção a este perfil de grávidas.

Os resultados da entrevista semiestruturada (Tabela 5, Anexo I) revelaram que a ansiedade foi predominantemente associada a sintomas físicos, como palpitações, dificuldades respiratórias e queixas gastrointestinais, enquanto os sintomas emocionais ou sociais foram pouco mencionados. O principal fator desencadeador dessa ansiedade foi a preocupação com o parto e a saúde do bebé. Além disso, surgiram inquietações sobre o período pós-parto, especialmente relacionadas à capacidade de cuidar do recém-nascido e à adaptação à maternidade. Também foram identificadas apreensões sobre o futuro, incluindo o equilíbrio entre vida pessoal e profissional e a segurança do

bebé a longo prazo (saúde, bem-estar, condições de vida e capacidade dos pais para garantir um ambiente seguro e estável).

Relativamente às estratégias de gestão da ansiedade, a maioria das participantes destacou a prática de AF como principal recurso, enquanto outras mencionaram o uso de técnicas de respiração, a manutenção de uma rotina de sono e a aplicação de estratégias de *mindfulness* ou atenção plena.

Apesar de todas reconhecerem o impacto positivo da AF na ansiedade, apontaram como principais barreiras à sua prática a falta de tempo e de motivação, bem como algumas limitações físicas ou de saúde. Quanto às expectativas em relação à participação no programa, os benefícios mais referidos incluíram um maior controlo da ansiedade, um aumento do bem-estar físico e uma redução dos níveis de stress.

A aplicação do Inventário de Ansiedade STAI-Y (Silva & Campos, 1998) (Tabela 6, Anexo I) permitiu caracterizar os níveis de ansiedade estado e ansiedade traço dos participantes antes da intervenção. Para facilitar a visualização dos níveis de ansiedade, optou-se por utilizar um sistema de cores que permite uma interpretação imediata dos resultados do Inventário de Ansiedade STAI-Y (Silva & Campos, 1998). A classificação é organizada em três categorias: verde ( $\leq 39$  pontos) – indica baixa ansiedade; amarelo (40 - 59 pontos) – corresponde a um nível de ansiedade moderada e vermelho ( $\geq 60$  pontos) – representa ansiedade elevada (Silva & Campos, 1998).

Os resultados demonstram que todas as participantes apresentavam, à data da primeira avaliação, valores compatíveis com ansiedade moderada na dimensão estado, com scores que variavam entre 45 e 51 pontos. Este padrão sugere que, no momento da recolha de dados, os participantes relataram níveis relevantes de ansiedade situacional, sem atingir valores indicativos de uma ansiedade elevada.

No que respeita à ansiedade de traço, verificou-se uma maior variabilidade entre os participantes, com scores entre 38 e 51 pontos. A maioria situou-se no patamar de ansiedade moderada, exceto três participantes que registaram um nível de baixa ansiedade traço. Estes dados indicam que, para a maioria das grávidas, a ansiedade não era apenas circunstancial, mas representava uma característica relativamente estável do seu funcionamento emocional.

Ao analisar a relação entre a ansiedade estado e traço, constata-se que os participantes com valores mais elevados na ansiedade traço também apresentavam valores mais altos na ansiedade estado. Este dado sugere que os indivíduos com maior predisposição para a ansiedade tendem a manifestá-la mais intensamente em situações específicas, reforçando a importância de estratégias

direcionadas tanto para a gestão da ansiedade momentânea quanto para a modificação de padrões mais duradouros.

Com base nas necessidades identificadas durante a entrevista, foi também incorporado o Indicador NOC de Autocontrolo da Ansiedade (ver Tabela 7, Anexo I), por ser o único instrumento validado para a população portuguesa que permite avaliar o autocontrolo da ansiedade (Sampaio et al., 2018b). A sua inclusão, embora não prevista inicialmente no delineamento do programa, revelou-se essencial, uma vez que os dados recolhidos evidenciaram dificuldades significativas na regulação emocional das participantes em momentos de maior tensão.

Analisando os dados obtidos do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade (Sampaio et al., 2018b), optou-se por selecionar os indicadores em que as participantes demonstraram maior dificuldade na avaliação inicial, ou seja, aqueles que foram mencionados como sendo raramente ou apenas ocasionalmente utilizados como estratégias para gerir a ansiedade, nomeadamente:

- Monitoriza a intensidade de ansiedade;
- Elimina percussores da ansiedade;
- Planeia estratégias de enfrentamento para situações stressantes;
- Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento;
- Controla a respiração quando ansiosa;
- Mantém as relações sociais.

A avaliação inicial do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade (Sampaio et al., 2018b) confirmou dificuldades significativas na gestão da ansiedade. A maioria das participantes demonstrou uma perceção reduzida da sua ansiedade, com 42,9% raramente monitorizando a sua intensidade. Estratégias preventivas, como a eliminação de precursores da ansiedade e o planeamento de estratégias de enfrentamento, também se revelaram pouco desenvolvidas, refletindo uma abordagem mais reativa do que proativa face à ansiedade. Além disso, o uso de estratégias adaptativas de *coping* mostrou-se insuficiente (42,9% raramente as utilizavam), e o controlo da respiração, essencial para a regulação emocional, foi demonstrado de forma inconsistente, o que pode justificar a prevalência de sintomas fisiológicos relatados na entrevista.

A avaliação de conhecimentos sobre AF e ansiedade (Tabela 8, Anexo I) foi aplicada com o objetivo de aferir o nível de conhecimento prévio sobre estes temas. O questionário era composto por 23 questões de resposta verdadeira, falsa ou “não sei”, abordando conceitos fundamentais da AF e a sua relação com a saúde mental. A pontuação foi atribuída com base num sistema binário, em que

cada resposta correta recebeu um ponto, enquanto respostas incorretas ou "não sei" foram valorizadas com zero pontos. A pontuação obtida em cada questão foi posteriormente convertida em percentagem, possibilitando a análise comparativa do desempenho das participantes.

Os resultados evidenciaram um nível de conhecimento heterogêneo entre os participantes. Algumas questões apresentaram uma taxa de acerto de 100%, revelando um conhecimento sólido sobre temas como a definição geral de AF, os seus benefícios, o impacto da AF na ansiedade e as barreiras mais comuns à sua prática. No entanto, verificaram-se dificuldades em relação às diretrizes e recomendações formais.

Foram identificadas lacunas no conhecimento relativamente à distinção entre as atividades do quotidiano, como subir escadas ou permanecer mais tempo em pé, e a prática estruturada de AF. A maioria das participantes não reconheceu que estas atividades também fazem parte da AF, resultando numa taxa de apenas 43% de respostas corretas, o que evidencia uma perceção limitada sobre o conceito de AF e a sua abrangência. Da mesma forma, verificou-se um desconhecimento significativo sobre a recomendação da OMS de pelo menos 150 minutos de AF moderada e regular por semana (43% de respostas corretas) e sobre a definição de comportamento sedentário (42,9% de respostas corretas). Além disso, apenas 43% dos participantes responderam corretamente à questão sobre a eficácia da combinação de exercícios aeróbicos e de força na redução da ansiedade, demonstrando a necessidade de maior esclarecimento sobre este tema.

Por outro lado, algumas questões evidenciaram um nível de conhecimento intermédio, com taxas de acerto entre 70% e 85%. Neste grupo, destacam-se o reconhecimento dos efeitos nocivos da inatividade física, comparáveis ao consumo excessivo de álcool e tabaco (71,4%), a compreensão da relação entre a prática de AF e a redução do risco de diabetes tipo 2 (85,7%) e o conhecimento sobre as causas multifatoriais da ansiedade (85,7%). Além disso, a importância da AF na promoção da saúde mental (85,7%) e os benefícios adicionais da prática ao ar livre (85,7%) foram amplamente reconhecidos pelas participantes.

Os dados obtidos indicam que, embora as participantes possuam um conhecimento consistente sobre os benefícios gerais da AF e a sua relação com a saúde mental, persistem lacunas no entendimento das diretrizes oficiais e recomendações específicas. Estes resultados reforçam a necessidade de intervenções de psicoeducação focadas na divulgação das recomendações internacionais para a promoção de um estilo de vida ativo, bem como na clarificação de conceitos fundamentais sobre AF e ansiedade.

Por fim, foi aplicado o questionário de avaliação do nível de AF e comportamento sedentário (Tabela 9, Anexo I), disponibilizado no Guia de AF (DGS, 2018), que é uma ferramenta composta por três

questões que visam aferir a prática de AF e o tempo despendido em comportamentos sedentários pelos indivíduos (DGS, 2018). Este instrumento está integrado no sistema informático SClínico®, utilizado nos cuidados de saúde primários e hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS), permitindo aos profissionais de saúde registarem e monitorizarem os níveis de AF e sedentarismo dos utentes (DGS, 2018).

As três questões que constituem o questionário são: “Quantos dias por semana realiza AF de intensidade moderada ou vigorosa?”; “Em média, quantos minutos por dia dedica a essa AF?” e “Quantas horas por dia, em média, passa sentado ou reclinado, excluindo o período de sono?” (DGS, 2018).

A interpretação dos dados obtidos por este questionário deve considerar o nível de motivação para a adoção da AF, uma vez que a sua aplicação segue uma abordagem baseada no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Prochaska & DiClemente, 1983). Assim, os resultados permitem não apenas aferir o nível de AF dos participantes, mas também orientar estratégias personalizadas, ajustadas ao seu estágio de mudança (ver secção 2.3.4), garantindo uma intervenção mais eficaz.

A Tabela 9, disponível no Anexo I, foi elaborada com base no sistema de cores utilizado no questionário de nível de AF e comportamento sedentário, permitindo uma interpretação visual imediata dos resultados. Este sistema classifica os participantes de acordo com os níveis de AF e o tempo diário em comportamento sedentário, utilizando três categorias de cor (DGS, 2018):

- Nível de AF: verde - cumpre as recomendações da OMS, ou seja, pelo menos 150 minutos de AF de intensidade moderada por semana; amarelo - pratica alguma AF, mas não atinge os 150 minutos semanais recomendado; vermelho - não realiza qualquer AF semanal.
- Comportamento Sedentário: verde - passa menos de 4 horas por dia em comportamento sedentário; amarelo - passa entre 4 a 7 horas por dia em comportamento sedentário; vermelho - passa 8 ou mais horas por dia em comportamento sedentário.

A avaliação inicial do nível de AF e do comportamento sedentário dos participantes revela padrões heterogéneos, evidenciando a necessidade de estratégias individualizadas direcionadas para a promoção de um estilo de vida mais ativo. Relativamente à prática de AF, verifica-se que apenas duas participantes (3 e 7) cumprem as recomendações da OMS, acumulando pelo menos 150 minutos semanais de AF. As restantes apresentam valores abaixo do recomendado, ainda que com variações na frequência semanal e na duração diária. O participante 4 destaca-se por não realizar qualquer tipo de AF, enquadrando-se na categoria de inatividade total.

No que respeita à distribuição da AF ao longo da semana, observa-se que há participantes com uma frequência semanal superior, mas que não atingem o volume mínimo recomendado. Por exemplo, o participante 2 pratica AF cinco dias por semana, mas com uma duração diária reduzida (20 minutos), não alcançando o limiar de 150 minutos semanais. De forma semelhante, os participantes 1, 5 e 6 apresentam alguma regularidade na prática, mas com um tempo acumulado semanal inferior ao recomendado. Este padrão evidencia que a frequência semanal, por si só, não é um indicador suficiente da adequação da prática de AF, sendo essencial considerar a duração total.

Em relação ao comportamento sedentário, verifica-se que quatro participantes (1, 2, 4 e 7) permanecem sentados por oito ou mais horas diárias, situando-se no nível mais elevado de sedentarismo. Os participantes 5 e 6 registam valores moderados, entre cinco e seis horas diárias, enquanto apenas um participante (3) apresenta um tempo sentado reduzido, inferior a quatro horas por dia. Estes dados indicam que a maior parte dos participantes tem um comportamento predominantemente sedentário, independentemente da sua prática de AF.

Estes resultados refletem a necessidade de ajustes na prática de AF e na redução do tempo sedentário para a maioria dos participantes, considerando tanto a frequência quanto a duração total do exercício acumulado semanalmente.

Em suma, a avaliação inicial, ao integrar diversos instrumentos e métodos de recolha de dados, permitiu uma análise abrangente das necessidades das participantes, servindo de base para a estruturação do programa de intervenção. Os resultados obtidos evidenciaram a necessidade de implementar estratégias direcionadas para o autocontrolo da ansiedade, a promoção da AF e o fortalecimento das estratégias de *coping*, garantindo uma abordagem eficaz e adaptada às participantes.

A análise detalhada dos dados permitiu, ainda, elencar os seguintes diagnósticos de enfermagem:

**Tabela 10 - Diagnósticos da população alvo do estágio I: Contexto nos Cuidados na Comunidade**

Diagnósticos de Enfermagem:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade</li></ul>

### 3.1.5. Execução

A presente secção descreve as intervenções realizadas no âmbito do programa ativaMente, tanto a nível individual como em grupo. Para uma visão detalhada do programa, o Anexo I apresenta o planeamento de todas as sessões, incluindo os conteúdos abordados, a metodologia aplicada e a distribuição do tempo entre as diferentes etapas da intervenção.

O programa teve como objetivo geral promover a prática de AF em grávidas com diagnóstico de enfermagem de ansiedade, capacitando-as para a adoção de hábitos mais ativos e para a integração de estratégias eficazes no autocontrolo da ansiedade. A partir dos objetivos específicos previamente delineados, foram definidos critérios de resultado, permitindo uma avaliação estruturada do impacto da intervenção e a monitorização da evolução das participantes ao longo do programa.

**Tabela 11 - Critério de Resultado do estágio I: Contexto nos Cuidados na Comunidade**

Critérios de Resultado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que as participantes aumentem os níveis de AF.</li> <li>• Que as participantes aumentem o conhecimento sobre a AF.</li> <li>• Que as participantes identifiquem os impactos negativos do comportamento sedentário e da inatividade física.</li> <li>• Que as participantes reconheçam estratégias eficazes para superar as barreiras à adoção de um estilo de vida mais ativo.</li> <li>• Que as participantes demonstrem maior predisposição para modificar hábitos e rotinas diárias de forma a integrar a AF.</li> <li>• Que as participantes reconheçam a influência da AF na regulação da ansiedade e no bem-estar emocional.</li> <li>• Que as participantes aumentem o conhecimento sobre a ansiedade.</li> <li>• Que as participantes reduzam a sintomatologia ansiosa.</li> <li>• Que as participantes identifiquem estratégias de <i>coping</i> eficazes para lidar com os desafios do dia-a-dia.</li> <li>• Que as participantes reconheçam a relação entre o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> e a melhoria do autocontrolo da ansiedade.</li> <li>• Que os elementos do grupo identifiquem a importância de reconhecer os estímulos desencadeadores da ansiedade.</li> <li>• Que haja um aumento dos valores do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade.</li> </ul>

No contexto clínico, a comunicação assume um papel essencial, funcionando como uma ferramenta terapêutica determinante na qualidade dos cuidados prestados (Sequeira, 2021). É, por isso, fundamental que os profissionais de saúde possuam um domínio aprofundado das técnicas de

comunicação terapêutica, assegurando a sua aplicação eficaz na promoção da saúde e do bem-estar dos utentes e das suas famílias. De acordo com Coelho (2015), técnicas como o toque, o silêncio, a escuta ativa, o olhar e o feedback constituem formas de comunicação que, utilizadas intencionalmente, potenciam o vínculo terapêutico e promovem respostas mais ajustadas às necessidades do utente.

Entre os profissionais de saúde, os enfermeiros destacam-se pelo contacto contínuo e próximo com os utentes, o que exige um desenvolvimento constante das competências comunicacionais. A utilização de estratégias comunicacionais ajustadas às necessidades individuais contribui para um acompanhamento mais humanizado e para uma resposta mais eficaz às diferentes situações que surgem das alterações na comunicação associadas ao estado de saúde/doença (Sequeira, 2021), ou ao estado de transição desenvolvimental, como ocorre na gravidez.

Dado que todas as participantes deste programa possuíam formação superior, a comunicação foi ajustada ao seu nível de literacia em saúde, adotando uma linguagem científica, precisa e sustentada em evidência. Esta abordagem visou garantir clareza e rigor na transmissão de conteúdos, promovendo uma participação mais informada e ativa ao longo da intervenção.

Além disso, a comunicação foi estruturada de forma a equilibrar precisão técnica e acessibilidade, recorrendo a estratégias interativas que incentivaram a participação ativa, a partilha de experiências e a construção de um ambiente de confiança e apoio mútuo. Este processo de aprendizagem dinâmico e envolvente foi essencial para a integração prática dos conhecimentos adquiridos, possibilitando a adaptação das intervenções às particularidades de cada participante.

No contexto comunitário, a primeira etapa da intervenção consistiu numa sessão individual com cada participante, permitindo uma abordagem personalizada e ajustada às suas necessidades específicas. Durante essa sessão, foi realizada a aplicação dos guias de AF estabelecendo um plano estruturado com base na avaliação inicial dos níveis de AF e comportamento sedentário. Seguindo as orientações da DGS (2018), foram adotadas diferentes estratégias de intervenção, contemplando três abordagens distintas: Auxiliar de Decisão + Plano de Ação, Plano de Ação e Plano de Manutenção (visualizar Tabela 9, no Anexo I).

Para a participante 4 que se encontrava inativa, sem qualquer prática de AF regular, foi aplicado o Auxiliar de Decisão em associação com um Plano de Ação, com o intuito de sensibilizar para os benefícios da AF e apoiar a tomada de decisão relativamente à sua adoção. Durante a intervenção, promoveu-se uma reflexão estruturada sobre o impacto da AF no bem-estar físico e emocional, permitindo à participante identificar barreiras e fatores facilitadores associados à sua prática.

No seu processo de decisão, a participante reconheceu que a falta de motivação, a ausência de companhia e o desconhecimento da zona de residência constituíam desafios que dificultavam a adoção de um estilo de vida mais ativo. Para ultrapassar estas dificuldades, foram delineadas estratégias personalizadas, nomeadamente a identificação de atividades compatíveis com os seus interesses e objetivos pessoais, como a realização de caminhadas ao ar livre, proporcionando-lhe bem-estar e a possibilidade de acompanhamento familiar. Além disso, foram exploradas soluções para contornar os obstáculos mencionados, incluindo a pesquisa e reconhecimento de percursos seguros e acessíveis para caminhar na nova área de residência.

Paralelamente, foi estabelecido um plano de progressão, com metas realistas e ajustadas à sua disponibilidade, iniciando-se a prática com caminhadas de curta duração e frequência reduzida, com um aumento gradual da intensidade e da regularidade. Durante a intervenção, enfatizou-se ainda a reflexão sobre os benefícios da AF, tendo a participante identificado que a prática regular poderia contribuir para um aumento dos seus níveis de energia no quotidiano, uma melhoria do seu estado de humor e o controlo do peso corporal, fatores que valorizava particularmente.

Com o intuito de reforçar o compromisso e promover a automonitorização, foi incentivado o uso da aplicação *MySNS Carteira*, permitindo o registo da AF e facilitando o acompanhamento da sua evolução ao longo do tempo. A utilização desta ferramenta foi essencial para consolidar um sentimento de responsabilidade e envolvimento ativo no processo de mudança comportamental, promovendo uma maior adesão à prática de AF de forma sustentada.

Para as participantes que já realizavam alguma AF, mas de forma irregular e abaixo das recomendações da OMS – nomeadamente as participantes 1, 2, 5, 6, foi implementado um Plano de Ação (ver Tabela 12, no Anexo I), com o objetivo de estruturar um planeamento mais eficaz e consistente da prática. Adicionalmente, para a participante 4, foi também desenhado um Plano de Ação, após esta ter manifestado interesse em organizar e reforçar a sua prática de AF.

Esta abordagem visou não apenas o aumento da frequência e duração da AF, mas também a criação de condições que permitissem uma adesão sustentada a longo prazo. Além disso, a definição de estratégias individualizadas permitiu adaptar a prática ao contexto pessoal de cada participante, promovendo a integração da AF na rotina diária de forma natural e exequível.

Durante a intervenção, foi promovida a definição de um plano semanal ajustado às necessidades individuais, antecipando eventuais dificuldades e delineando estratégias para superar os principais obstáculos identificados. Entre os desafios mais frequentemente referidos destacaram-se a indisponibilidade de tempo, a influência das condições meteorológicas adversas e a falta de motivação. Assim, foi incentivada a implementação de estratégias de autorregulação,

nomeadamente a identificação de alternativas viáveis para a prática de AF, como a realização de exercícios em casa nos dias em que não fosse possível sair para caminhar. Para facilitar esta adaptação, foram ainda sugeridas ferramentas digitais de monitorização da AF, como aplicações gratuitas para telemóveis destinadas ao registo diário dos treinos e à autoavaliação do progresso.

A formulação dos planos individuais seguiu um modelo estruturado, que contemplou a definição de parâmetros essenciais para a concretização da mudança comportamental, nomeadamente o tipo de atividade a praticar, a frequência semanal, o horário mais adequado, o local e a possibilidade de envolvimento de terceiros como fator motivacional adicional. A previsão de um plano alternativo foi igualmente enfatizada, permitindo que as participantes tivessem soluções adaptáveis para lidar com imprevistos e, dessa forma, garantissem a continuidade da prática. Foi também incentivada a associação da AF a momentos de prazer e relaxamento, reforçando a perceção da prática não como uma obrigação, mas como um investimento no bem-estar pessoal.

Adicionalmente, foi promovida a monitorização regular da AF, incentivando a autogestão do comportamento e o reforço da perceção de controlo pessoal sobre a prática. O envolvimento ativo das participantes na construção dos seus planos de ação contribuiu para um aumento do compromisso e da responsabilidade individual, aspetos fundamentais para a consolidação da mudança de hábitos. Durante as sessões de intervenção, recorreu-se a técnicas de entrevista motivacional, permitindo que cada participante refletisse sobre os seus objetivos e estabelecesse metas realistas e concretizáveis.

Para reforçar a motivação e o compromisso com os objetivos estabelecidos, discutiu-se ainda a importância da definição de recompensas intrínsecas, relacionadas com os benefícios percecionados da prática regular de AF. O guia de apoio utilizado sugeria a aquisição de um novo par de ténis/sapatilhas como recompensa após três meses de adesão consistente ao plano de AF. No entanto, considerando que as participantes relataram dificuldades em encontrar calçado adequado devido às alterações fisiológicas da gravidez, esta sugestão revelou-se pouco ajustada à sua realidade. Como alternativa, foram sugeridas recompensas personalizadas, tais como a aquisição de vestuário confortável para a prática de exercício, a realização de atividades de lazer que proporcionassem relaxamento e bem-estar, ou mesmo momentos de autocuidado, como uma massagem ou outra experiência prazerosa após o cumprimento das metas estabelecidas.

Foram também exploradas estratégias de suporte social, incentivando as participantes a envolverem familiares ou amigos nas suas rotinas de exercício, uma vez que a presença de um parceiro de treino pode aumentar os níveis de bem-estar e reduzir a probabilidade de desistência. Além disso, abordou-se a importância da criação de um ambiente favorável à mudança,

promovendo a valorização da AF no cotidiano e reforçando a adoção de hábitos saudáveis de forma natural e sustentável.

Por fim, foi enfatizada a importância do estabelecimento de expectativas realistas, evitando metas excessivamente exigentes que pudessem gerar frustração. A definição de objetivos progressivos, específicos e mensuráveis, ajustados ao nível de motivação e condição física de cada participante, revelou-se essencial para promover a continuidade da prática e prevenir recaídas ao longo do tempo. A adoção de um planejamento estruturado e flexível, aliado a estratégias de reforço positivo e suporte social, mostrou-se fundamental para a adesão sustentada à AF e para a melhoria do bem-estar das participantes.

Para as participantes que já cumpriam as recomendações da OMS (participantes 3 e 7), foi implementado um Plano de Manutenção (Tabela 9, Anexo I), focado na continuidade da prática e na prevenção da desistência. A intervenção priorizou a automonitorização, incentivando o registro da AF e a adaptação progressiva da prática para evitar a monotonia. Foi promovida a diversificação dos treinos, a exploração de novos tipos de exercício e a variação na rotina para manter o interesse e o desafio.

Além disso, reforçou-se a importância do suporte social, incentivando a prática acompanhada para aumentar a motivação e o compromisso. A definição de desafios pessoais e metas progressivas foi recomendada como estratégia para fortalecer a adesão e evitar a estagnação.

Apesar das estratégias propostas, apenas a participante 3 aderiu à monitorização da AF, mantendo um diário de registros, enquanto a participante 7 não compareceu mais às sessões, inviabilizando o acompanhamento do seu progresso. A Tabela 13, no Anexo I, ilustra três exemplos de registros diários preenchidos pela participante 3, evidenciando a sua adesão à automonitorização e os ajustes efetuados na sua rotina de AF.

Por fim, reforçou-se a autonomia das participantes na gestão da AF, promovendo o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional e comportamental para garantir a sustentabilidade do comportamento a longo prazo.

A avaliação do processo (Tabela 9, Anexo I) foi conduzida por meio de encontros individuais semanais ao longo das três semanas de estágio, permitindo acompanhar de forma personalizada a adesão das participantes aos planos de AF estabelecidos. Durante estas sessões, analisava-se o cumprimento das metas definidas, as dificuldades enfrentadas e as estratégias para superá-las, ajustando, sempre que necessário, as orientações para melhor adequação à realidade de cada participante.

Para além da monitorização da prática de AF, estes encontros individuais proporcionaram um espaço de partilha e apoio emocional, no qual as participantes expressavam preocupações relacionadas com a gravidez, o seu bem-estar físico e psicológico e os desafios inerentes a esta fase. Este ambiente favoreceu o fortalecimento da relação terapêutica entre enfermeiro e grávida, criando um espaço de escuta ativa e suporte emocional. Assim, a avaliação do processo transcendeu a simples verificação do cumprimento das metas, assumindo um papel essencial no encorajamento da adoção de um estilo de vida mais ativo e saudável.

Dando seguimento à intervenção, realizaram-se quatro sessões de psicoeducação em grupo na UCC, com o objetivo de capacitar as participantes para a gestão da ansiedade e a integração da AF na sua rotina diária. Estas sessões foram estruturadas de forma interativa, utilizando uma apresentação em PowerPoint baseada em conteúdos sustentados por evidência científica e ajustados às necessidades do grupo. A metodologia adotada integrou momentos expositivos e atividades dinâmicas, promovendo a participação ativa das participantes e incentivando a partilha de experiências.

A primeira sessão de psicoeducação centrou-se na promoção da AF, destacando os seus benefícios para a saúde física e mental, especialmente durante a gravidez. A abordagem interativa incluiu momentos de discussão e partilha entre as participantes, incentivando a reflexão sobre a importância da prática regular de exercício no bem-estar geral.

Para criar um ambiente acolhedor e estimular a interação, foi utilizada uma estratégia de quebra-gelo antes do início das atividades, recorrendo a música ambiente animada. Esta abordagem facilitou a transição para a sessão, promovendo um clima descontraído e incentivando a participação ativa. A estratégia foi aplicada de forma consistente em todas as sessões de psicoeducação em grupo, contribuindo para um espaço mais seguro e motivador para a partilha e aprendizagem.

A sessão teve início com a introdução e contextualização do tema, onde foram explicados os objetivos da intervenção e a sua relevância no programa. Foi promovida uma reflexão inicial sobre as perceções individuais das participantes em relação à AF, incentivando-as a partilhar as suas experiências e desafios. Seguiu-se a definição de AF e os conceitos associados, clarificando as diferenças entre AF, exercício físico, desporto e comportamento sedentário. Esta diferenciação permitiu que as participantes compreendessem que a AF não se restringe a práticas desportivas estruturadas, mas que pode ser incorporada no quotidiano através de pequenas mudanças de comportamento.

Posteriormente, foram apresentados os benefícios da AF, abrangendo tanto a saúde física, como a saúde mental. No plano físico, destacou-se a melhoria da função cardiovascular, o fortalecimento muscular e a manutenção do peso adequado. No plano psicológico, enfatizou-se a capacidade da AF para reduzir a ansiedade e o stress, melhorar a qualidade do sono e promover o bem-estar emocional. Além disso, foram abordados os efeitos positivos da AF na gravidez, nomeadamente na redução de desconfortos físicos, na prevenção de complicações obstétricas e na facilitação do pós-parto.

A sessão prosseguiu com a apresentação das recomendações da OMS para a prática de AF durante a gravidez. Foram esclarecidos os níveis recomendados de AF, assim como a necessidade de adaptar a prática às condições individuais. Paralelamente, discutiram-se alguns mitos e receios associados ao exercício físico na gravidez, permitindo desconstruir crenças erróneas e incentivar a adoção de hábitos mais ativos.

Outro ponto abordado foram as barreiras à prática de AF, com destaque para dificuldades frequentemente mencionadas pelas participantes, tais como falta de tempo, cansaço, desconforto físico e baixa motivação. A partir desta identificação, promoveu-se uma reflexão sobre estratégias para ultrapassar esses desafios e tornar a AF mais acessível e sustentável. Entre as estratégias sugeridas, destacou-se a importância de incorporar a AF na rotina diária, recorrendo a pequenas mudanças comportamentais, como optar por deslocações a pé sempre que possível, utilizar escadas em vez de elevadores ou incluir alongamentos em momentos de pausa ao longo do dia.

Foi também enfatizada a importância do planeamento da prática de AF, promovendo a definição de metas SMART (específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e definidas no tempo), que facilitam a adesão e a manutenção da atividade a longo prazo. Além disso, incentivou-se a monitorização da AF, sugerindo o uso de diários de registo, aplicações dos telemóveis ou outras ferramentas de automonitorização, como forma de aumentar a perceção de progresso e reforçar a motivação.

No final da sessão, foi feito um resumo dos principais pontos abordados, reforçando a importância da AF e incentivando as participantes a refletirem sobre como poderiam integrá-la nas suas rotinas. Para avaliar a eficácia da sessão e recolher feedback, foi entregue um documento de avaliação, permitindo às participantes expressar a sua perceção sobre os conteúdos apresentados e sugerir aspetos a melhorar nas sessões futuras.

A segunda sessão de psicoeducação teve como tema principal a AF na rotina diária das participantes, promovendo uma maior compreensão sobre a sua aplicabilidade e adaptação ao quotidiano. A sessão foi conduzida de forma interativa, combinando exposição teórica com prática guiada, tornando a experiência mais dinâmica e envolvente para as participantes.

Inicialmente, explicou-se os objetivos gerais e específicos da sessão e realizou-se uma breve recapitulação dos principais pontos abordados na sessão anterior, reforçando os conhecimentos adquiridos e estabelecendo uma ligação entre os conteúdos explorados. Este momento serviu também para estimular a partilha de experiências, permitindo que as participantes relatassem as AF que tentaram incorporar na sua rotina ao longo da semana e como se sentiram ao fazê-lo. Observou-se um maior à vontade entre as participantes, o que favoreceu um ambiente de apoio mútuo e motivação coletiva. Algumas manifestaram interesse em expandir a sua prática, chegando mesmo a perguntar sobre locais onde poderiam inscrever-se em atividades específicas, como Pilates Clínico na Saúde Mulher, após saberem que uma das participantes frequentava essa modalidade.

Em seguida, foram apresentados os diferentes tipos de AF, incluindo atividades aeróbicas, anaeróbicas, resistência, fortalecimento do core abdominal, flexibilidade e alongamentos, destacando as suas características e benefícios para a saúde. De forma prática, foram demonstrados e treinados exercícios simples que podem ser facilmente incorporados no quotidiano, como marchar no lugar, sentar e levantar da cadeira, passos laterais, agachamentos adaptados, flexões de braço modificadas e alongamentos básicos.

Além disso, foi enfatizada a importância da coordenação entre a realização dos exercícios e a respiração adequada, um aspeto fundamental para otimizar a oxigenação muscular, reduzir a fadiga e melhorar a resposta fisiológica ao esforço (Dempsey & Johnson, 2020). Foi introduzida a respiração diafragmática, salientando o seu papel na regulação do sistema nervoso e no alívio da ansiedade (OE, 2023). Durante a prática, demonstrou-se e praticou-se a correta sincronização da respiração diafragmática com os movimentos. Por exemplo, na elevação dos gêmeos, as participantes foram orientadas a inspirar ao baixar os calcanhares e a expirar ao elevar o corpo na ponta dos pés — uma estratégia que favorece um maior controlo do movimento e contribui para a diminuição da tensão muscular, funcionando como um mecanismo adicional para a gestão da ansiedade. Esta orientação baseia-se em evidência que associa a técnica respiratória à modulação da resposta fisiológica ao esforço (Teixeira & Rocha, 2013).

Dando continuidade, a sessão abordou estratégias para planear uma rotina de AF adaptada às necessidades individuais, destacando a importância da definição de metas realistas e progressivas. Mais uma vez, foram sugeridas ferramentas para automonitorização, como diários de atividade e sugestões de uso de pedómetros ou aplicações de telemóveis, para que as participantes pudessem acompanhar a sua evolução e reforçar a motivação.

Por fim, foram discutidas estratégias para manter a motivação e superar desafios comuns, como a falta de tempo ou a ausência de companhia para a prática. Incentivou-se a criação de um ambiente

favorável para a AF, sugerindo, por exemplo, a prática acompanhada por amigos ou familiares para reforçar o compromisso e aumentar o prazer associado ao exercício.

A sessão encerrou-se com um resumo dos principais pontos abordados, permitindo que as participantes esclarecessem dúvidas e refletissem sobre as formas de incluir pelo menos uma nova AF na sua rotina. Por fim foi entregue um questionário de avaliação da sessão para recolher o feedback das participantes e ajustar futuras abordagens consoante as suas necessidades.

A terceira sessão de psicoeducação teve como objetivo principal aprofundar o conhecimento das participantes sobre a ansiedade, permitindo uma melhor compreensão dos seus sintomas, fatores contribuintes e impacto na gravidez. Esta sessão integrou a sequência de intervenções previamente delineadas, dando continuidade ao trabalho iniciado nas sessões anteriores.

A sessão iniciou-se com uma breve revisão do encontro anterior, que abordou a incorporação da AF na rotina diária. As participantes foram incentivadas a partilhar as suas experiências, dificuldades e progressos, criando um espaço de reflexão e troca de vivências. Esta abordagem contribuiu para reforçar a importância da continuidade do processo de mudança, fortalecer a motivação do grupo e adaptar a intervenção às necessidades individuais.

Depois da recapitulação inicial, iniciou-se a exploração do tema central da sessão: a compreensão da ansiedade. Após a apresentação dos objetivos, foi esclarecido o conceito de ansiedade, diferenciando-se a ansiedade normal, uma resposta adaptativa ao stress e a situações desafiadoras, da ansiedade patológica, que se manifesta de forma intensa, persistente e prejudicial ao quotidiano. Para facilitar a assimilação, foram utilizados exemplos práticos e fictícios relacionados com a gravidez, permitindo que as participantes identificassem essas diferenças com base nas suas próprias vivências e percebessem o impacto da ansiedade no período gestacional.

Posteriormente, exploraram-se os sintomas da ansiedade, abrangendo tanto as manifestações físicas, como palpitações, sudorese excessiva, tremores e tensão muscular, quanto os sintomas emocionais e cognitivos, como preocupação excessiva, sensação de perigo iminente e dificuldade de concentração. Destacou-se a relação entre essas manifestações e as alterações fisiológicas e hormonais da gravidez, um período de maior vulnerabilidade emocional. Além disso, discutiu-se o impacto da ansiedade na saúde materno-fetal, incluindo o aumento do risco de parto prematuro, baixo peso à nascença e possíveis repercussões no desenvolvimento emocional da criança, sublinhando a importância de estratégias eficazes para a sua gestão.

A sessão prosseguiu com a identificação dos fatores que contribuem para a ansiedade, incluindo aspetos genéticos, ambientais e experiências de vida. Foram abordados elementos como o stress diário, a privação de sono, as mudanças fisiológicas e emocionais associadas à gravidez e a

influência de fatores sociais e familiares. As participantes foram incentivadas a partilhar os seus próprios gatilhos de ansiedade, promovendo um momento de reflexão e suporte mútuo.

Por fim, foi realizado um resumo dos principais tópicos abordados, incentivando as participantes a observarem e registarem os seus sintomas de ansiedade até à próxima sessão, de forma a desenvolver uma maior consciência sobre os fatores que influenciam o seu estado emocional. Foi entregue um questionário de avaliação da sessão para recolher o feedback das participantes e, assim, ajustar futuras abordagens conforme as suas necessidades.

A quarta sessão de psicoeducação iniciou-se com a clarificação dos seus objetivos e uma revisão do encontro anterior. Em seguida, as participantes partilharam os sintomas de ansiedade que observaram e registaram ao longo da semana, refletindo sobre a sua frequência, intensidade e possíveis fatores desencadeantes. Esta análise permitiu uma maior compreensão das manifestações da ansiedade e da sua variabilidade no dia-a-dia. Posteriormente, abordaram-se estratégias práticas para a sua gestão, explorando técnicas eficazes para o controlo dos sintomas. Foi dada especial atenção ao papel do EEESMP na gestão da ansiedade, destacando as intervenções psicoterapêuticas e o aconselhamento para a adoção de estilos de vida saudáveis, incluindo a prática de AF.

Durante a sessão, foram apresentadas diferentes estratégias de regulação emocional, incluindo técnicas de respiração profunda e diafragmática, relaxamento muscular progressivo e *mindfulness*. Embora não tenha sido realizada uma demonstração prática, discutiu-se a importância destas técnicas na promoção do relaxamento e no alívio da ansiedade, explicando o seu impacto no sistema nervoso autónomo e na resposta fisiológica ao stress (Freitas, 2024).

Foi ainda destacado que a AF, além de ser um tratamento complementar para diversas patologias, constitui uma estratégia altamente eficaz na redução dos sintomas ansiosos. Foram realçadas as suas vantagens em relação a outras abordagens terapêuticas, como a psicoterapia e a farmacoterapia, nomeadamente por se tratar de uma intervenção acessível, isenta de efeitos adversos e com benefícios adicionais para a saúde física e mental.

Para incentivar a participação ativa e criar um ambiente mais descontraído, disponibilizou-se uma bola de Pilates para que as grávidas a pudessem utilizar durante a sessão, proporcionando maior conforto enquanto estavam sentadas. O interesse demonstrado por algumas participantes em experimentar exercícios com este material levou à realização, no final da sessão, de atividades lúdicas, como deslocamentos para a frente e para trás sentadas na bola e agachamentos adaptados com apoio da bola na parede. Esta dinâmica proporcionou um momento de descontração e interação entre as participantes, reforçando o envolvimento no processo.

A sessão finalizou-se com um momento de despedida, no qual as participantes foram incentivadas a refletir sobre as estratégias abordadas ao longo do programa e a selecionar pelo menos uma para integrar na sua rotina diária, reforçando a importância da prática regular de AF como ferramenta na gestão da ansiedade. Além de consolidar os conhecimentos adquiridos, este momento permitiu reforçar a motivação para a continuidade das mudanças implementadas, promovendo um compromisso individual com a manutenção dos hábitos saudáveis. Criou-se um ambiente de partilha e reconhecimento mútuo, no qual as participantes expressaram as suas percepções sobre o impacto das sessões, os desafios superados e os benefícios experienciados, destacando a relevância da AF na redução da ansiedade e na melhoria do bem-estar geral.

No mesmo momento, procedeu-se à avaliação final, recorrendo à reaplicação dos instrumentos utilizados na avaliação inicial, possibilitando uma análise comparativa da evolução das participantes ao longo da intervenção. Esta avaliação permitiu aferir objetivamente os resultados obtidos, fornecendo evidências sobre a eficácia do programa na melhoria dos indicadores de saúde mental e na adoção de um estilo de vida mais ativo.

### **3.1.6. Resultados e Avaliação**

A avaliação dos resultados da intervenção do programa ativaMente foi realizada em duas etapas complementares: a avaliação do processo, que consistiu num acompanhamento contínuo e individualizado da adesão das participantes aos planos de AF ao longo do programa, e a avaliação final, na qual se procedeu à reaplicação dos instrumentos utilizados na fase inicial, permitindo aferir a evolução das participantes e os impactos da intervenção.

A avaliação do processo decorreu ao longo das três semanas da intervenção, através de encontros individuais semanais, nos quais se monitorizou a adesão das participantes às metas pré-estabelecidas nos guias de AF aplicados. Estes encontros permitiram não só acompanhar a execução dos planos, mas também identificar dificuldades, reformular estratégias e reforçar a motivação para a continuidade da prática.

Os dados recolhidos evidenciaram que todas as participantes, à exceção das participantes 4 e 6, cumpriram os objetivos traçados, seguindo o plano delineado. No entanto, mesmo estas duas participantes, ainda que não tenham atingido integralmente as recomendações definidas no Plano

de Ação, demonstraram um aumento na sua AF habitual, especialmente nas primeiras semanas, refletindo um progresso na incorporação de um estilo de vida mais ativo.

As principais justificações apontadas para as dificuldades na adesão incluíram falta de tempo, compromissos laborais, consultas médicas e visitas de familiares, fatores que, apesar de terem condicionado o cumprimento total dos planos estabelecidos, não impediram uma evolução positiva. Durante os encontros individuais, foram reforçadas estratégias para ultrapassar barreiras e incentivar a integração da AF no quotidiano, tais como utilizar as escadas em detrimento do elevador, realizar deslocações curtas a pé (por exemplo, para adquirir pão na padaria) ou mesmo deslocar-se a pé UCC, tendo em conta que algumas participantes residiam nas proximidades. Além de monitorizar a adesão aos planos de AF, estes encontros funcionaram também como um espaço de partilha e suporte emocional, permitindo reforçar a relação terapêutica e a consciencialização sobre os benefícios da AF na regulação da ansiedade.

No final da última intervenção de psicoeducação, procedeu-se à avaliação final, na qual foram reaplicados os instrumentos utilizados na fase inicial, permitindo uma análise comparativa da evolução das participantes ao longo do programa. Assim, foram novamente aplicados o Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (STAI-Y) (Silva & Campos, 1998), o Resultado NOC de Autocontrolo da Ansiedade (Sampaio et al., 2018b), o Questionário de Avaliação de Conhecimentos sobre AF e Ansiedade (Anexo I) e o Questionário de Avaliação do Nível de AF e Sedentarismo (DGS, 2018).

Os resultados obtidos (Tabela 6, Anexo I) indicam uma redução significativa dos níveis de ansiedade estado, com todas as participantes avaliadas a registarem valores mais baixos na segunda aplicação do Inventário de estado e traço de Ansiedade STAI-Y (Silva & Campos, 1998). A diminuição variou entre 1 e 7 pontos, sendo mais expressiva em participantes que apresentavam níveis mais elevados na avaliação inicial. No que respeita à ansiedade traço, verificou-se também uma redução dos valores em algumas participantes, embora com menor amplitude. Estes resultados sugerem que a intervenção teve um impacto mais imediato na redução da ansiedade situacional, enquanto a ansiedade traço, por corresponder a uma predisposição mais estável, pode requerer abordagens de maior duração para modificações mais profundas.

Relativamente ao Indicador NOC de Autocontrolo da Ansiedade (Sampaio et al., 2018b), os dados evidenciaram uma melhoria generalizada em todos os parâmetros avaliados (Tabela 7, Anexo I). Observou-se um aumento na frequência da monitorização da intensidade da ansiedade, na eliminação de precursores e no planeamento e utilização de estratégias de enfrentamento. Particular destaque foi dado ao controlo da respiração em momentos de ansiedade, no qual 100% das participantes demonstraram uma evolução positiva. Adicionalmente, verificou-se um aumento

significativo na capacidade de manutenção das relações sociais, sugerindo um impacto positivo da intervenção na regulação emocional e no funcionamento social das participantes. Esse resultado poderá estar, em parte, associado ao facto de algumas participantes terem usufruído de baixa médica durante o período da intervenção, proporcionando-lhes maior disponibilidade para o convívio e para o fortalecimento das suas redes de suporte social.

No que concerne ao conhecimento sobre AF e ansiedade (Tabela 8, Anexo I), os dados revelaram um aumento expressivo da taxa de respostas corretas na maioria das questões, refletindo uma maior compreensão dos conceitos abordados durante as sessões de psicoeducação. Questões que, na avaliação inicial, registavam taxas de acerto inferiores a 50% apresentaram um aumento significativo, atingindo 100% de respostas corretas na avaliação final. Estes resultados confirmam a eficácia da componente educacional da intervenção, que permitiu capacitar as participantes com conhecimentos sólidos sobre a AF e o seu impacto na ansiedade.

Por fim, no que diz respeito ao nível de AF e sedentarismo (DGS, 2018), verificou-se um aumento da frequência e da duração da AF na maioria das participantes, refletindo um progresso na adoção de um estilo de vida mais ativo (ver Tabela 9, Anexo I). Observou-se uma redução do tempo diário em comportamento sedentário, embora algumas participantes ainda apresentassem valores acima das recomendações. Notou-se também que as participantes que não atingiram integralmente as metas propostas no plano de AF ainda assim realizaram mais AF do que habitualmente, demonstrando um impacto positivo da intervenção mesmo nos casos em que o cumprimento das metas foi parcial.

Em suma, os dados da avaliação final confirmam a eficácia da intervenção na promoção da AF, na melhoria dos níveis de ansiedade e no seu autocontrolo. Esses resultados demonstram que a integração de um programa estruturado de psicoeducação e incentivo à prática de AF no contexto da comunidade pode contribuir para a regulação emocional e a adoção de hábitos mais saudáveis durante a gravidez.

#### 3.1.6.1 Estudo de Caso

Além da intervenção com as grávidas, foi desenvolvido um estudo de caso a uma cliente do sexo feminino, de 73 anos, com o 6º ano de escolaridade e o diagnóstico clínico de demência vascular, encaminhada pelo médico de família da USF para a UCC, com indicação para estimulação cognitiva

sob a orientação do EEESMP. A avaliação inicial, realizada através do MMSE (Guerreiro et al., 1994), indicou um défice cognitivo (score de 20 pontos), servindo de base para o planeamento das intervenções.

Para complementar a recolha de informação, foi realizada uma entrevista ao cuidador principal, na qual foram identificadas preocupações quanto à progressão da doença, dificuldades na gestão das atividades diárias e uma elevada sobrecarga emocional associada ao cuidado contínuo.

A intervenção consistiu em quatro sessões individuais de estimulação cognitiva, focadas na memória, atenção e funções executivas, através de atividades adaptadas às capacidades da utente. Paralelamente, participou nas sessões de grupo do programa de estimulação cognitiva da UCC, beneficiando do estímulo social e cognitivo proporcionado pelas dinâmicas coletivas. Foram ainda fornecidas orientações ao cuidador sobre estratégias de comunicação e gestão da rotina diária, com o objetivo de reduzir a sobrecarga.

Os resultados do MMSE (Guerreiro et al., 1994) não evidenciaram diferenças significativas entre a avaliação inicial e final, sugerindo a estabilização do quadro cognitivo. No entanto, a avaliação da sobrecarga do cuidador, através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Sequeira, 2010; Zarit, 1980), revelou uma redução dos níveis sobrecarga moderada, de 57 para 54, sugerindo um impacto positivo das estratégias implementadas no bem-estar do cuidador e na qualidade dos cuidados prestados.

## **3.2. Contexto dos Cuidados de Internamento de Agudos**

O estágio da Unidade de Internamento de Agudos (UIA) decorreu nos dias 21 de outubro a 21 de novembro do presente ano, com a duração de 125 horas, sob a orientação tutorial do EEESMP.

### **3.2.1. Caracterização do Contexto Clínico**

A UIA faz parte de um hospital psiquiátrico, que oferece uma ampla gama de serviços de saúde mental, incluindo o internamento, as consultas externas, as intervenções psicoterapêuticas e os programas de reabilitação e reintegração social.

O processo de internamento no hospital segue as diretrizes rigorosas para garantir a segurança e bem-estar dos clientes. Os internamentos podem ser de curta ou de longa duração, conforme as necessidades específicas de cada pessoa. Além disso, a instituição possui a unidade de Eletroconvulsoterapia (ECT), usada como coadjuvante do tratamento, caso seja necessário. Além dos serviços de internamento, o hospital integra uma rede mais ampla de saúde comunitária, esta rede inclui equipas multidisciplinares que colaboram em diversos níveis de cuidados e entre os diferentes profissionais que fornecem suporte abrangente aos clientes na promoção da saúde mental e prevenção da doença.

Na UIA, os clientes são provenientes do Serviço de Urgência (SU) de um hospital central e/ou referenciados por médicos psiquiatras no âmbito da consulta externa. Trata-se de um serviço misto, que acolhe homens e mulheres, com capacidade máxima para 29 clientes.

Para dar resposta às necessidades da UIA, a equipa multidisciplinar é constituída por médicos com a especialidade de psiquiatria, enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, enfermeiros gestores, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, assistentes operacionais, etc. Os cuidados de saúde são assegurados ao longo de 24 horas, sendo concretizados com 3 turnos: manhã (8h00-14h30), tarde (14h-20h30) e noite (20h-8h30).

Neste sentido, na equipa de enfermagem, para cada cliente há um enfermeiro de referência, que é responsável pela gestão dos cuidados de saúde mental prestados ao mesmo e têm a responsabilidade de realizar uma avaliação inicial aquando da admissão no serviço, uma intermédia e uma final no momento da alta. Neste período de estágio verificou-se que as patologias mais comuns do serviço são as perturbações psicóticas, as perturbações aditivas, as depressivas, as bipolares, da personalidade e com ideação suicida. Também, haviam alguns casos em que os clientes não se encontravam em fase de agudização de doença, e apenas aguardavam o apoio social.

### **3.2.2. Objetivos**

Para este local de estágio foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais:

- Atuar em conformidade com as normas legais, princípios éticos e deontológicos da profissão, assegurando que os cuidados prestados respeitam os direitos dos utentes internados e promovem a sua dignidade e segurança.

- Observar e analisar as estratégias institucionais em saúde mental no contexto do internamento psiquiátrico, adquirindo conhecimento sobre a organização e funcionamento dos serviços para contribuir para a melhoria contínua da qualidade assistencial.
- Fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, sustentando a prática clínica em evidências científicas atualizadas e participando ativamente na equipa multidisciplinar para otimizar as intervenções terapêuticas.
- Assegurar que as intervenções de enfermagem respeitam a individualidade dos clientes, promovendo a sua estabilização clínica, a adaptação ao ambiente de internamento e a adesão ao plano terapêutico.
- Compreender as dinâmicas institucionais do internamento psiquiátrico, incluindo a gestão de crises, a contenção emocional e as estratégias de reabilitação, ajustando-se às necessidades dos clientes em fase aguda da doença mental.
- Integrar práticas que favoreçam um ambiente terapêutico estruturado, minimizando o impacto do internamento, prevenindo o agravamento da sintomatologia e facilitando a recuperação do utente.

#### Objetivos específicos:

- Aprofundar o autoconhecimento e reflexão crítica, analisando as experiências vivenciadas no estágio para melhorar a prática clínica e a tomada de decisão como EEESMP.
- Planear e implementar intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducacionais adequadas ao contexto de internamento de agudos, garantindo que vão ao encontro das necessidades individuais dos clientes e promovem ganhos em saúde.
- Compreender a dinâmica da intervenção em grupo em internamento de agudos, analisando os desafios e oportunidades que este modelo terapêutico oferece no contexto hospitalar.
- Desenvolver estratégias para adaptar o planeamento das sessões às necessidades dos utentes internados, respeitando as suas limitações clínicas, emocionais e cognitivas.
- Aprimorar a comunicação terapêutica, aperfeiçoando a capacidade de interpretar e responder às expressões verbais e não verbais dos utentes, promovendo uma relação empática e eficaz.

- Construir relações terapêuticas baseadas na confiança, empatia e respeito mútuo, reconhecendo o impacto da aliança terapêutica no processo de recuperação dos clientes internados.
- Promover a gestão emocional no contexto do internamento psiquiátrico de agudos, melhorando a capacidade de lidar com crises emocionais dos clientes e com o impacto das suas expressões emocionais na equipa de enfermagem.
- Gerir de forma eficiente o tempo das entrevistas individuais e das sessões de grupo, otimizando a intervenção de acordo com a disponibilidade dos utentes e as dinâmicas institucionais do internamento.
- Desenvolver flexibilidade e resiliência perante desafios clínicos e situações inesperadas, garantindo a qualidade das intervenções mesmo em cenários de crise ou descompensação aguda dos clientes.
- Aperfeiçoar a capacidade de integrar e aplicar as orientações recebidas dos supervisores e equipa multidisciplinar, ajustando as abordagens terapêuticas à realidade clínica e institucional.
- Demonstrar criatividade e inovação na seleção das estratégias de intervenção, utilizando abordagens adaptadas ao estado clínico dos utentes e ao contexto hospitalar.
- Implementar intervenções que respeitem a disponibilidade, o tempo e as necessidades individuais dos utentes internados, garantindo que as abordagens terapêuticas sejam ajustadas à sua condição clínica.
- Realizar um estudo de caso tendo em conta o processo de enfermagem.
- Aplicar estratégias que facilitem a adaptação do utente ao internamento psiquiátrico, minimizando o impacto da hospitalização na sua saúde mental e promovendo a adesão ao tratamento.
- Utilizar instrumentos de avaliação clínica para monitorizar a evolução dos clientes e ajustar as intervenções terapêuticas conforme necessário.
- Participar ativamente na transição dos utentes para o domicílio, colaborando na planificação da alta e garantindo a continuidade dos cuidados.

### 3.2.3. Contextualização

O internamento psiquiátrico é uma intervenção essencial para a estabilização de doentes em crise, garantindo segurança e acompanhamento especializado. No entanto, quando realizado de forma involuntária, pode ser vivenciado de forma negativa pelos doentes, levando a sentimentos de frustração, perda de autonomia e resistência ao tratamento (Correia, 2018). Muitos percecionam o internamento involuntário como uma restrição da liberdade e um afastamento forçado do meio social, o que pode comprometer a sua adesão às intervenções terapêuticas (Correia, 2018).

Para além do impacto emocional, a falta de critérios uniformes para o internamento psiquiátrico em Portugal tem sido um fator de debate, uma vez que pode originar decisões inconsistentes no acesso aos serviços de saúde mental (Mota et al., 2024). Noutros países, a existência de diretrizes bem definidas assegura que o internamento seja uma medida clínica fundamentada, evitando hospitalizações prolongadas ou desnecessárias. Em Portugal, a ausência de critérios claros pode resultar em internamentos cuja duração e abordagem variam consoante a instituição, afetando a recuperação e reintegração dos doentes na comunidade (Mota et al., 2024).

A Lei n.º 35/2023 trouxe alterações ao enquadramento legal do internamento psiquiátrico, reforçando os direitos dos doentes e a necessidade de humanização do tratamento (Silva, 2024). Esta legislação promove um maior enfoque na prestação de cuidados de saúde mental na comunidade, sempre que possível, evitando o afastamento prolongado dos doentes do seu meio habitual e facilitando a sua reintegração (Silva, 2024).

Diante destes desafios, torna-se essencial recorrer a estratégias que minimizem os impactos negativos do internamento e incentivem a participação ativa dos doentes na sua recuperação. Correia (2018) destaca que a qualidade da relação entre os profissionais de saúde e os doentes pode influenciar a perceção que estes têm do internamento, facilitando a aceitação da hospitalização e promovendo maior adesão às intervenções terapêuticas.

Neste sentido, o Programa ativaMente surge como uma iniciativa inovadora, ao utilizar a AF como ferramenta terapêutica, promovendo a redução de sintomas emocionais negativos, como a ansiedade, e um internamento mais dinâmico e participativo. A implementação deste tipo de programas alinha-se com as diretrizes legislativas mais recentes, reforçando a necessidade de um internamento psiquiátrico que não se limite à intervenção farmacológica, mas que integre estratégias que favoreçam uma recuperação mais abrangente e humanizada, facilitando a reintegração dos doentes na comunidade.

### 3.2.4. Avaliação das Necessidades

Dando continuidade à estrutura do programa, procedeu-se à caracterização dos intervenientes através da entrevista e da aplicação dos instrumentos previamente descritos. Esta análise permitiu compreender o perfil dos participantes, adequar a intervenção às suas necessidades e estabelecer um ponto de referência para a avaliação dos seus impactos.

Na UIA, a identificação dos clientes para participação no Programa ativaMente foi conduzida através de um processo estruturado, garantindo a inclusão de indivíduos com diagnóstico de enfermagem de ansiedade. O recrutamento iniciou-se com a consulta dos processos clínicos físicos, onde foram analisados os diagnósticos médicos, a evolução da sintomatologia e os registos de intervenções terapêuticas. Paralelamente, foi verificado o sistema SClínico®, permitindo confirmar a presença do diagnóstico de enfermagem de ansiedade e recolher informações relevantes sobre o histórico clínico dos clientes.

A seleção inicial foi complementada pela avaliação clínica da equipa de enfermagem, permitindo identificar com maior precisão os clientes que necessitavam de suporte na gestão da ansiedade e incentivo à AF. Esta estratégia assegurou que a intervenção fosse direcionada para os indivíduos com maiores necessidades nestas áreas.

Foram identificados sete clientes que, aparentemente, preenchiam os critérios de inclusão e exclusão do programa. No entanto, antes da realização da avaliação inicial, foi aplicada a Escala MMSE (Guerreiro et al., 1994) como critério de exclusão para o défice cognitivo, assegurando que os indivíduos tinham capacidade para compreender e aderir à intervenção.

Para a aplicação do MMSE, foi necessário considerar as habilitações literárias de cada pessoa, que variaram entre o 4.º e o 12.º ano. Como a escolaridade influencia a pontuação mínima para excluir o défice cognitivo, os resultados foram analisados conforme os pontos de corte ajustados para a população portuguesa (Guerreiro et al., 1994).

Os scores obtidos variaram entre 24 e 30 pontos, sendo que um dos clientes não atingiu a pontuação mínima estabelecida, sugerindo a presença de um défice cognitivo. Consequentemente, este adulto não foi incluído no programa, uma vez que não reunia condições para compreender e aderir à intervenção de forma autónoma. As restantes seis pessoas obtiveram valores compatíveis com uma função cognitiva preservada, garantindo, assim, a sua inclusão no programa ativaMente.

O recrutamento decorreu dentro dos prazos estipulados no cronograma (Anexo II). As pessoas selecionadas foram abordadas individualmente na UIA, onde lhes foram apresentados os objetivos, a metodologia e os potenciais benefícios do programa ativaMente. Durante esta interação, assegurou-se o consentimento informado, proporcionando um espaço para o esclarecimento de dúvidas e incentivando uma adesão voluntária e consciente à intervenção.

Para a caracterização sociodemográfica, recorreu-se à aplicação de uma entrevista semiestruturada, permitindo a recolha de informações sobre variáveis como idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, situação profissional, diagnóstico clínico, antecedentes de internamento psiquiátrico, hábitos de vida e Índice de Massa Corporal (IMC) (ver Tabela 14, Anexo II).

A amostra foi composta por seis adultos (quatro homens e duas mulheres), com idades entre 35 e 83 anos. Metade eram divorciados, enquanto os restantes incluíam um casado, um solteiro e um viúvo. Relativamente ao nível de escolaridade, quatro elementos possuíam o ensino básico, sendo dois com o 1.º ciclo e um com o 3.º ciclo. Três frequentaram o ensino secundário, dos quais um completou o 10.º ano e dois concluíram o 12.º ano. No que se refere à situação profissional, dois estavam desempregados, um exercia atividade profissional e os restantes encontravam-se reformados, incluindo um por invalidez.

Os diagnósticos clínicos mais frequentes eram a esquizofrenia (n=3) e a perturbação bipolar (n=2), seguidas da depressão major (n=1). Também foram registadas comorbilidades como obesidade (n=2) e hipertensão arterial (HTA) (n=1). O IMC variou entre 23 e 35 kg/m<sup>2</sup>, sendo que metade dos participantes apresentava excesso de peso ou obesidade.

A análise dos antecedentes de internamento psiquiátrico revelou que a maioria (n=5) já havia experienciado internamentos prévios, com exceção de um participante. O número de internamentos variou entre dois e três episódios anteriores.

Todos os participantes referiram ser fumadores, mas nenhum relatou consumo regular de álcool. De acordo com Munaretti & Terra (2007), o tabagismo é frequentemente utilizado como uma estratégia de regulação emocional por indivíduos com perturbações de ansiedade, proporcionando um alívio momentâneo devido à ação da nicotina no sistema nervoso. No entanto, esse efeito é transitório e pode perpetuar a ansiedade ao reforçar o ciclo de dependência e abstinência (Munaretti & Terra, 2007).

Este perfil sociodemográfico evidencia um grupo predominantemente composto por adultos com histórico psiquiátrico significativo, múltiplas comorbilidades e hábitos de vida pouco saudáveis, aspetos que podem impactar diretamente na adesão à prática de AF e na gestão da ansiedade.

A entrevista semiestruturada (Tabela 15, Anexo II) revelou que a maioria dos clientes percebe a sua ansiedade como uma sensação de nervosismo frequente, sem motivo aparente (50%), seguida de pensamentos repetitivos sobre o passado ou futuro (33,3%) e preocupações constantes com a saúde e bem-estar (16,6%). Os sintomas físicos mais mencionados foram palpitações e tonturas (ambos com 33,3%), seguidos de tremores e tensão muscular (16,6%). No âmbito social e emocional, um terço dos participantes (33,3%) referiu sentir-se frequentemente irritado ou desanimado, enquanto 16,6% relataram dificuldades, como evitar situações sociais, enfrentar desafios na manutenção de relacionamentos ou apresentar incapacidade para relaxar e usufruir das atividades diárias.

A maioria dos adultos associou os níveis de ansiedade a fatores como a privação de liberdade, a incerteza sobre o tempo de internamento, a falta de visitas ou apoio familiar, bem como preocupações do futuro no pós-alta.

No que diz respeito à AF, a maioria dos participantes considerou as caminhadas ao ar livre a opção mais benéfica para o bem-estar mental (66,6%), enquanto 16,6% mencionaram exercícios de resistência e/ou afirmaram não saber qual a atividade mais adequada. Em relação à percepção dos efeitos da AF na ansiedade, 66,6% relataram que a prática melhora o bem-estar, enquanto 16,6% mencionaram que algumas atividades aumentam o stress e desconforto, nomeadamente, a escalada.

Cerca de 33,3% dos inquiridos relataram sentir melhorias algumas horas após a prática de AF, enquanto 16,6% indicaram que apenas no dia seguinte percebiam uma redução da ansiedade. No entanto, outros 33,3% não notaram mudanças significativas nos seus níveis de ansiedade.

Relativamente às barreiras à prática de AF, 33,3% apontaram a falta de motivação e limitações físicas ou de saúde como principais obstáculos, enquanto 16,6% mencionaram a escassez de recursos e a insegurança para praticar AF sem companhia.

Quanto às expectativas face à participação no programa ativaMente, metade dos participantes afirmou não ter expectativas concretas, enquanto 33,3% esperavam melhorias na saúde física e mental e 16,6% indicaram a redução da ansiedade como principal objetivo.

A análise da avaliação inicial do Inventário de Estado e Traço de Ansiedade (STAY-Y) (Silva & Campos, 1998) (ver Tabela 16, Anexo II) permitiu identificar diferentes níveis de ansiedade entre os clientes, servindo como referência inicial para a compreensão do estado emocional antes da intervenção.

As pontuações do estado de ansiedade variaram entre 45 e 63, indicando níveis moderados a elevados de ansiedade situacional. O participante 3 destacou-se com uma pontuação de 63, indicando um nível elevado de ansiedade e uma maior vulnerabilidade ao stress. Os restantes indivíduos apresentaram valores dentro do intervalo da ansiedade moderada, com o participante 6 a registar a pontuação mais baixa (45 pontos).

A avaliação do traço de ansiedade revelou uma distribuição variável dos níveis de predisposição ansiosa, com pontuações entre 49 e 62 pontos. Os participantes 3 e 5 obtiveram as pontuações mais elevadas (62 e 61 pontos, respetivamente), indicando uma predisposição significativa para estados ansiosos prolongados. Ambos se enquadraram no patamar de ansiedade elevada, o que pode implicar maior dificuldade na regulação emocional.

Os restantes elementos apresentaram níveis moderados de ansiedade traço. O participante 6 registou a pontuação mais baixa (49 pontos), enquanto os outros obtiveram valores mais elevados, como 51, 57 e 59 pontos, refletindo variações na predisposição para sintomas ansiosos recorrentes.

Importa ainda destacar que os participantes 5 e 6 não permaneceram no programa, um foi internado no SU devido a uma intercorrência clínica, e o outro teve alta clínica. Assim, a amostra final ficou reduzida a quatro participantes.

Os resultados evidenciam que a maioria dos clientes apresentava níveis moderados a elevados de ansiedade estado e traço, reforçando a necessidade de estratégias específicas para a regulação emocional e gestão dos sintomas ansiosos.

Tendo em conta as necessidades identificadas durante a entrevista inicial, verificou-se a pertinência de integrar o Indicador NOC de Autocontrolo da Ansiedade (Sampaio et al., 2018b) no programa. Esta decisão prendeu-se com a necessidade de obter uma avaliação mais objetiva da capacidade dos participantes para gerir a ansiedade, identificando áreas específicas que requeriam intervenção.

No processo de seleção dos indicadores NOC a integrar na avaliação, foram escolhidos aqueles que refletiam as maiores dificuldades manifestadas pelos participantes, assegurando um acompanhamento mais direcionado às suas necessidades. Neste sentido, o indicador relativo ao sono foi incluído apenas para vigilância, uma vez que todos os indivíduos apresentavam um padrão de sono adequado durante o internamento, não justificando uma intervenção específica neste domínio.

A análise dos indicadores NOC (Tabela 17, Anexo II) revelou dificuldades significativas na regulação da ansiedade, nomeadamente na monitorização da sua intensidade, na identificação e eliminação de precursores e na implementação de estratégias eficazes de enfrentamento. Metade dos

participantes demonstrou uma percepção limitada sobre os seus sintomas ansiosos, referindo que raramente conseguia monitorizar ou mitigar fatores desencadeantes. Além disso, o recurso a técnicas adaptativas para lidar com a ansiedade foi pouco frequente, refletindo uma menor autonomia emocional.

A capacidade de controlo da respiração em momentos de ansiedade mostrou-se também reduzida, evidenciando a necessidade de desenvolver estratégias fisiológicas de regulação emocional. Por outro lado, a manutenção das relações sociais apresentou resultados mais favoráveis, sugerindo que, apesar da ansiedade, os participantes conseguiam preservar alguma interação social durante o internamento.

A utilização do indicador NOC permitiu um acompanhamento mais preciso da evolução dos participantes, facilitando ajustes na intervenção.

Os dados recolhidos a partir do questionário de avaliação de conhecimentos sobre AF e ansiedade (Tabela 18, Anexo II) demonstraram que os participantes possuíam um conhecimento básico sobre os temas. Todos os inquiridos identificaram corretamente a definição de AF e reconheceram o impacto positivo da prática regular na saúde mental. No entanto, verificaram-se lacunas significativas no conhecimento sobre as recomendações formais e os riscos da inatividade física.

Apenas um terço dos participantes sabia que a OMS recomenda 150 minutos de AF moderada por semana. Além disso, uma percentagem considerável não reconhecia a inatividade física como um fator de risco equiparável ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool. Metade dos inquiridos desconhecia que a prática regular de AF reduz o risco de desenvolver diabetes tipo 2.

Foram também identificadas conceções erradas sobre o que constitui AF. Parte dos participantes acreditava que apenas exercícios de alta intensidade trazem benefícios para a saúde, e um terço considerava que somente os treinos realizados em ginásios poderiam ser classificados como AF. Essa visão sugere uma associação exclusiva da prática a atividades estruturadas e intensas, desvalorizando atividades diárias, como caminhar ou subir escadas.

Além disso, verificou-se que alguns participantes acreditavam, incorretamente, que a AF poderia agravar os sintomas de ansiedade, enquanto mais de metade desconhecia que a prática ao ar livre pode proporcionar benefícios adicionais para a saúde mental em comparação com exercícios realizados em ambientes fechados. Um terço dos inquiridos não sabia que exercícios de relaxamento, como yoga e tai chi, são eficazes na redução da ansiedade.

Os resultados também indicam que apenas metade dos participantes compreendia a recomendação de limitar o tempo sentado a 6-8 horas diárias, intercalando os períodos de sedentarismo com pausas para AF.

Embora a maioria dos participantes demonstrasse conhecimento sobre os sintomas da ansiedade e as suas possíveis causas, verificou-se um déficit na percepção das estratégias comportamentais mais eficazes para a sua gestão.

Desta forma, esta recolha de dados serviu como base para a definição e orientação das sessões de psicoeducação, permitindo que os conteúdos fossem ajustados às necessidades reais dos participantes.

A avaliação inicial do nível de AF e sedentarismo (DGS, 2018) revelou diferenças significativas entre os participantes no que concerne à regularidade e duração da prática de AF. Verificou-se que um dos indivíduos (participante 1) não realizava qualquer tipo de AF ao longo da semana, evidenciando um nível elevado de inatividade. No SClínico®, ao registar “0 dias” de AF por semana, o sistema preenche automaticamente “0 minutos” para a duração diária, classificando ambos os valores como críticos (vermelho), conforme se apresenta na Tabela 19 (Anexo II).

Por outro lado, os restantes participantes relataram praticar entre 3 a 6 dias de AF por semana. Destaca-se que dois deles (participantes 2 e 3) cumpriam as recomendações da OMS para AF moderada, ao realizarem 6 e 5 dias de AF por semana, respetivamente, atingindo assim os 150 minutos recomendados. Já os participantes 4, 5 e 6 referiram uma frequência de três vezes por semana, com uma duração diária entre 30 e 40 minutos, perfazendo um total semanal inferior às recomendações internacionais.

Relativamente ao tempo diário dedicado a comportamentos sedentários, observou-se uma variação considerável entre os participantes, com períodos que oscilaram entre 5 e 10 horas por dia. Estes valores são elevados e representam um fator de risco adicional para a saúde física e mental. Apenas dois dos inquiridos (participantes 2 e 6) apresentaram tempos de sedentarismo mais baixos, situando-se entre 5 e 6 horas diárias.

Em suma, a avaliação inicial permitiu identificar lacunas significativas na percepção da AF como uma estratégia acessível e eficaz para a gestão da ansiedade, reforçando a importância e pertinência do programa ativaMente.

A análise dos dados permitiu identificar os seguintes diagnósticos de enfermagem:

**Tabela 20 - Diagnósticos da população alvo do estágio II : Contexto nos Cuidados na Unidade de Internamento de Agudos**

Diagnósticos de Enfermagem:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade</li></ul>

### 3.2.5. Execução

Nesta secção, são descritas as intervenções realizadas no âmbito do programa ativaMente, abordando tanto a vertente individual como as dinâmicas em grupo. Para uma visão mais detalhada da estrutura do programa, o Anexo II apresenta o planeamento das sessões, incluindo os conteúdos abordados, a metodologia aplicada e a distribuição do tempo entre as diferentes etapas.

O programa teve como principal objetivo geral promover a prática de AF em adultos com diagnóstico de enfermagem de ansiedade, promovendo a adoção de hábitos mais ativos e o desenvolvimento de estratégias para um melhor controlo da ansiedade. Com base nos objetivos específicos previamente definidos, foram estabelecidos indicadores de resultado que permitiram monitorizar a evolução dos participantes e avaliar o impacto da intervenção.

**Tabela 21 - Critério de Resultado do estágio II: Contexto nos Cuidados na Unidade de Internamento de Agudos**

Critérios de Resultado
<ul style="list-style-type: none"><li>• Que os participantes compreendam a importância de reconhecer e identificar os sinais e manifestações da ansiedade.</li><li>• Que os participantes sejam capazes de reconhecer os estímulos e situações que desencadeiam a ansiedade.</li><li>• Que os participantes compreendam a relação entre sintomas físicos, pensamentos e comportamentos associados à ansiedade.</li><li>• Que os participantes aumentem o conhecimento sobre a influência da AF na regulação da ansiedade e no bem-estar emocional.</li><li>• Que os participantes aumentem o conhecimento sobre AF e ansiedade.</li><li>• Que os participantes reconheçam os benefícios da AF para a saúde mental e física.</li></ul>

- Que os participantes identifiquem os impactos negativos do comportamento sedentário e da inatividade física.
- Que os participantes adquiram estratégias para superar barreiras à prática de AF, adaptadas ao contexto da hospitalização e à vida após a alta.
- Que os participantes demonstrem maior predisposição para incluir a AF na sua rotina, tanto durante a hospitalização como após a alta.
- Que os participantes aumentem os níveis de AF.
- Que os participantes consciencializem a importância da mudança de comportamento para um estilo de vida mais ativo.
- Que os participantes identifiquem e desenvolvam estratégias de *coping* eficazes para lidar com os sintomas ansiosos no dia-a-dia.
- Que os participantes sejam capazes de aplicar estratégias de *coping* para gerir situações de ansiedade de forma mais adaptativa.
- Que os participantes adquiram competências para analisar problemas, identificar soluções e implementá-las de forma eficaz.
- Que os participantes desenvolvam e apliquem estratégias estruturadas para resolver desafios e lidar com situações que desencadeiam ansiedade.
- Que os participantes aumentem o contato social através da prática de AF.
- Que os participantes apresentem uma redução dos níveis de ansiedade.
- Que os participantes evidenciem melhoria nos valores do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade.

A comunicação desempenhou um papel fundamental na condução das intervenções, exigindo uma abordagem ajustada ao perfil dos participantes. Para garantir a compreensão dos conteúdos abordados, recorreu-se a uma linguagem clara e acessível, evitando terminologia excessivamente técnica e privilegiando explicações simplificadas, exemplos práticos e estratégias interativas. Além disso, foram incentivadas a participação ativa e a troca de experiências, criando um ambiente de confiança e envolvimento, facilitando a assimilação dos conteúdos e a sua aplicação na realidade de cada participante.

A intervenção teve início com uma sessão individual com cada participante, onde foram aplicados os guias de AF, ajustados às necessidades identificadas na avaliação inicial.

No caso do participante 1, foi aplicado o Guia Auxiliar de Decisão + Plano de Ação (ver Tabela 19, Anexo II), e foi entregue uma folha de registo da atividade para monitorizar a sua prática de AF. Durante a sessão, identificou a saúde e a perda de peso como aspetos para o próprio, contudo, expressou grande desmotivação para a prática de AF, referindo sentir "preguiça" e não ter interesse por qualquer tipo de exercício, incluindo atividades leves ou estáticas, que considerou monótonas e desinteressantes.

Dado este perfil, a estratégia de intervenção centrou-se no reforço da motivação intrínseca, explorando os benefícios da AF na perda de peso e associando-os a impactos positivos na saúde geral, como o aumento da energia, a melhoria do sono e a regulação do humor. Para minimizar as

barreiras percebidas, foi sugerida a realização de caminhadas durante as saídas terapêuticas autorizadas do serviço, incentivando percursos ligeiramente mais longos. O participante identificou o trajeto até ao café, a aproximadamente cinco minutos de distância, como uma oportunidade para integrar a caminhada na sua rotina e comprometeu-se a realizá-la com uma duração mínima de 20 minutos, pelo menos três vezes por semana, como forma de iniciar a adoção de um comportamento mais ativo. Embora tenha recusado experimentar outras formas de exercício no momento, a caminhada representou um primeiro passo na mudança do comportamento sedentário, com potencial para evolução progressiva consoante a sua adaptação e envolvimento.

Os participantes 2 e 3 apresentavam níveis de AF correspondentes à fase de manutenção, demonstrando preferência por caminhar no exterior do hospital durante as saídas terapêuticas, desde que as condições meteorológicas fossem favoráveis. Referiram ainda que o horário da caminhada variava entre a manhã e a tarde, consoante o estado do tempo.

No âmbito da intervenção, foi-lhes entregue uma folha de registo para monitorizar a prática de AF, à qual se comprometeram a preencher regularmente. Paralelamente, demonstraram interesse em aumentar os seus níveis de AF, reforçando a regularidade da prática.

Com base na estratégia "Torne-se um Líder: Ajudar Ajuda!", foram incentivados a assumir um papel ativo na promoção da AF entre os restantes doentes internados, convidando-os a juntarem-se às caminhadas. Paralelamente, foram estimulados a identificar formas de tornar a prática mais motivadora, como a escolha de percursos mais agradáveis ou a inclusão de dinâmicas sociais que favorecessem a interação e o reforço mútuo. O objetivo desta abordagem foi não apenas consolidar os seus próprios hábitos ativos, mas também fomentar um ambiente coletivo favorável à adoção e manutenção da AF, ampliando o impacto da intervenção para além dos participantes inicialmente envolvidos no programa.

Os participantes 4, 5 e 6 integraram a implementação do Plano de Ação (ver Tabela 22 Anexo II), comprometendo-se a organizar e estruturar a sua prática de AF de forma mais regular. Para apoiar este processo, foi-lhes entregue uma folha de registo diário, permitindo monitorizar a frequência da atividade e reforçar o compromisso com os objetivos definidos.

Durante a intervenção, foram orientados a estabelecer metas específicas e ajustadas à sua realidade, identificando que atividade realizariam, em que dias e horários, e em que contexto. Dado o contexto de internamento e a limitação de recursos disponíveis, procurou-se desenvolver estratégias simples e viáveis para lidar com obstáculos como condições meteorológicas adversas, garantindo que as alternativas sugeridas estivessem alinhadas com as preferências e interesses individuais de cada participante.

Além disso, destacou-se a importância do compromisso pessoal e do apoio social, incentivando a partilha do plano com outras pessoas e promovendo a motivação através do envolvimento coletivo. Através desta abordagem, procurou-se consolidar a AF como um hábito regular, minimizando barreiras e reforçando a autonomia dos participantes na gestão da sua prática.

Todos os participantes, exceto os números 5 e 6, realizaram um registo diário das AF efetuadas, permitindo monitorizar a sua prática e a progressão ao longo da intervenção. A Tabela 23 (Anexo II) apresenta alguns exemplos dos registos realizados, ilustrando a diversidade de atividades desenvolvidas e o nível de adesão ao plano estabelecido.

A avaliação do processo (Tabela 19, Anexo II) na UIA ocorreu no gabinete de enfermagem, assegurando privacidade e conforto. Embora inicialmente prevista para uma frequência semanal, foi ajustada para duas a três vezes por semana, conforme as necessidades individuais.

Os encontros permitiram um acompanhamento contínuo, monitorizando a adesão ao plano de AF, identificando dificuldades e implementando estratégias para superá-las. No registo da prática, os participantes 2 e 3 preenchiem o diário autonomamente e entregavam-no regularmente, enquanto os participantes 1 e 4 necessitavam de supervisão, demonstrando menor interesse no registo escrito.

Além de monitorizar o plano, os encontros funcionaram como um espaço seguro para partilha, facilitando a expressão de dificuldades pessoais, incluindo desafios na prática de AF. O suporte personalizado e a escuta ativa fortaleceram a relação terapêutica e permitiram ajustes contínuos, incentivando um estilo de vida mais ativo e equilibrado, respeitando a complexidade emocional e física de cada participante.

Foram realizadas quatro sessões de psicoeducação em grupo na UIA, com foco na gestão da ansiedade e na incorporação da AF na rotina. A abordagem interativa combinou conteúdos baseados em evidência científica, apresentados através de PowerPoint, com atividades dinâmicas que incentivaram a participação ativa e a partilha de experiências.

A primeira sessão de psicoeducação foi dedicada à importância da AF, destacando os seus benefícios e abordando estratégias para superar barreiras à sua prática.

A sessão teve início com uma saudação calorosa, promovendo um ambiente acolhedor e facilitador da interação. Seguiu-se uma breve explicação sobre os objetivos gerais da psicoeducação, com ênfase no papel fundamental da AF na promoção da saúde mental, destacando a sua relevância como estratégia complementar na gestão da ansiedade.

Neste momento inicial, os participantes foram incentivados a partilhar as suas expectativas e experiências anteriores com a prática de exercício, permitindo uma abordagem mais personalizada. Em seguida, procedeu-se à definição de conceitos essenciais, clarificando o que se entende por AF, exercício físico e sedentarismo, de forma a uniformizar o conhecimento do grupo e garantir que todos compreendiam adequadamente os conteúdos que seriam trabalhados ao longo da sessão.

No desenvolvimento da sessão, abordou-se o impacto do sedentarismo na saúde, destacando as suas consequências físicas e psicológicas, como o aumento do risco de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, redução da força muscular e agravamento dos sintomas de ansiedade e depressão. Foi enfatizado que, mesmo pequenas mudanças no quotidiano, podem trazer benefícios significativos para a saúde e bem-estar.

Prosseguiu-se com a exposição sobre os benefícios da AF, subdivididos em componentes físicos, mentais e emocionais. Foram abordadas melhorias na condição cardiovascular, no fortalecimento muscular e na regulação de parâmetros fisiológicos, como a pressão arterial e a glicemia. No âmbito da saúde mental, destacou-se a redução dos sintomas de ansiedade e depressão, a regulação do humor através da libertação de neurotransmissores e a promoção da autoestima e do bem-estar geral.

Em seguida, foram discutidas as barreiras mais comuns à adesão à prática de exercício, incluindo a falta de tempo, motivação e recursos, assim como a insegurança em relação à prática em ambientes partilhados, muitas vezes associada ao medo de avaliação negativa por terceiros. Cada participante teve a oportunidade de identificar obstáculos pessoais e refletir sobre formas de os ultrapassar. Foram exploradas estratégias motivacionais, incluindo o estabelecimento de metas realistas, a incorporação da AF em atividades diárias e a importância do suporte social.

A componente prática da sessão teve como objetivo demonstrar que a AF pode ser adaptada a diferentes níveis de condição física. A sessão iniciou-se com exercícios leves de aquecimento, como mobilização articular e alongamentos dinâmicos. Seguiu-se com exercícios funcionais simples (caminhadas no local, agachamentos assistidos, elevações de calcanhares e mobilidade lombar e cervical), seguidos de exercícios de resistência muscular (flexões de parede e abdominais modificados). Foram também sugeridos exemplos de atividades aeróbicas simples, como subir escadas, caminhar em diferentes terrenos e dançar.

Na fase de relaxamento, realizaram-se alongamentos estáticos e exercícios respiratórios, como a respiração diafragmática, para promover a recuperação e o retorno à calma. Enfatizou-se a importância do relaxamento muscular e da respiração controlada como estratégias complementares

para a regulação emocional. A sessão foi conduzida de forma dinâmica e interativa, incentivando a participação ativa e a adoção de hábitos físicos no cotidiano.

A conclusão da sessão incluiu a exibição do vídeo motivacional “Estrela de Natal”, que ilustra a importância da perseverança e do treino regular para alcançar objetivos significativos. Este momento serviu como reflexão sobre o impacto da AF na qualidade de vida e na autonomia funcional. Seguiu-se um espaço de partilha, no qual os participantes discutiram as suas percepções sobre o tema e identificaram possíveis formas de integrar o exercício na rotina.

Finalizou-se com um resumo dos pontos-chave abordados e a entrega do questionário de feedback. O próximo encontro foi agendado, reforçando-se a importância da continuidade do envolvimento ativo no programa.

A segunda sessão de psicoeducação teve como foco a incorporação da AF na rotina diária, destacando a importância da regularidade e da adaptação do exercício às necessidades individuais. A sessão teve uma abordagem expositiva e interativa, combinando momentos de reflexão, planeamento e prática de exercícios acessíveis.

A sessão iniciou-se com uma saudação calorosa, reforçando o ambiente acolhedor e promovendo a participação ativa dos presentes. Em seguida, fez-se uma recapitulação dos conteúdos abordados na sessão anterior, com ênfase nos benefícios da AF e nas estratégias para superar barreiras à sua prática. Posteriormente, foram apresentados os objetivos específicos da sessão e os participantes foram convidados a partilhar experiências desde a última sessão, identificando tentativas de incorporação da AF na rotina e eventuais dificuldades encontradas.

Na fase de desenvolvimento, iniciou-se com a explicação dos diferentes tipos de AF, destacando exercícios aeróbios (ex.: caminhada, corrida, dança), anaeróbios (ex.: treino de força, resistência) e de flexibilidade e alongamento. Cada categoria foi ilustrada com exemplos práticos, demonstrando formas simples e acessíveis de integrar esses exercícios no quotidiano.

A componente prática teve como objetivo demonstrar e treinar exercícios que podem ser realizados em qualquer ambiente, sem necessidade de equipamento específico. A prática iniciou-se com um aquecimento baseado em movimentos articulares e marcha no lugar, preparando o corpo para o exercício. Em seguida, foram realizados exercícios aeróbios leves, como elevação alternada dos joelhos, passos laterais e sentar/levantar da cadeira, visando melhorar a resistência cardiovascular e a mobilidade funcional. Posteriormente, introduziram-se exercícios de força utilizando o peso do corpo, incluindo agachamentos, flexões de braço modificadas e elevações dos calcanhares, promovendo o fortalecimento muscular. Na sequência, foram praticados alongamentos dinâmicos

e estáticos, envolvendo os principais grupos musculares, e enfatizando a importância da coordenação entre a respiração e a execução do movimento.

Após a componente prática, discutiu-se a importância do planeamento de uma rotina de AF adaptada às capacidades e limitações individuais. Os participantes foram incentivados a estabelecer metas realistas e progressivas, bem como a utilizar ferramentas de automonitorização, como diários de atividade, para acompanhar a sua evolução.

Foram igualmente discutidas estratégias para a manutenção da motivação a longo prazo, destacando a importância da prática em grupo, da diversificação das atividades e do incentivo contínuo.

A sessão finalizou-se com um momento lúdico de dança, proporcionando um encerramento dinâmico e descontraído. Em seguida, foi realizado um resumo dos principais pontos abordados, incentivando a reflexão sobre a importância da AF no dia-a-dia. Os participantes foram desafiados a implementar pelo menos uma nova AF na sua rotina e a partilhar os resultados na sessão seguinte. Para complementar, foram distribuídos materiais informativos com sugestões práticas e orientações para a continuidade da prática. Após a entrega do questionário de feedback, a sessão foi encerrada com a marcação do próximo encontro e saudações finais.

A terceira sessão de psicoeducação teve como objetivo geral a promoção da AF e, como objetivo específico, o aprofundamento do conhecimento sobre a ansiedade. A metodologia seguiu uma abordagem expositiva e interativa, combinando a apresentação de conteúdos teóricos, momentos de partilha e uma atividade lúdica, integrando o movimento para fomentar a participação ativa.

A sessão iniciou-se com uma saudação calorosa, criando um ambiente seguro e acolhedor. De seguida, foram apresentados os objetivos da sessão e os participantes foram incentivados a partilhar as estratégias que tentaram implementar, promovendo uma reflexão conjunta sobre as dificuldades e benefícios percebidos.

Avançou-se depois para a definição de ansiedade, distinguindo a ansiedade normal da patológica. Explicou-se que a ansiedade é uma resposta natural do organismo a situações desafiadoras, essencial para a adaptação e sobrevivência. No entanto, quando se manifesta de forma excessiva e persistente, interferindo no funcionamento diário, é considerada patológica. Para facilitar a compreensão, foram apresentados exemplos práticos do quotidiano, ilustrando as diferenças entre a ansiedade funcional e aquela que compromete a qualidade de vida.

Foram ainda explorados os sintomas da ansiedade, organizados em quatro dimensões:

- Físicos: palpitações, sudorese excessiva, tremores, tensão muscular, dificuldade respiratória, tonturas e desconforto gástrico, resultantes da ativação do sistema nervoso simpático.
- Emocionais: preocupação excessiva, irritabilidade, medo desproporcional e sensação constante de perigo iminente.
- Cognitivos: dificuldades de concentração, pensamentos negativos recorrentes, hipervigilância e tendência para catastrofizar.
- Comportamentais: evitação de situações ansiogênicas, inquietação, comportamentos compulsivos (ex.: roer unhas, mexer constantemente nos cabelos, balançar as pernas), necessidade excessiva de segurança e, em alguns casos, isolamento social.

Além disso, abordou-se a relação entre ansiedade e o aumento do consumo de substâncias como tabaco, álcool e cafeína, utilizadas frequentemente como estratégias de alívio imediato, mas que, a longo prazo, agravam o quadro ansioso.

Foram também analisados os fatores que contribuem para o desenvolvimento e agravamento da ansiedade, incluindo predisposição genética, fatores ambientais e sociais, experiências de vida e desequilíbrios neuroquímicos. Discutiu-se o impacto do stress crónico e da privação do sono, bem como a influência de determinados hábitos no agravamento da ansiedade. Os participantes foram incentivados a refletir sobre os seus próprios gatilhos, promovendo o autoconhecimento e a adoção de estratégias mais saudáveis para lidar com a ansiedade.

A componente prática da sessão incluiu uma atividade lúdica e interativa, reforçando a importância do movimento na regulação emocional. Para tal, organizou-se um jogo competitivo, no qual cada participante utilizava um rolo de papel previamente desenrolado sobre a mesa, com um copo de plástico leve contendo água colorida na extremidade mais afastada. O objetivo era enrolar o papel o mais rapidamente possível, puxando o copo na sua direção até este alcançar a base do rolo. A dinâmica foi estruturada em formato de torneio eliminatório, com os participantes a competirem em pares, culminando numa grande final para determinar o vencedor do desafio.

Esta atividade visou estimular a interação social, promover a concentração, a coordenação motora e o foco, demonstrando de forma prática a integração do movimento no quotidiano. Além disso, proporcionou um momento de descontração e cooperação, reforçando os benefícios da AF na redução da tensão emocional.

Na fase de conclusão, realizou-se um resumo dos principais conteúdos abordados, reforçando a importância da compreensão da ansiedade e dos seus múltiplos fatores, bem como da identificação de sintomas e gatilhos individuais. Destacou-se ainda o papel da AF como estratégia complementar

na gestão da ansiedade e na promoção do bem-estar. Para consolidar este conhecimento, os participantes foram desafiados a observar e registrar eventuais sintomas de ansiedade ao longo da semana, refletindo sobre os seus fatores desencadeantes e estratégias de autorregulação.

Por fim, procedeu-se à entrega do questionário de feedback, seguindo-se o agendamento da próxima sessão. O encontro encerrou-se com um momento de despedida, reforçando-se a importância da continuidade da participação no programa e da aplicação das estratégias aprendidas no dia a dia.

A quarta sessão de psicoeducação teve como objetivo geral a promoção da AF e, como objetivo específico, a capacitação dos participantes para a gestão da ansiedade através da adoção de estratégias eficazes. A metodologia seguiu uma abordagem expositiva e interativa, integrando conteúdos teóricos, partilha de experiências, treino de técnicas e uma atividade lúdica.

A sessão iniciou-se com uma saudação calorosa, criando um ambiente acolhedor e foram apresentados os objetivos. Procedeu-se a uma breve recapitulação da sessão anterior, reforçando a distinção entre ansiedade normal e patológica. Em seguida, os participantes partilharam reflexões sobre a última semana, nomeadamente sintomas de ansiedade experienciados, fatores desencadeantes e estratégias utilizadas para os gerir. A troca de experiências promoveu um momento de aprendizagem coletiva e validação das vivências individuais.

A fase de desenvolvimento iniciou-se com a técnica de respiração diafragmática, explicando-se o seu impacto na ativação do sistema nervoso parassimpático. Seguiu-se um momento prático, no qual os participantes treinaram a técnica através de inspirações profundas pelo nariz e expirações lentas pela boca.

Discutiram-se também as opções de tratamento da ansiedade, incluindo a TCC, a medicação e a AF regular, evidenciada como um método eficaz para a redução dos sintomas ansiosos e melhoria do bem-estar geral. Foram ainda abordadas outras estratégias de autocuidado, como uma alimentação equilibrada, um sono adequado e a gestão do stress. Reforçou-se a necessidade de um acompanhamento clínico contínuo, assegurado por enfermeiros especialistas, médicos e psicólogos, bem como a importância de integrar as aprendizagens adquiridas na rotina diária.

Realizou-se a atividade "Corrida dos Balões", uma dinâmica lúdica e interativa que ilustrou a relação entre a acumulação da ansiedade e a necessidade de autorregulação. Cada participante recebeu um balão vazio, que foi sendo insuflado à medida que pensavam em situações ansiogénicas. Com os balões cheios, os participantes alinharam-se numa linha de partida, tendo como objetivo deslocar o balão até à linha de chegada com toques suaves das mãos, sem o deixar cair ou rebentar. Caso

o balão caísse, deveriam parar, realizar três respirações profundas e retomar o percurso, reforçando o papel do controlo respiratório na regulação emocional.

Após a atividade, promoveu-se uma reflexão conjunta, discutindo-se o impacto do acúmulo da ansiedade, a importância do autocontrolo e a utilização de estratégias como a respiração e o movimento para reduzir a tensão emocional. A analogia com o balão enfatizou a necessidade de uma gestão equilibrada da ansiedade, evitando que esta atinja níveis incapacitantes.

Na fase de encerramento, realizou-se um resumo dos conteúdos abordados, incentivando os participantes a identificar as estratégias que consideraram mais úteis e aquelas que pretendiam implementar no seu quotidiano. Reforçou-se ainda a importância da procura de apoio profissional sempre que necessário, sobretudo nos casos em que a ansiedade compromete o funcionamento diário.

Informou-se que esta foi a última sessão do programa de psicoeducação, reconhecendo-se os progressos dos participantes e a continuidade do suporte disponível. Explicou-se que a próxima sessão consistiria na avaliação final, que incluiria a reaplicação das escalas para analisar os avanços, identificar dificuldades persistentes e definir estratégias para a manutenção das aprendizagens adquiridas ao longo do programa.

A sessão encerrou-se com a entrega do questionário de feedback, seguida de um momento de despedida, reforçando-se a autonomia dos participantes na gestão da ansiedade e incentivando a aplicação das estratégias aprendidas para a promoção da saúde mental.

A sessão de avaliação final teve como objetivo avaliar os progressos dos participantes ao longo do programa. Iniciou-se com uma saudação calorosa, criando um ambiente acolhedor e seguro, seguido de uma revisão breve dos objetivos do programa e dos principais conteúdos abordados durante a intervenção.

Durante a avaliação, os participantes preencheram os mesmos instrumentos de avaliação utilizados na avaliação inicial, o que permitiu uma análise comparativa da evolução nas áreas de AF e gestão da ansiedade.

Após a aplicação dos questionários, foi feito um resumo dos resultados, destacando os benefícios da prática regular de AF e as estratégias de gestão da ansiedade. Reforçou-se a importância da continuidade das práticas saudáveis, informando que o acompanhamento contínuo está disponível através da equipa hospitalar, caso necessário.

Na fase final da sessão, os participantes foram incentivados a refletir sobre os seus progressos e a manter os hábitos saudáveis adquiridos ao longo do programa. A sessão terminou com a reflexão

sobre se as expectativas iniciais haviam sido alcançadas. A saudação final destacou a autonomia dos participantes na gestão da sua saúde e bem-estar, reforçando o compromisso contínuo com um estilo de vida ativo.

### **3.2.6. Resultados e Avaliação**

Na presente seção apresentam-se os resultados e avaliação da implementação do programa ativaMente.

Os dados recolhidos da avaliação do processo (Tabela 19, Anexo II) demonstraram progressos na adesão à AF, comprovadas pelos registos diários e pela continuidade da prática ao longo do internamento. A abordagem personalizada e o espaço de partilha contribuíram para maior motivação e bem-estar emocional, refletindo-se numa perceção positiva das mudanças no estilo de vida.

Os resultados obtidos através do Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) (Silva & Campos, 1998) (Tabela 16, Anexo II) revelaram variações nos níveis de ansiedade dos participantes.

O participante 1 manteve o mesmo nível de ansiedade estado (50), sem variação, indicando a ausência de alterações significativas. No entanto, verificou-se um aumento de 3 pontos na ansiedade traço (de 57 para 60), mantendo-se esta classificada como elevada, o que poderá estar associado ao aumento dos delírios auditivos reportados pelo próprio.

O participante 2 apresentou uma redução de 5 pontos na ansiedade estado (de 50 para 45) e de 3 pontos na ansiedade traço (de 51 para 48). Estes resultados indicam que o participante respondeu positivamente às estratégias do programa e demonstrou uma boa adesão às atividades propostas.

O participante 3 evidenciou uma redução expressiva nos níveis de ansiedade, quer na dimensão estado, com menos 13 pontos (de 63 para 50), quer na dimensão traço, com menos 8 pontos (de 62 para 54). Estes resultados podem ser atribuídos não apenas à participação no programa, mas também à melhoria das suas condições de vida, nomeadamente o apoio social recebido e a mudança para uma nova residência.

O participante 4 registou um aumento de 4 pontos na ansiedade estado (de 48 para 52), possivelmente justificado pela restrição das saídas terapêuticas, fator que poderá ter contribuído para um aumento da frustração e da perceção de ansiedade momentânea. No entanto, verificou-se

uma redução de 8 pontos na ansiedade traço (de 59 para 51), indicando que, apesar do impacto da dificuldade momentânea, o programa teve um efeito positivo na gestão da ansiedade a longo prazo.

Os resultados indicam que o programa ativaMente pode contribuir para a gestão da ansiedade dos participantes.

Observou-se um progresso significativo nos Indicadores NOC (Sampaio et al., 2018b), com uma melhoria generalizada em todos os parâmetros avaliados entre os participantes. Para uma visualização detalhada dos resultados, consultar a Tabela 17 no Anexo II.

Nenhum dos participantes permaneceu nas categorias mais baixas, e todos passaram a situar-se entre "algumas vezes demonstrado" (50%) e "frequentemente demonstrado" (50%), refletindo um maior domínio de estratégias de gestão da ansiedade. Destacam-se avanços nos seguintes aspetos: monitorização da intensidade da ansiedade; eliminação de percussores da ansiedade; planeamento de estratégias de enfrentamento para situações stressantes; utilização de estratégias eficientes de enfrentamento e controlo da respiração em momentos de ansiedade.

Os progressos mais expressivos foram observados nos indicadores "mantém as relações sociais" e "monitoriza manifestações comportamentais de ansiedade", nos quais 75% dos participantes passaram a demonstrar estas competências com frequência. Os resultados indicam que os participantes desenvolveram maior consciência da ansiedade e adquiriram estratégias mais eficazes para a sua gestão, melhorando a regulação emocional e a adaptação.

A avaliação final do questionário (Tabela 18, Anexo II) evidencia uma evolução positiva no conhecimento dos participantes sobre AF e ansiedade, refletindo um impacto favorável do programa no conhecimento em saúde.

Destacam-se progressos expressivos em questões relacionadas com a definição e os efeitos da AF, nomeadamente o reconhecimento do sedentarismo como um fator de risco, a importância da prática regular de AF na prevenção de doenças crónicas não transmissíveis e a influência positiva do exercício na regulação da ansiedade.

No entanto, registaram-se pequenas regressões em algumas questões, como a perceção sobre barreiras à prática de AF, a recomendação de tempo sentado e a eficácia de diferentes tipos de exercício na redução da ansiedade, indicando a necessidade de um reforço informativo nesses aspetos.

De um modo geral, os resultados demonstram que o programa contribuiu para o aumento do conhecimento em saúde, promovendo uma melhor compreensão do papel da AF na gestão da

ansiedade, aspectos fundamentais para a adoção e manutenção de hábitos mais saudáveis a longo prazo.

A avaliação final do nível de AF e sedentarismo (Tabela 19, Anexo II) evidencia melhorias na prática de AF entre os participantes, ainda que o comportamento sedentário continue a ser um desafio no contexto do internamento.

Destaca-se a progressão do participante 1, que passou de uma situação de inatividade total para a realização de AF três vezes por semana, com uma duração diária de 20 minutos. Embora ainda não atinja a recomendação mínima de 150 minutos semanais de AF moderada da OMS, essa evolução já representa ganhos em saúde, especialmente considerando o impacto positivo mesmo de pequenas quantidades de exercício.

Os intervenientes 2, 3 e 4 atingiram sete dias de AF por semana, com aumento ou manutenção da duração diária, refletindo uma adesão consolidada ao programa. O participante 3, em particular, apresentou um aumento expressivo na duração diária de AF, passando de 30 para 60 minutos, atingindo um nível ótimo de prática.

Quanto ao tempo sentado diário, observa-se que, apesar da melhoria em alguns casos (exemplo: o participante 2 reduziu de 6 para 5 horas diárias), o comportamento sedentário continua elevado, especialmente entre os Participantes 1, 3 e 4. Este padrão pode ser atribuído às limitações do ambiente de internamento, que dificulta a adoção de um estilo de vida mais ativo devido à falta de estímulos para o movimento.

No geral, os resultados demonstram que o programa teve um impacto positivo na promoção da AF, no entanto, a redução do comportamento sedentário ainda representa um desafio, reforçando a necessidade de estratégias complementares para estimular o movimento ao longo do dia na UIA.

Na avaliação final, dos quatro participantes envolvidos, dois, apesar de não terem expectativas iniciais, relataram sentir-se bem após a participação no programa. Os outros dois indicaram sentir-se mais tranquilos, indo de encontro às suas expectativas.

Em conclusão, os resultados sugerem que a participação no programa teve um impacto positivo na redução da ansiedade, evidenciando os benefícios da prática de AF.

### 3.2.7. Atividades Complementares

Para além das intervenções estruturadas no âmbito do programa ativaMente, foram desenvolvidas atividades complementares que contribuíram para enriquecer a experiência clínica e alargar as estratégias de promoção da saúde mental e de partilha de conhecimento, que consistiram na implementação de AF no UIA e na Apresentação do Programa ativaMente na disciplina de Estilos de Vida. Seguem-se a descrição e a análise dessas atividades.

Dado que a AF é amplamente reconhecida como um coadjuvante terapêutico na maioria das patologias de saúde mental, a sua promoção deve ser incentivada em todos os contextos de cuidados, incluindo o internamento psiquiátrico. No sentido de fomentar a mobilização e minimizar os efeitos do sedentarismo no internamento, foram desenvolvidas atividades físicas adaptadas na sala de estar da UIA, orientadas e supervisionadas ao longo do estágio. Esta iniciativa visou proporcionar uma oportunidade de envolvimento ativo a todos os clientes interessados, independentemente da sua inclusão formal no programa ativaMente, assegurando uma abordagem inclusiva e ajustada às diferentes condições físicas e cognitivas.

As atividades consistiram em exercícios simples e de baixo impacto, como marcha no lugar com apoio na cadeira, elevação dos membros superiores e deslocamento pelo corredor da unidade, sendo adaptadas às necessidades individuais. Para além do incentivo ao movimento, estas sessões procuraram também promover momentos de socialização e bem-estar, reforçando a interação entre os clientes e contribuindo para um ambiente terapêutico mais dinâmico e estimulante.

No âmbito da Unidade Curricular "Estilos de Vida e Problemáticas de Saúde Mental", do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi realizada, no dia 19 de novembro de 2024, uma intervenção enquanto preletora, com a duração de uma hora, sob o tema "Promoção da AF no Adulto com Ansiedade".

O principal objetivo desta atividade foi partilhar a experiência adquirida nos estágios, fornecendo um testemunho prático sobre a implementação do Programa ativaMente e a sua aplicabilidade na promoção da AF como estratégia terapêutica na gestão da ansiedade. Pretendeu-se, assim, capacitar os enfermeiros, dotando-os de ferramentas e conhecimentos essenciais para a integração do aconselhamento breve na promoção da AF, reforçando a sua relevância como parte integrante do plano terapêutico.

A aula proporcionou um espaço de reflexão sobre o impacto da AF na saúde mental, explorando os desafios da sua implementação e os benefícios para a prática de enfermagem. Além disso,

destacou-se a importância da AF como intervenção acessível e baseada em evidência, promovendo uma abordagem mais integrada e eficaz na prestação de cuidados em saúde mental.

### 3.2.7.1 Estudo de caso

Foi desenvolvido um estudo de caso com uma cliente de 30 anos, casada e mãe de uma criança menor, internada na UIA na sequência de uma tentativa de suicídio, no contexto de uma perturbação depressiva, agravada por fatores psicossociais e stress laboral. À admissão, manifestava arrependimento, sentimentos de culpa e desesperança, especialmente relacionados com o seu papel materno e dificuldades na gestão das exigências do quotidiano.

Na avaliação inicial, foi realizada uma entrevista clínica e aplicada a Escala de Depressão de Beck (EDB) (Beck et al., 1988b; Cunha, 2001), permitindo aferir a gravidade do humor depressivo, que se revelou moderado (24 pontos). Além disso, foram identificadas alterações significativas no padrão do sono, nomeadamente insónia inicial e intermédia, com impacto negativo no bem-estar emocional e na funcionalidade da cliente.

Dado o papel fundamental do sono na regulação emocional, a primeira intervenção centrou-se na implementação de estratégias de higiene do sono, com o objetivo de melhorar a qualidade do descanso. Posteriormente, foi priorizada a RAP, criando um espaço seguro para a expressão emocional e promovendo o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas, com foco no reforço da autoeficácia e da resiliência emocional.

A alta não estava inicialmente planeada, tendo ocorrido de forma inesperada. No entanto, a reavaliação final evidenciou melhorias no humor depressivo (EDB = 22 pontos), sugerindo uma evolução favorável. Considerou-se que a manutenção prolongada do internamento poderia comprometer a autonomia da cliente e reforçar padrões de dependência emocional. Assim, com a estabilização sintomática, procedeu-se à alta clínica para o domicílio, assegurando o acompanhamento psiquiátrico e de enfermagem, garantindo a monitorização contínua e a prevenção de recaídas.

### **3.3. Contexto dos Cuidados Diferenciados**

O estágio no contexto dos cuidados diferenciados realizou-se no EP entre 25 de novembro de 2024 e 10 de janeiro de 2025, com uma carga horária total de 90 horas, sob a orientação de um EEESMP.

#### **3.3.1. Caracterização do Contexto Clínico**

O EP organiza-se em vários pavilhões destinados ao alojamento dos reclusos. Conta com um serviço clínico e uma secção específica, a Unidade X, que presta cuidados sociais e de saúde a reclusos com problemas de toxicodependência. Os membros desta unidade comprometem-se a manter a abstinência do consumo de drogas e, para isso, participam diariamente em diversas atividades enriquecedoras, orientadas por uma equipa multidisciplinar. Estas atividades têm como objetivo fomentar comportamentos de grupo por modelagem, promovendo a reabilitação e o desenvolvimento pessoal.

Na Unidade X, a abstinência, por si só, não é suficiente. Pretende-se que os reclusos compreendam as razões subjacentes ao seu consumo e dependência, adquirindo ferramentas para uma mudança sustentável. O tratamento adotado é livre de qualquer droga, incluindo a medicação de substituição, proporcionando um ambiente de aprendizagem e experimentação de competências pessoais e sociais. O objetivo é facilitar a construção de um projeto de vida sem drogas. A intervenção planeada no presente projeto será desenvolvida em colaboração com os membros da Unidade X, promovendo a sua participação ativa no processo.

No que diz respeito aos serviços clínicos, destaca-se a sala de atendimento de enfermagem, onde são realizados diversos procedimentos. A enfermaria, localizada na área clínica do EP, permite um acompanhamento próximo e contínuo por parte dos profissionais de saúde, assegurando tratamento adequado aos reclusos que necessitam de vigilância e apoio para o seu bem-estar e qualidade de vida.

A equipa multidisciplinar dos serviços clínicos é composta por médicos de clínica geral e psiquiatria, enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, enfermeiros generalistas, psicólogos, técnicos superiores de reeducação, auxiliares de ação médica, guardas prisionais e administrativos.

O EP acolhe reclusos de diferentes idades e com várias comorbilidades associadas. Entre as patologias mais comuns encontram-se doenças cardiovasculares e metabólicas, como a HTA e a diabetes, bem como perturbações do foro psiquiátrico, incluindo depressão, ansiedade e perturbações de personalidade. A toxicodependência é um dos maiores desafios entre a população reclusa. Muitos reclusos fazem uso de medicação para abstinência do álcool, recorrem à metadona e integram a Unidade X para conseguirem abandonar a dependência.

### 3.3.2. Objetivos

Para este local de estágio foram estabelecidos os seguintes objetivos gerais:

- Atuar em conformidade com as normas legais, princípios éticos e deontológicos da profissão, assegurando que as intervenções respeitam os direitos e a dignidade dos reclusos, promovendo a sua reabilitação e reinserção social.
- Compreender a dinâmica da saúde mental no contexto prisional, analisando o impacto do ambiente de reclusão na saúde psicológica e física dos participantes do programa ativaMente.
- Promover o bem-estar biopsicossocial dos reclusos através da implementação de um programa de AF estruturado, baseado no MPS de Nola Pender.
- Contribuir para a redução da sintomatologia associada à ansiedade e ao consumo de substâncias, melhorando a perceção de autocontrolo, autoestima e resiliência dos participantes.
- Desenvolver competências profissionais no âmbito da ESMP, aprimorando a capacidade de planear, implementar e avaliar intervenções terapêuticas adaptadas ao ambiente prisional.
- Criar estratégias para incentivar a adesão dos reclusos ao programa, garantindo a continuidade das intervenções e otimizando os ganhos terapêuticos.

Objetivos Específicos:

- Aprofundar o autoconhecimento e a reflexão crítica sobre a atuação no contexto prisional, avaliando os desafios e potencialidades da enfermagem em saúde mental nesta realidade.

- Monitorizar os efeitos da AF na ansiedade, bem-estar emocional e comportamento dos participantes, utilizando instrumentos de avaliação clínica padronizados.
- Analisar a perceção dos reclusos sobre o impacto do programa, recolhendo feedback para aprimorar as estratégias de intervenção.
- Promover a comunicação terapêutica eficaz, utilizando abordagens verbais e não verbais que facilitem a expressão emocional e a construção de uma relação de confiança com os participantes.
- Estimular a autonomia e a autorregulação emocional dos reclusos, incentivando a adoção de estratégias saudáveis de enfrentamento do stress e da ansiedade.
- Adaptar as intervenções às limitações e barreiras existentes no contexto prisional, desenvolvendo criatividade e resiliência na aplicação das estratégias terapêuticas.
- Trabalhar em articulação com a equipa multidisciplinar do EP, contribuindo para a construção de um ambiente terapêutico mais favorável à recuperação e reabilitação dos reclusos.
- Avaliar a viabilidade e os desafios da implementação do programa ativaMente em ambiente prisional, propondo melhorias para a sua continuidade e expansão futura.
- Desenvolver e aprimorar competências psicoterapêuticas, aplicando intervenções baseadas em abordagens cognitivas, comportamentais e humanistas, adaptadas às necessidades dos reclusos.
- Desenvolver um estudo de caso sobre a evolução de um dos participantes do programa, utilizando o processo de enfermagem para documentar os progressos e desafios enfrentados.

### **3.3.3. Contextualização**

A saúde mental da população prisional tem sido um tema de crescente preocupação, dada a elevada prevalência de ansiedade e depressão entre os reclusos. Num EP em Portugal, Azevedo (2014) revelou que 56,4% dos reclusos apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, com prevalências de 41% e 15,4%, respetivamente. A privação da liberdade, associada a condições

prisionais adversas e à incerteza sobre o futuro, intensifica o sofrimento psicológico, dificultando a adaptação dos indivíduos ao meio prisional (Ruiz, 2007). Além disso, fatores como isolamento social, história de abuso de substâncias e risco de suicídio agravam a vulnerabilidade emocional dos reclusos, tornando essencial a existência de estratégias eficazes de intervenção (Cardoso et al., 2024).

No ambiente prisional, o estigma influencia significativamente a forma como os reclusos percebem a sua condição e interagem com os serviços disponíveis, incluindo os de saúde mental (Damas, 2021; Salgueiro, 2016). Matos (2022) destaca que os reclusos gerem as suas relações dentro da prisão de forma estratégica, procurando adaptar-se à dinâmica social e preservar a sua posição dentro do grupo. A pertença a determinados grupos e a hierarquia prisional parecem condicionar a expressão emocional das pessoas em situação de reclusão. A partir das interações observadas durante o estágio, verificou-se que alguns evitavam demonstrar sofrimento psicológico ou procurar apoio especializado, possivelmente por receio de serem vistos como fracos ou alvos fáceis dentro do EP. Esta dinâmica pode representar um obstáculo à adesão a intervenções em saúde mental, reforçando a necessidade de abordagens que considerem as especificidades do contexto prisional.

Neste sentido, a AF surge como uma ferramenta eficaz para mitigar os impactos negativos da privação da liberdade, promovendo tanto o bem-estar físico como o psicológico. O estudo de Santos (2020), realizado num EP em Portugal, demonstrou que programas de exercício físico, como futsal e musculação, resultaram em melhorias significativas na aptidão física (87,5%), no controlo do stress (84,38%) e na redução da ansiedade (90,63%). Para além disso, a prática regular de AF fortalece a autoestima, reduz conflitos internos e melhora a socialização dentro do EP (Santos et al., 2020). No entanto, apesar dos benefícios comprovados, a oferta destas atividades ainda é limitada, sendo necessária uma maior integração da AF nas políticas de saúde prisional.

O EEESMP desempenha um papel crucial na deteção precoce e intervenção junto dos reclusos com perturbações mentais. Azevedo (2014) sublinha que os reclusos com sintomatologia mais grave recorrem frequentemente aos serviços de saúde, sendo a triagem realizada pelos enfermeiros um elemento essencial para o encaminhamento dos casos mais críticos. Para além da avaliação clínica, o EEESMP desenvolve intervenções terapêuticas estruturadas, como grupos de apoio, técnicas de relaxamento e estratégias de *coping*, que têm demonstrado um impacto positivo na redução da ansiedade e depressão entre os reclusos (Azevedo, 2014; Cardoso et al., 2024).

Em suma, a gestão da saúde mental no contexto prisional exige uma abordagem integrada, que inclua a redução do estigma, a implementação de programas de AF e o reforço do papel do EEESMP. Estas medidas asseguram um acompanhamento eficaz dos reclusos e promovem a sua

reintegração social. O programa AtivaMente desempenha um papel essencial ao utilizar a AF como estratégia terapêutica para reduzir a ansiedade e consolidar-se como um coadjuvante terapêutico na saúde mental dos reclusos.

### **3.3.4. Avaliação das Necessidades**

Seguindo a estrutura do programa, caracterizaram-se os reclusos através da entrevista e dos instrumentos previamente descritos, permitindo adequar a intervenção e estabelecer um ponto de referência para a avaliação.

O programa ativaMente foi planeado para os membros da Unidade X, composto por 11 adultos do sexo masculino. Para garantir que todos os participantes cumpriam os critérios de elegibilidade para integrar o programa, foi realizada uma entrevista de avaliação prévia. A seleção baseou-se na recolha de dados obtidos através da entrevista individual (Anexo III), considerando-se elegíveis os reclusos que verbalizassem sintomas de ansiedade, inquietação, irritabilidade e/ou pânico (ESEP, 2025). A definição da amostra incluiu a exclusão de reclusos com défice cognitivo que pudesse comprometer a participação ativa no programa.

Todos os membros relataram manifestações de ansiedade que estavam frequentemente associadas a fatores como preocupações com a situação jurídica, receios sobre o futuro, afastamento da família e conflitos interpessoais no ambiente prisional. Estes dados sustentam o diagnóstico de enfermagem de ansiedade, conforme definido pela Ontologia (ESEP, 2025).

Após a identificação dos membros elegíveis, apresentou-se o programa ativaMente ao grupo, esclarecendo o seu propósito e a necessidade da intervenção. Em seguida, foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido.

A entrevista semiestruturada permitiu a avaliação sociodemográfica (Tabela 24, Anexo III) dos 11 participantes do programa. O grupo foi composto exclusivamente por adultos do sexo masculino, com idades entre 28 e 50 anos (média de 40 anos). Todos são solteiros e a maioria detém o ensino básico de escolaridade, enquanto alguns concluíram o ensino secundário. O IMC médio é de 27,2 kg/m<sup>2</sup>, variando entre 24,4 kg/m<sup>2</sup> e 36,0 kg/m<sup>2</sup>, indicando que a maioria dos participantes se encontra com excesso de peso. Apenas um participante referiu uma comorbidade, sendo esta Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Quanto ao tabagismo, aproximadamente metade do grupo declarou ser fumador.

Os principais resultados da entrevista semiestruturada (Tabela 25, Anexo III) revelam que a maioria dos participantes associa a sua ansiedade a pensamentos repetitivos sobre o passado ou o futuro (54,5%) e à sensação de nervosismo frequente, mesmo sem motivos aparentes (45,45%). Além disso, a ansiedade manifesta-se predominantemente através de sintomas físicos, sendo os mais reportados batimentos cardíacos acelerados ou palpitações (81,8%), seguidos por tonturas (9,09%) e tensão muscular (9,09%).

O impacto da ansiedade na vida social e emocional dos participantes também se mostrou significativo, com 72,2% a referirem sentir-se frequentemente irritados ou desanimados, enquanto outros indicaram evitar situações sociais por medo ou desconforto (9,09%), dificuldades em manter relacionamentos próximos (9,09%) e dificuldade em relaxar e desfrutar de atividades diárias (9,09%).

Relativamente à prática de AF, é importante destacar que, na Unidade X, esta integra o plano diário dos reclusos, decorrendo de segunda a sábado, sempre a partir das 9 horas da manhã. As atividades incluem musculação, torneios de futebol, basquetebol e badminton, garantindo que todos os participantes atingem, pelo menos, os 150 minutos semanais recomendados para a promoção da saúde, cujos benefícios estão amplamente comprovados na literatura científica.

Sobre os efeitos da AF na ansiedade, 90,9% dos participantes afirmaram notar uma grande diferença na redução dos sintomas, enquanto apenas 9,09% referiram não perceber mudanças significativas.

Um dos desafios identificados na prática regular de AF foi a monotonia, apontada por 45,45% dos participantes como um fator desmotivador. Além disso, 36,6% relataram que algumas atividades não são adequadas para si, e 9,09% referiram falta de motivação para certos exercícios.

Quando questionados sobre o tipo de AF que consideram mais benéfica para a sua saúde mental, 54,5% demonstraram preferência por atividades competitivas, incluindo jogos e torneios de futebol e basquetebol, enquanto 45,5% dos participantes destacaram os exercícios de resistência, como musculação e treino funcional. Estes resultados reforçam a necessidade de estratégias diversificadas para atender às diferentes preferências e manter a motivação para a prática regular de AF.

Em relação às expectativas com a participação no programa "ativaMente", 45,5% dos participantes esperam controlar e reduzir a sua ansiedade, enquanto 27,27% acreditam que o programa pode melhorar a sua saúde física e mental, e outros 27,27% esperam adquirir mais conhecimentos sobre o tema.

Os resultados confirmam o impacto positivo da AF na redução da ansiedade dos participantes, mas também evidenciam a importância da diversificação das atividades para evitar a monotonia e maximizar os benefícios da prática regular.

A avaliação inicial dos níveis de ansiedade, realizada através do Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI-Y) (Silva & Campos, 1998), visualizar a Tabela 26, Anexo III, revelou variações significativas entre os participantes, tanto na ansiedade estado como na ansiedade traço. Os valores iniciais da ansiedade estado oscilaram entre 30 e 62 pontos, com uma média de 44,6, sugerindo que alguns indivíduos apresentavam níveis elevados de ansiedade momentânea, possivelmente influenciados por fatores contextuais ou circunstanciais. Já a ansiedade traço, com valores iniciais entre 32 e 73 pontos e uma média de 47,4, indicou que, para alguns participantes, a ansiedade pode estar mais enraizada em padrões emocionais persistentes, refletindo uma predisposição ansiosa mais consolidada. Estes resultados evidenciam a importância de estratégias adaptadas às especificidades de cada indivíduo, integrando abordagens que contemplem tanto a regulação emocional no momento presente como a gestão da ansiedade a longo prazo.

A análise dos indicadores NOC (Sampaio et al., 2018b) (Tabela 27, Anexo III) permitiu compreender como os participantes percebem e lidam com a sua ansiedade. Embora muitos reconheçam os sinais físicos associados a esta condição, poucos têm o hábito de monitorizar a sua intensidade. A maioria apenas se apercebe da ansiedade quando os sintomas se tornam mais evidentes, o que dificulta a adoção de estratégias preventivas.

Para gerir a ansiedade, verificou-se que os reclusos recorrem a estratégias espontâneas, sem um planeamento estruturado. Manter-se ocupado surgiu como uma forma de evitar pensamentos intrusivos, enquanto outros optam por se afastar de determinadas situações para reduzir o desconforto. No entanto, essas abordagens nem sempre garantem um alívio duradouro. Apenas alguns participantes referiram utilizar métodos mais direcionados, como técnicas de relaxamento ou exercício físico, mas de forma pouco consistente.

O impacto da ansiedade também se reflete na qualidade do sono. Muitos participantes mencionaram dificuldades em adormecer, despertares frequentes ou uma sensação de fadiga ao acordar. A ansiedade parece estar particularmente presente nos momentos que antecedem o descanso, dificultando a transição para um sono reparador. Alguns referiram já ter experimentado estratégias pontuais para melhorar a qualidade do sono, mas sem um efeito consistente.

Relativamente à AF, alguns participantes referiram que este momento do dia contribui para reduzir a tensão e proporcionar um estado de maior equilíbrio emocional. No entanto, essa percepção varia

entre os indivíduos, sugerindo que o impacto da AF na gestão da ansiedade pode depender de fatores como envolvimento, motivação e tipo de exercício realizado.

Estes resultados reforçam a necessidade de abordagens que promovam um melhor controlo da ansiedade, ajustando a intervenção às necessidades individuais e potenciando os efeitos positivos da AF no bem-estar dos participantes.

A análise dos dados iniciais do questionário de avaliação de conhecimentos (Tabela 28, Anexo III) sobre AF e ansiedade evidencia um nível de conhecimento prévio relativamente elevado entre os participantes em várias áreas, mas também permite identificar algumas lacunas importantes.

Verificou-se que várias questões apresentaram inicialmente uma taxa de resposta correta de 100%, nomeadamente aquelas relacionadas com a definição de AF, os benefícios da sua prática regular para a saúde cardiovascular e mental, bem como o seu impacto positivo na redução da ansiedade. Além disso, os participantes demonstraram uma compreensão adequada dos sintomas da ansiedade e dos mecanismos neurofisiológicos envolvidos na sua manifestação.

Contudo, algumas questões apresentaram um nível de acerto inferior a 75%, o que sugere dificuldades específicas em determinados conceitos. Em particular, verificou-se um conhecimento mais reduzido sobre a importância da diminuição do tempo sedentário e a necessidade de pausas frequentes para mitigar os seus efeitos. A questão relativa aos benefícios da prática de AF ao ar livre também registou uma taxa de acerto inferior, indicando uma possível falta de compreensão sobre os efeitos ambientais na regulação do stress e da ansiedade. Adicionalmente, foi observada alguma confusão relativamente à eficácia dos diferentes tipos de exercício na redução da ansiedade, sendo que uma percentagem considerável de participantes acreditava, de forma incorreta, que apenas os exercícios aeróbicos proporcionam esse benefício. Do mesmo modo, poucos reconheceram que a combinação de exercícios aeróbicos e de força pode ser mais eficaz do que a prática isolada de um único tipo de atividade.

Os resultados indicam que, apesar de os participantes demonstrarem um conhecimento prévio considerável sobre AF e ansiedade, subsistem algumas lacunas que podem comprometer a adoção de práticas mais diversificadas e eficazes para a promoção da saúde mental.

A aplicação do questionário sobre os níveis de AF e sedentarismo (DGS, 2018) (Tabela 29, Anexo III) revelou que 10 participantes realizavam AF em 6 ou mais dias por semana, durante 60 minutos diários, e permaneciam sentados, em média, 3 horas por dia. Apenas um participante apresentou uma frequência menor, praticando 5 dias por semana durante 20 minutos, com um tempo sedentário de 6 horas diárias, devido a motivos pós-cirúrgicos, encontrando-se em processo de reintegração gradual à prática de AF.

A adoção de hábitos saudáveis, como a prática de AF, pode desempenhar um papel importante na cessação do abuso de substâncias, favorecendo a regulação emocional e reduzindo o desejo compulsivo pelo consumo (Ferreira et al., 2017). Dada esta relação, optou-se pela utilização da Escala SOCRATES 8D (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) (Miller, 1987) para avaliar a motivação dos participantes para a mudança comportamental associada ao consumo de substâncias.

A SOCRATES 8D é um instrumento de autorelato validado para a população portuguesa, permitindo avaliar três dimensões da motivação para a mudança (Janeiro et al., 2016):

- Reconhecimento do Problema: percepção da gravidade do consumo e desejo de mudança.
- Ação: implementação de estratégias concretas para modificar o comportamento.
- Ambivalência: dúvidas sobre a necessidade de mudança, influenciando a tomada de decisão.

A escala é composta por 19 itens avaliados numa escala Likert de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente). As pontuações finais de cada dimensão são obtidas através da soma dos respetivos itens e comparadas com os percentis normativos do estudo de validação para a população portuguesa (Janeiro et al., 2016).

Com base nesses percentis, os participantes são classificados num dos estágios de mudança do Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (1983):

- Pré-contemplanção: O indivíduo não reconhece o problema e não considera a mudança.
- Contemplanção: Reconhece o problema e pondera a mudança, mas sem decisões concretas.
- Preparação: Decidiu mudar e pode ter iniciado pequenas alterações no comportamento.
- Ação: Modifica ativamente o comportamento e implementa mudanças concretas.
- Manutenção: Mantém a mudança e previne recaídas.

Os dados apresentados na Tabela 30 do Anexo III revelam que:

- Reconhecimento do Problema: A maioria dos participantes apresentou valores moderados a altos (28-37 pontos), sugerindo consciência do problema. Apenas um participante obteve um valor inferior a 30, indicando menor reconhecimento.

- **Ação:** Os valores variaram entre 28 e 40 pontos, refletindo diferentes níveis de envolvimento na mudança: alguns já implementavam estratégias concretas, enquanto outros ainda não tinham iniciado ações significativas.
- **Ambivalência:** Os valores oscilaram entre 8 e 17 pontos, evidenciando perfis distintos de motivação, desde elevada hesitação até menor resistência à mudança.

Relativamente aos estágios do Modelo Transteórico, quatro participantes estavam na fase de Pré-Contemplanção, dois na Contemplanção e cinco na Ação, refletindo uma distribuição heterogénea no processo de mudança.

A avaliação inicial revelou variações na motivação para a mudança, nos níveis de ansiedade e no conhecimento sobre ansiedade e AF. Apesar da adesão à AF, identificaram-se dificuldades associadas à monotonia da prática. Face a esta heterogeneidade, a intervenção foi ajustada para promover a regulação emocional, a adesão sustentada à AF e o reforço da motivação para a mudança de comportamento.

A análise detalhada dos dados permitiu, ainda, nomear os seguintes diagnósticos de enfermagem:

**Tabela 31 - Diagnósticos da população alvo do estágio III: Contexto de Cuidados Diferenciados**

Diagnósticos de Enfermagem:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade</li><li>• Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade</li></ul>

### 3.3.5. Execução

O programa ativaMente integrou diferentes tipos de intervenção, incluindo sessões individuais e em grupo, nomeadamente de psicoeducação e aulas teórico-práticas de Pilates. Embora estas tenham sido implementadas de forma alternada ao longo do programa, optou-se por apresentá-las agrupadas por tipologia de intervenção, a fim de facilitar a compreensão da estrutura e dos objetivos

de cada componente. A ordem cronológica das sessões encontra-se detalhada no Anexo III onde são apresentados o planeamento e as datas de realização de cada sessão.

O objetivo geral do programa foi promover a prática de AF em adultos com diagnóstico de enfermagem de ansiedade. A eficácia da intervenção foi monitorizada através de indicadores de resultado, alinhados com os objetivos específicos, permitindo acompanhar a evolução dos participantes ao longo do processo.

**Tabela 32 - Critério de Resultado do estágio III: Contexto nos Cuidados Diferenciados**

Critérios de Resultado
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que os participantes compreendam a importância de reconhecer e identificar os sinais e manifestações da ansiedade.</li> <li>• Que os participantes sejam capazes de reconhecer os estímulos e situações que desencadeiam a ansiedade.</li> <li>• Que os participantes compreendam a relação entre sintomas físicos, pensamentos e comportamentos associados à ansiedade.</li> <li>• Que os participantes aumentem o conhecimento sobre a influência da AF na regulação da ansiedade.</li> <li>• Que os participantes reconheçam os benefícios da AF para a saúde mental e física.</li> <li>• Que os participantes adquiram estratégias para superar barreiras à prática de AF.</li> <li>• Que os participantes consciencializem a importância da mudança de comportamento para um estilo de vida mais ativo e saudável.</li> <li>• Que os participantes identifiquem e desenvolvam estratégias de <i>coping</i> eficazes para lidar com os sintomas ansiosos no dia-a-dia.</li> <li>• Que os participantes sejam capazes de aplicar estratégias de <i>coping</i> para gerir situações de ansiedade de forma mais adaptativa.</li> <li>• Que os participantes adquiram competências para analisar problemas, identificar soluções e implementá-las de forma eficaz.</li> <li>• Que os participantes desenvolvam e apliquem estratégias estruturadas para resolver desafios e lidar com situações que desencadeiam ansiedade.</li> <li>• Que os participantes aumentem o contacto social através da prática de AF.</li> <li>• Que os participantes apresentem uma redução dos níveis de ansiedade.</li> <li>• Que os participantes evidenciem melhorias nos valores do Indicador NOC: Autocontrolo da Ansiedade.</li> <li>• Que os participantes sejam avaliados quanto aos seus níveis de prontidão para a mudança de comportamento.</li> </ul>

Tendo em conta as características da população-alvo, composta por adultos com uma média de idade de 40 anos e, na sua maioria, com escolaridade ao nível do ensino básico, foi adotada uma comunicação ajustada ao seu perfil sociocognitivo. Durante as sessões, privilegiou-se uma linguagem clara e acessível, recorrendo a um discurso pausado e estruturado para otimizar a compreensão dos conteúdos.

A primeira sessão de intervenção do programa ativaMente foi realizada individualmente, com o objetivo de explorar o Guia de AF selecionado com base na avaliação inicial. Os resultados indicaram que 10 dos 11 participantes estavam classificados no Plano de Manutenção da AF, demonstrando um envolvimento regular na prática.

Inicialmente, foi sugerido um registo diário da AF como estratégia de monitorização. No entanto, os participantes referiram já adotar esta prática de forma consistente, recorrendo a um diário de AF no qual registavam e monitorizavam a sua rotina.

Com base nas recomendações do Guia de Manutenção da AF, que enfatiza a diversificação das práticas como estratégia essencial para a adesão, foi realizada uma adaptação no planeamento inicial do programa ativaMente. Assim, foram acrescentadas duas novas sessões, introduzindo o Pilates como alternativa inovadora.

As sessões de Pilates foram estruturadas para responder às necessidades dos participantes, garantindo uma abordagem acessível e adaptável.

O Pilates assenta em princípios fundamentais, como o controlo da respiração, a concentração, o alinhamento corporal, a fluidez do movimento, a precisão, a repetição controlada e o fortalecimento do centro de força, conhecido como *powerhouse* (Alvarenga et al., 2018; Çoban et al., 2021; Taspinar et al., 2022). Este último conceito, introduzido por Joseph Pilates, refere-se à ativação da musculatura profunda da região abdominal, pélvica, lombar e escapular, promovendo maior estabilidade e mobilidade periférica (Alvarenga et al., 2018).

Os benefícios do Pilates incluem a estabilização lombo-pélvica, o aumento da flexibilidade, o fortalecimento muscular, a melhoria da postura e do equilíbrio (Alvarenga et al., 2018; Çoban et al., 2021; Taspinar et al., 2022). Além disso, esta prática tem sido amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz para a redução da ansiedade e do stress, a melhoria da qualidade do sono e o reforço da regulação emocional e do bem-estar geral (Fleming et al., 2021; Fleming & Herring, 2018; Vancini, 2017).

A escolha do Pilates foi fundamentada tanto nas diretrizes do guia, que incentiva a inclusão de exercícios variados para potenciar a adesão, como no feedback dos participantes, que expressaram a necessidade de maior diversidade na prática. Além disso, o Pilates revelou-se uma resposta ajustada às dificuldades relatadas por alguns participantes, que consideravam certas atividades pouco adequadas ao seu perfil físico e funcional. Sendo uma modalidade versátil e adaptável, o Pilates permite uma abordagem mais inclusiva, promovendo participação ativa e benefícios ajustados às capacidades individuais.

As sessões de Pilates tiveram também um objetivo pedagógico, permitindo que os participantes adquirissem competências para reaplicar os exercícios de forma autónoma. Para isso, foram estruturadas de modo a capacitá-los a replicar os movimentos e sequências propostas, reforçando a continuidade da prática no contexto prisional.

A decisão de introduzir o Pilates no programa foi também sustentada pela experiência prévia decorrida durante a Semana Desportiva da Unidade X, realizada em junho de 2025, na qual a autora foi convidada a orientar uma aula prática desta modalidade. Nesse evento, os reclusos participaram numa sessão experimental de Pilates, tendo contactado com esta prática pela primeira vez. Os resultados foram amplamente positivos, com os participantes a manifestarem interesse e a relatarem efeitos benéficos, nomeadamente uma maior sensação de relaxamento e bem-estar.

Foi também reforçado o princípio da influência social positiva, conforme indicado no ponto 3 do Guia de Manutenção da AF. No contexto prisional, onde a comunidade desempenha um papel central na dinâmica interpessoal, destacou-se o impacto do comportamento individual na motivação dos pares. Assim, a ideia de servir como “modelo positivo” foi trabalhada para incentivar a adesão contínua à AF e potenciar um efeito multiplicador dentro da comunidade prisional.

O participante 9, ao contrário dos restantes, não se enquadrava no Plano de Manutenção da AF, pelo que foi delineado um Plano de Ação específico para a sua progressão. Inicialmente, realizava AF cinco vezes por semana, durante 20 minutos, alternando entre bicicleta estática e passadeira.

Para garantir uma adaptação segura e eficaz, a intensidade e duração do exercício foram ajustadas progressivamente, respeitando a sua condição e promovendo uma evolução gradual. Com o objetivo de atingir a recomendação mínima de 150 minutos semanais, foi estipulado um acréscimo diário de mais 5 minutos na bicicleta estática sem carga, permitindo um aumento controlado do volume de exercício.

As duas sessões práticas de Pilates em grupo foram implementadas com o objetivo de diversificar as atividades do programa, aumentar a motivação dos participantes e proporcionar uma abordagem inclusiva e adaptável à prática de AF. A seguir, descrevem-se as atividades desenvolvidas em cada uma das sessões.

A primeira sessão iniciou-se com uma saudação calorosa aos participantes, reforçando um ambiente acolhedor e motivador para a prática. Em seguida, foram apresentados os objetivos geral e específico da sessão, proporcionando um enquadramento sobre a relevância do Pilates no contexto do programa. Para facilitar a compreensão da modalidade, foi feita uma breve contextualização histórica, explicando a sua evolução e os princípios fundamentais que orientam a prática.

Na fase de desenvolvimento, os participantes foram guiados através de uma sequência de ativação dos músculos estabilizadores profundos, um dos pilares essenciais do método Pilates. Inicialmente, foram introduzidos exercícios de flexão cervical controlada, focando-se na ativação dos flexores profundos cervicais para melhorar a postura e o alinhamento da cabeça e do pescoço. Seguiu-se a instrução sobre a ativação dos multifídios, músculos estabilizadores da região lombar, ensinando os participantes a recrutá-los corretamente enquanto permaneciam em decúbito dorsal. Paralelamente, foi introduzida a respiração torácica lateral, destacando a importância da coordenação entre a respiração e o movimento para otimizar a estabilidade do tronco e a ativação do diafragma.

A prática prosseguiu com uma sequência de exercícios realizados em diferentes posições, permitindo uma abordagem progressiva e adaptada às capacidades individuais dos participantes. Em decúbito dorsal, foram realizados exercícios como o "recolher abdominal" (*pelvic tilt*) e outras variações de estabilização, focando-se no fortalecimento da musculatura abdominal profunda. Posteriormente, em decúbito lateral, foi introduzida a elevação controlada da perna, promovendo a ativação do quadríceps e a estabilidade pélvica. Na posição sentada, os participantes realizaram rotações do tronco, com ênfase na postura, mobilidade e controlo respiratório. Por fim, na posição em pé, a sessão culminou com o exercício "*roll-down*", que favorece a mobilidade da coluna vertebral, sendo finalizado com movimentos de equilíbrio e coordenação.

Na fase final, foi realizada uma roda de conversa para discutir as percepções dos participantes sobre a experiência e incentivar a reflexão sobre a aplicação dos princípios do Pilates na vida diária. Foi reforçada a importância da prática autónoma dos exercícios, especialmente em dias de chuva ou em situações em que as opções de AF fossem mais limitadas. Para concluir, foi realizado um resumo dos conteúdos abordados, seguido de um espaço para questões e discussões finais. No encerramento, foi entregue um questionário de feedback, e a próxima sessão foi agendada, consolidando o compromisso dos participantes com a continuidade da prática.

A segunda sessão iniciou-se com uma saudação calorosa aos participantes, reforçando um ambiente acolhedor e motivador para a prática. Em seguida, foram apresentados os objetivos geral e específico da sessão e foi feita uma breve revisão dos conteúdos abordados na sessão anterior, recordando os princípios básicos do Pilates e a importância da ativação dos músculos estabilizadores profundos.

No desenvolvimento da sessão, iniciou-se a prática com a ativação dos músculos estabilizadores profundos, essencial para garantir o alinhamento postural e o controlo motor durante os exercícios. A ativação dos flexores profundos cervicais foi abordada através de movimentos suaves de flexão cervical, promovendo a estabilidade dos músculos do pescoço e a integração do movimento com a

respiração. De seguida, os participantes foram guiados na ativação dos multifídios, através de contrações subtis da musculatura lombar, assegurando a estabilização da coluna em posição neutra, sem sobrecarga dos músculos superficiais.

A progressão prosseguiu com a prática da respiração torácica lateral, elemento essencial para potenciar a estabilidade do tronco e a coordenação respiratória. Esta técnica foi trabalhada através de exercícios guiados de expansão lateral das costelas, preparando os participantes para a execução consciente e eficaz dos movimentos subsequentes.

Foram então introduzidos exercícios em diferentes posições, permitindo uma abordagem mais dinâmica e desafiadora:

- Em decúbito dorsal, os participantes realizaram o recolher abdominal (*pelvic tilt*), sincronizando o movimento com a respiração para ativar o transverso do abdómen. Seguiram-se flexões abdominais controladas, com foco na estabilidade pélvica, e pontes de glúteos, promovendo a ativação dos isquiotibiais e glúteos, essenciais para a estabilização lombar.
- Em decúbito lateral, foram trabalhados movimentos como a elevação da perna superior, visando a ativação do glúteo médio, e o adutor com resistência, fortalecendo a musculatura adutora da perna inferior.
- Na posição sentada, os exercícios enfatizaram a mobilidade e o controlo postural, através de rotações do tronco e flexões laterais, melhorando o alongamento axial e a estabilidade do core.
- Em pé, a sessão incluiu *roll-downs*, que favoreceram a mobilidade vertebral, flexões de braços contra a parede, para fortalecimento do core e dos membros superiores, e exercícios de equilíbrio dinâmico, desafiando a estabilidade postural através de apoios unilaterais e movimentos suaves da perna livre.

No final da sessão, foram realizados exercícios de alongamento e flexibilidade, consolidando os benefícios da prática e promovendo a recuperação muscular.

Na fase de encerramento, foi conduzida uma roda de conversa para reflexão sobre a experiência, incentivando os participantes a partilharem as suas perceções sobre os exercícios praticados e a sua aplicabilidade no quotidiano. Foram exploradas questões como:

- "Como se sentiram durante os movimentos?"
- "Notaram melhorias na execução dos exercícios desde a sessão anterior?"

- "Conseguem visualizar a integração destes exercícios no dia-a-dia?"

Reforçou-se ainda a importância da autonomia na prática dos exercícios, especialmente em dias de chuva ou em contextos limitados. Para concluir, foi realizado um resumo dos conteúdos abordados, seguido da entrega de um questionário de feedback. A sessão foi finalizada com o agendamento da próxima atividade e uma despedida final, incentivando a continuidade da prática dentro da rotina prisional.

As sessões de psicoeducação foram desenvolvidas com o objetivo geral de promover a prática de AF e, de forma específica, fomentar a compreensão da ansiedade e a adoção de estratégias de regulação emocional. Realizadas em grupo, na sala de atividades e com o apoio de uma apresentação em PowerPoint, as sessões decorreram num ambiente estruturado, mas flexível, promovendo a participação ativa dos reclusos e incentivando a partilha de experiências.

A primeira sessão "A importância da AF" iniciou-se com uma saudação calorosa, criando um ambiente acolhedor e propício à participação ativa. Em todas as sessões, iniciava-se com uma atividade de quebra-gelo, na qual os participantes escolhiam um tema musical e davam início à sessão com um momento de dança. A maioria das vezes, optavam pela música "Homem Mau", da banda GNR, tornando-se uma escolha habitual do grupo. Depois, foi feita uma breve explicação sobre o propósito das sessões de psicoeducação e clarificados os objetivos gerais e específicos da sessão. Para contextualizar o tema, os participantes foram convidados a partilhar as suas expectativas e experiências anteriores com a AF, promovendo um primeiro momento de reflexão e interação.

Na fase seguinte, foram distinguidos os conceitos de AF, exercício, desporto e o sedentarismo. Foram identificados os benefícios da AF, na melhoria da condição cardiovascular, no aumento da força muscular e na promoção do bem-estar geral. Paralelamente, discutiram-se os benefícios psicológicos e emocionais, destacando a sua eficácia na redução da ansiedade e da depressão, no aumento dos níveis de energia e na melhoria da qualidade do sono. Identificaram-se as principais barreiras que dificultam a prática regular de AF, como a falta de tempo, a baixa motivação e as limitações de recursos. Os participantes foram incentivados a refletir sobre os seus próprios desafios, permitindo que emergissem dificuldades específicas e pessoais.

Para responder a estas dificuldades, foram discutidas estratégias de motivação, com ênfase na importância do planeamento e do estabelecimento de metas realistas. Foram apresentados exemplos de AF adaptáveis ao contexto prisional, demonstrando formas acessíveis e viáveis de integrar a prática no quotidiano.

No encerramento da sessão, foi exibido o vídeo “Avô Estrela de Natal”, um recurso visual que incentivou os participantes a refletirem sobre as diferentes motivações para a prática da AF. Posteriormente, foram convidados a escrever num papel os motivos pelos quais consideram importante manter uma prática ativa, promovendo um compromisso pessoal com a mudança de comportamento. Foram incentivados a refletir sobre como poderiam incorporar a AF no seu dia-a-dia, sendo este um tema a ser explorado na sessão seguinte. A sessão foi finalizada com um breve resumo dos principais tópicos abordados, seguido de um espaço para partilha e esclarecimento de dúvidas. Seguiu-se, novamente, um momento lúdico de dança, promovendo um ambiente descontraído e reforçando a interação entre os participantes. A sessão foi concluída com um período de relaxamento, integrando alongamentos intercalados com exercícios de respiração, favorecendo a conexão entre corpo e mente. Por fim, foi entregue um questionário de feedback para avaliar a percepção dos participantes sobre a sessão, e foi agendada a próxima, concluindo-se com uma despedida final.

A segunda sessão “AF na vida diária” iniciou-se com uma saudação calorosa aos participantes, promovendo um ambiente acolhedor e incentivando a interação. Após o momento de dança, foram apresentados os objetivos da sessão, seguidos de uma breve recapitulação dos pontos principais da sessão anterior, permitindo consolidar os conhecimentos previamente adquiridos. Os participantes foram convidados a partilhar as suas reflexões desde a última sessão e, caso tivessem tentado incorporar a AF na sua rotina, foram incentivados a relatar a experiência.

A fase de desenvolvimento da sessão centrou-se na exploração dos diferentes tipos de AF, nomeadamente aeróbias, anaeróbias, fortalecimento do core abdominal e de alongamento. Foram apresentados exemplos práticos e acessíveis de exercícios que poderiam ser integrados no quotidiano, adaptados às condições individuais e ao contexto prisional. Em seguida, foi discutida a importância do planeamento na adesão à AF, ajudando os participantes a delinear uma rotina estruturada e adaptada às suas necessidades e limitações. Para facilitar este processo, foram fornecidas estratégias para estabelecer metas realistas e progressivas, bem como ferramentas de automonitorização, como diários de atividade e métodos simples para acompanhar a progressão, incluindo o uso de pedómetros e registos pessoais.

Seguidamente, abordou-se a manutenção da motivação, enfatizando a importância do suporte social e da criação de hábitos consistentes. Os participantes exploraram diferentes estratégias para manter o compromisso com a prática de AF, como encontrar um companheiro de treino ou definir pequenos desafios pessoais. Discutiu-se, ainda, a necessidade de ajustar rotinas conforme necessário, de modo a evitar desistências ou frustrações ao longo do processo.

A componente prática da sessão consistiu numa competição de desafios físicos, organizada em pequenos grupos. O objetivo foi estimular a participação ativa e demonstrar que a AF pode ser realizada de forma dinâmica e motivadora, mesmo dentro das limitações do contexto prisional. Os desafios incluíram a manutenção da posição de prancha pelo maior tempo possível, o número máximo de agachamentos realizados em 60 segundos e a corrida no mesmo lugar durante três minutos à maior intensidade possível. Esta dinâmica fomentou o espírito de grupo e a interação, ao mesmo tempo que reforçou os benefícios da AF para o condicionamento físico e mental.

Na fase final da sessão, foi realizado um resumo dos conteúdos abordados, consolidando os principais conceitos discutidos. Foi dada a oportunidade aos participantes para formularem questões e partilharem dúvidas, garantindo a compreensão dos temas explorados. Por fim, foram incentivados a implementar pelo menos uma nova AF na sua rotina diária, promovendo a aplicação prática do que foi aprendido. A sessão terminou com a entrega de um questionário de feedback, seguido do agendamento da próxima sessão e de uma despedida final.

A terceira sessão “Compreender a ansiedade” teve início com uma saudação calorosa, promovendo um ambiente seguro e acolhedor para a partilha e discussão. Após o momento de dança, foram apresentados os objetivos gerais e específicos da sessão, esclarecendo a sua relevância no contexto da saúde mental. Para introduzir o tema, os participantes foram incentivados a partilhar as suas expectativas e experiências anteriores com a ansiedade, permitindo uma primeira abordagem ao conceito e à forma como cada um o percebe.

A fase de desenvolvimento iniciou-se com a apresentação de um testemunho fictício de um recluso com ansiedade, facilitando a identificação dos participantes com a temática. A partir deste caso, foi explicada a definição de ansiedade, diferenciando a ansiedade normal, que faz parte do funcionamento adaptativo do organismo, da ansiedade patológica, que interfere significativamente com o bem-estar e o dia a dia. Para tornar a explicação mais acessível, foram utilizados exemplos práticos do quotidiano, demonstrando como a ansiedade pode manifestar-se de forma saudável ou disfuncional.

Seguidamente, foram abordados os sintomas da ansiedade, dividindo-os entre sintomas físicos (como palpitações, suor excessivo e tremores) e sintomas emocionais (como preocupação excessiva e sensação de perigo iminente). Neste momento, os participantes foram incentivados a partilhar sintomas que já tenham experienciado ou observado em pessoas próximas, promovendo um momento de reflexão e partilha dentro do grupo.

Na sequência, discutiram-se os fatores que contribuem para o desenvolvimento da ansiedade, incluindo a genética, o ambiente, as experiências de vida e os desequilíbrios neuroquímicos.

Destacou-se ainda o impacto do stress e da privação de sono, realçando que estes podem agravar a sintomatologia ansiosa. Os participantes foram incentivados a identificar e partilhar possíveis gatilhos de ansiedade no seu quotidiano, fomentando a consciencialização sobre a origem dos sintomas e possíveis estratégias para lidar com eles.

Para consolidar os conhecimentos adquiridos, foi realizada uma dinâmica de grupo, intitulada "Reconhecer a Ansiedade e Usar o Movimento". Os participantes foram organizados em pequenos grupos e receberam diferentes cenários fictícios que poderiam provocar ansiedade, como falar em público, receber uma notícia preocupante ou estar numa situação de espera prolongada. Cada grupo analisou a situação e propôs movimentos simples ou estratégias de AF que poderiam ajudar a aliviar os sintomas. No final, cada grupo apresentou as suas sugestões ao restante dos participantes, explicando de que forma essas estratégias poderiam contribuir para a gestão da ansiedade.

Na fase final da sessão, foi realizado um resumo dos conteúdos abordados, reforçando os principais conceitos discutidos. Foi dada a oportunidade aos participantes para formularem questões e discutirem as suas perceções sobre o tema. Como exercício prático para a semana seguinte, foram desafiados a observar e anotar sintomas de ansiedade que possam experienciar e a refletir sobre possíveis gatilhos no seu dia a dia. A sessão terminou com um momento de AF acompanhado de música, culminando em exercícios de alongamento, promovendo o relaxamento e a integração do movimento como estratégia de regulação emocional.

A quarta sessão "Gerir a ansiedade" iniciou-se com uma saudação calorosa, criando um ambiente seguro e acolhedor para a partilha e reflexão. Após o momento de dança, foi feita uma breve recapitulação dos pontos principais da sessão anterior, permitindo consolidar os conhecimentos previamente adquiridos sobre ansiedade. Os participantes foram incentivados a partilhar as suas observações e reflexões desde a última sessão, bem como eventuais experiências na aplicação das estratégias discutidas. Relatos voluntários foram acolhidos, promovendo um espaço de suporte mútuo e encorajando a troca de experiências. De seguida, foram apresentados os objetivos gerais e específicos da sessão, destacando a sua relevância na gestão da ansiedade.

Na fase de desenvolvimento, foram exploradas diversas estratégias para gerir a ansiedade, começando pelas técnicas de respiração profunda e diafragmática, essenciais para reduzir a ativação fisiológica associada ao stress. Em seguida, foi introduzido o Relaxamento Muscular Progressivo, técnica baseada na contração e relaxamento de grupos musculares para promover a sensação de bem-estar. Também foram abordados conceitos de *Mindfulness* e meditação, realçando a sua eficácia na promoção da atenção plena e na redução dos sintomas ansiosos.

Seguidamente, discutiram-se abordagens terapêuticas, nomeadamente a TCC, amplamente reconhecida pela sua eficácia na reestruturação de padrões de pensamento disfuncionais. Foi também abordada a questão da medicação, esclarecendo os tipos mais comuns prescritos para a ansiedade, os seus benefícios e riscos, bem como a importância de um acompanhamento profissional adequado. Além disso, reforçou-se a AF regular como estratégia fundamental para a regulação da ansiedade, destacando os seus efeitos positivos no sistema nervoso e no controlo do stress.

Ainda dentro das estratégias de autocuidado, discutiu-se a importância da higiene do sono, da alimentação equilibrada e da organização da rotina, incentivando a adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Posteriormente, os participantes foram convidados a executar um dos exercícios de Pilates que mais apreciaram, reforçando a ligação entre movimento e gestão da ansiedade. Individualmente, cada participante demonstrou o exercício escolhido, partilhando a sua perceção sobre os seus efeitos. De seguida, realizou-se uma roda de reflexão, promovendo a participação coletiva e o envolvimento do grupo, na qual foram colocadas questões orientadoras para estimular a reflexão:

- "Como se sentiram durante os movimentos?"
- "Acharam fácil ou difícil sincronizar a respiração com o movimento?"
- "Conseguem imaginar utilizar estes exercícios em momentos de maior ansiedade?"

Foi sugerido que os participantes incorporassem alguns destes exercícios no seu quotidiano, seja antes de situações stressantes, durante momentos de espera ou ao final do dia, como estratégia de relaxamento.

Para concluir, foi realizado um resumo dos conteúdos abordados, seguido de um espaço para questões e discussões finais. Os participantes foram incentivados a refletir sobre as estratégias que consideravam mais úteis e que estariam dispostos a aplicar no dia-a-dia. Foi também sublinhada a importância de procurar ajuda profissional sempre que a ansiedade se tornasse incapacitante ou difícil de gerir autonomamente.

A sessão foi encerrada com música, movimento e exercícios de alongamento, proporcionando um momento de relaxamento e integração da AF na gestão da ansiedade. Por fim realizou-se um momento de reflexão e partilha, reforçando a importância da continuidade das estratégias discutidas no dia-a-dia. Foi entregue um questionário de feedback e realizada a despedida final.

A avaliação do processo foi conduzida de forma contínua ao longo da intervenção, permitindo monitorizar a adesão ao programa e identificar potenciais dificuldades. Para tal, foram realizados

momentos de reflexão em grupo, nos quais os participantes eram incentivados a partilhar as suas perceções sobre a experiência, a evolução pessoal e eventuais desafios encontrados. Estas avaliações decorreram de forma informal e dinâmica, promovendo um ambiente de diálogo aberto. A cada sessão, eram colocadas questões orientadoras, como: "Como se têm sentido com as atividades?", "Está a correr conforme planeado?" e "Há algo que gostariam de ajustar?". Este método permitiu ajustar estratégias sempre que necessário e reforçar o envolvimento dos participantes no processo.

Após a conclusão da intervenção e da avaliação do processo, foi realizada a avaliação final, recorrendo aos mesmos instrumentos da fase inicial, à exceção da entrevista. Esta reavaliação permitiu medir os impactos do programa e refletir sobre a evolução dos participantes.

### **3.3.6. Resultados e Avaliação**

Na presente secção apresentam-se a avaliação e os resultados da implementação do programa ativaMente. A avaliação do processo demonstrou que a intervenção foi bem aceite pelos participantes, favorecendo a manutenção da prática de AF e fortalecendo a sua motivação ao longo do programa.

A avaliação final dos níveis de ansiedade (Tabela 26, Anexo III), avaliada através do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI-Y) (Silva & Campos, 1998), revelou variações significativas entre os participantes. De um modo geral, verificou-se uma tendência para a redução dos níveis de ansiedade em alguns casos, enquanto noutros se registou um aumento ou uma manutenção dos valores.

Na dimensão ansiedade-estado, observou-se uma redução dos níveis de ansiedade em seis participantes, com destaque para os participantes 1 e 2, que registaram uma diminuição de 13 e 15 pontos, respetivamente. Esta redução poderá estar associada ao impacto positivo da intervenção, nomeadamente à prática regular de AF, à adoção de estratégias de regulação emocional e ao suporte social promovido pelas dinâmicas grupais. No entanto, quatro participantes apresentaram um aumento da ansiedade-estado, com variações entre 12 e 30 pontos. O participante 5, por exemplo, registou um aumento expressivo de 30 pontos, o que sugere que fatores externos podem ter influenciado os resultados.

Na dimensão ansiedade-traço, verificaram-se reduções nos níveis de ansiedade em cinco participantes, mantendo-se os valores inalterados em três e aumentando em três casos. O participante 4 apresentou o maior aumento nesta dimensão (24 pontos), seguido do participante 3 (17 pontos). Estes dados sugerem que, para alguns participantes, a ansiedade pode estar relacionada com fatores estruturais e persistentes, não sendo modificada apenas por estratégias de curto prazo. Em contrapartida, o participante 7 registou uma diminuição de 17 pontos na ansiedade-traço, indicando uma possível mudança na percepção dos seus estados ansiosos ao longo do programa.

Os aumentos significativos nos níveis de ansiedade em alguns participantes podem estar associados ao facto de alguns elementos estarem inseridos no programa da Unidade X há pouco tempo, bem como a fatores externos, como o contexto prisional, a proximidade da época natalícia e eventuais processos judiciais em curso. Estes resultados destacam a importância de um acompanhamento contínuo e de estratégias individualizadas para a gestão da ansiedade, tendo em conta a influência do contexto e do tempo de adaptação ao programa.

A avaliação final do Indicador NOC – Autocontrolo de Ansiedade (Sampaio et al., 2018b) (Tabela 27, Anexo III) evidenciou uma evolução positiva na capacidade dos participantes para gerir a ansiedade. Os maiores avanços foram registados nos indicadores “Monitoriza a intensidade da ansiedade”, “Elimina precursores da ansiedade” e “Planeia estratégias de enfrentamento para situações stressantes”, nos quais a maioria dos participantes passou a demonstrar essas competências com maior frequência. Esta evolução sugere que a intervenção contribuiu para uma maior consciência e regulação da ansiedade, capacitando os participantes a anteciparem e a gerirem situações stressantes de forma mais eficaz.

Além disso, os indicadores “Compartilha as preocupações com os outros” e “Mantém as relações sociais” também evidenciaram melhorias, refletindo um possível fortalecimento das interações interpessoais e da utilização do suporte social como estratégia de *coping*. Estes resultados podem indicar que as dinâmicas de grupo e a promoção da comunicação aberta tiveram um impacto positivo na percepção de apoio e na gestão emocional dos participantes.

Por fim, destaca-se a progressão no item “Mantém sono adequado”, onde se observou um aumento na categoria “Frequentemente demonstrado”, sugerindo que a adoção de estratégias de relaxamento e a prática de AF podem ter contribuído para a melhoria da qualidade do sono dos participantes.

A avaliação final do Questionário de Avaliação de Conhecimentos sobre AF e Ansiedade (Tabela 28, Anexo III) evidenciou uma melhoria global no conhecimento dos participantes após a

implementação do programa. Vários itens registaram um aumento significativo de respostas corretas, refletindo um maior entendimento sobre os benefícios da AF na gestão da ansiedade.

Os ganhos mais expressivos ocorreram nas questões sobre:

- Diversidade de exercícios eficazes para reduzir a ansiedade (+36,4% de respostas corretas na Questão 17);
- Benefícios da AF ao ar livre (+45,5% na Questão 18);
- Combinação de exercícios aeróbicos e de força como abordagem mais eficaz (+36,4% na Questão 20).

Outros itens apresentaram melhorias relevantes, como os relacionados com barreiras à prática da AF, impacto na saúde mental e estratégias para a sua incorporação no cotidiano.

Além disso, alguns conceitos fundamentais sobre AF e ansiedade já eram bem compreendidos antes da intervenção, mantendo 100% de respostas corretas na avaliação final.

Estes resultados demonstram que o programa ativaMente teve um impacto positivo na sensibilização dos participantes, promovendo conhecimento mais sólido sobre a relação entre AF e ansiedade e incentivando mudanças na percepção da sua importância para o bem-estar.

Todos os participantes mantiveram ou melhoraram os seus níveis de AF (Tabela 29, Anexo III), cumprindo as recomendações propostas. Os participantes do Plano de Manutenção conservaram a frequência e a duração da prática, reforçando a sua adesão à AF. O participante do Plano de Ação (participante 9) registou uma evolução positiva, aumentando de 5 para 6 dias de AF por semana e elevando a duração diária de 20 para 30 minutos, demonstrando progressão na incorporação da AF na sua rotina.

O tempo sentado diário manteve-se estável na maioria dos participantes, com uma ligeira redução para o participante 9, indicando uma tendência para um estilo de vida mais ativo. Estes resultados refletem o impacto positivo do programa ativaMente na manutenção e reforço da prática de AF dentro do contexto prisional.

A avaliação final da Escala de Sócrates (Janeiro et al., 2016) (Tabela 30, Anexo III) revelou que os participantes apresentaram manutenção ou progressão nos estágios de mudança, refletindo diferentes graus de prontidão para a modificação comportamental.

- Dois participantes permaneceram na Pré-contemplação, sugerindo que ainda não reconhecem plenamente a necessidade de mudança.

- Quatro encontravam-se na Contemplação, demonstrando maior consciência sobre a necessidade de mudança, mas sem ação concreta consolidada.
- Três mantiveram-se ou avançaram para o estágio de Ação, evidenciando um compromisso ativo com a mudança.
- Dois atingiram o estágio de Manutenção, consolidando comportamentos adquiridos e demonstrando continuidade no processo de mudança.

Os resultados indicam que, para alguns participantes, a intervenção foi eficaz na promoção da motivação e da adoção de estratégias de mudança, enquanto outros permaneceram em estágios iniciais, reforçando a necessidade de abordagens individualizadas e de um acompanhamento contínuo.

Em suma, os resultados evidenciam um impacto positivo do programa ativaMente na regulação da ansiedade, na adesão e manutenção da prática de AF e na prontidão para a mudança comportamental, embora com variações individuais que reforçam a importância de abordagens adaptadas e de um acompanhamento contínuo.

### **3.3.7. Atividades Complementar – “ativaMente e a Arte da Calma”**

Desenvolveu-se uma última sessão (Anexo III) que combinou elementos dos programas ativaMente e a Arte da Calma, este último desenvolvido por Mariana Nina. A atividade teve como objetivo proporcionar um espaço de bem-estar, unindo a prática de AF com técnicas de relaxamento e *mindfulness*, promovendo a regulação emocional e o autocontrole da ansiedade.

A sessão incluiu exercícios de consciência corporal, caminhada consciente, técnicas de respiração e relaxamento muscular progressivo, aliadas a dinâmicas de grupo que estimularam a partilha e a reflexão sobre a experiência. No final, os participantes foram incentivados a integrar estas estratégias no seu quotidiano, reforçando a importância da continuidade das práticas aprendidas ao longo dos programas.

Realizou-se um momento de convívio alusivo à época natalícia, promovendo um ambiente descontraído e de partilha entre os participantes e a equipa. Esta despedida simbolizou o encerramento do estágio, reforçando os laços criados ao longo da intervenção e incentivando a continuidade das práticas adquiridas.

### 3.3.7.1 Estudo de caso

No EP foi desenvolvido um estudo de caso. Para esse efeito, selecionou-se um membro da Unidade X, que também integrou o programa ativaMente. O processo de enfermagem foi conduzido com base na ontologia, garantindo uma abordagem estruturada e fundamentada na prática baseada em evidência.

#### 3.3.7.1.1 Necessidades Identificadas

O presente caso clínico refere-se a um cliente do sexo masculino, de 40 anos, atualmente recluso, com um histórico de envolvimento com substâncias ilícitas e atividades criminosas, sem antecedentes patológicos conhecidos. Está integrado na Unidade X desde há cinco anos, período durante o qual mantém abstinência. Apesar da sua forte motivação para reconstruir a vida, manifesta sintomas significativos de ansiedade que comprometem o seu equilíbrio emocional, evidenciando o impacto prolongado do ambiente prisional.

A recolha de dados foi realizada por meio de uma entrevista individual. Enquanto responsável do grupo, o cliente enfrentava uma elevada exigência associada ao seu papel, uma vez que a estrutura hierárquica da unidade atribuía maiores responsabilidades aos elementos mais antigos. Esta pressão para manter uma conduta exemplar intensificava o receio de falhar e decepcionar aqueles que confiavam na sua mudança, reforçando a sua ansiedade e a autopercepção de insuficiência. Além disso, o cliente apresentou dificuldades com a qualidade do sono, referindo insónia e pesadelos recorrentes frequentemente associados a experiências do passado.

Os sentimentos de culpa e arrependimento também são expressivos, sobretudo em relação à sua família. A distância da sua mãe idosa, com quem mantém um forte vínculo afetivo, intensifica a sua angústia, levando-o a sentir-se impotente por não poder cuidar dela.

Por fim, o medo do futuro e da reinserção social representa outro elemento central da sua ansiedade. O cliente expressa dúvidas sobre a sua capacidade de adaptação a uma vida fora da

prisão, receando que o estigma do passado limite as suas oportunidades. A incerteza quanto ao seu valor e aceitação reforça a insegurança e o sofrimento psicológico.

Durante a entrevista foram também aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: o Inventário de Ansiedade STAI-Y (Spielberger et al., 1983); Indicadores de Autocontrolo de Ansiedade (Sampaio et al., 2018b); Escala de Depressão de Beck (Beck et al., 1961), a Escala de Ngasr (Cutcliffe & Barker, 2004), a Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES - Rosenberg Self-Esteem Scale) (Rosenberg et al., 1965) e a Escala de Sócrates (Miller & Tonigan, 1996). Os resultados serão apresentados na Tabela 31.

A Escala de Depressão de Beck (BDI – *Beck Depression Inventory*) foi desenvolvida por Beck et al. (1961) e é uma escala de autoavaliação que avalia a gravidade dos sintomas depressivos. Consiste em 21 itens, cada um com quatro opções de resposta, que refletem diferentes níveis de intensidade dos sintomas depressivos, tais como tristeza, pessimismo, fadiga, alterações do sono e pensamentos suicidas. A escala foi validada para a população portuguesa por Campos & Gonçalves (2011). Os resultados em cada um dos 21 itens vão de 0 (baixo) a 3 (elevado), refletindo, este valor, a gravidade do sintoma a ser avaliado por cada item (0 = ausência do sintoma; 1 = sintomas ligeiros; 2 = sintomas moderados; e 3 = sintomas graves) (Campos & Gonçalves, 2011). Os pontos de corte (Beck et al., 1996) definidos são: 0 a 13 – sintomatologia depressiva “mínima”; 14 a 19 – “ligeira”; 20 a 28 – “moderada”; mais de 29 – “grave” ou “severa”.

A Escala de Ngasr (*Nurses' Global Assessment of Suicide Risk*) foi desenvolvida por Cutcliffe & Barker (2004). É composta por 15 itens, cada um pontuado com 0 (ausente) ou 1 (presente), permitindo uma pontuação total entre 0 e 25 pontos de variáveis preditivas que permitem avaliar o risco de suicídio. Os resultados variam entre 0 e 25 pontos e traduz o nível de risco de suicídio, que é classificado em quatro níveis: risco baixo, intermédio, elevado e muito elevado. A escala foi validada para a população portuguesa por Façanha (2013). A avaliação da ideação suicida é uma parte crucial do cuidado em saúde mental, especialmente para identificar e intervir precocemente em situações de risco.

A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES - *Rosenberg Self-Esteem Scale*) é um instrumento amplamente utilizado para avaliar a autoestima global dos indivíduos. Desenvolvida por Morris Rosenberg em 1965, a escala foi validada para a população portuguesa (Romano et al., 2007), apresentando propriedades psicométricas favoráveis em estudos com adolescentes e adultos. Trata-se de uma escala de autopreenchimento, composta por 10 afirmações, das quais 5 são positivas e 5 negativas (Rosenberg et al., 1965). A resposta é dada numa escala Likert de 4 pontos, variando de 1 ("Discordo totalmente") a 4 ("Concordo totalmente"). A pontuação total varia entre 10

e 40 pontos, sendo interpretada da seguinte forma: 30-40 pontos – Autoestima elevada; 20-29 pontos – Autoestima moderada; 10-19 pontos – Autoestima baixa (Romano et al., 2007).

A seguir, apresentam-se os domínios selecionados e a fundamentação teórica:

**Tabela 33 – Domínios: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional**

Domínios	Fundamentação Teórica
Emoção	<p>O cliente apresenta ansiedade significativa e sinais compatíveis com humor depressivo: “Sinto que estou sempre preocupado com tudo... com o que esperam de mim, com o que posso perder aqui dentro. Às vezes, sinto-me triste... E quando penso no passado, só sinto culpa e saudade da minha família”.</p> <p>Na prisão, o recluso sofre um doloroso processo de adaptação, que implica a sua despersonalização e o cumprimento de um novo estatuto, de acordo com as regras do EP (Azevedo, 2014; Salgueiro, 2016). As diversas dificuldades que surgem neste processo levam a que a ansiedade e a depressão sejam as perturbações psicológicas com maior incidência na população reclusa (Azevedo, 2014). Estudos apontam que a sobrelotação, as condições adversas do ambiente prisional e a falta de suporte social são fatores que agravam estas perturbações, aumentando o sofrimento psicológico dos reclusos (Frazão et al., 2024). A depressão em contexto prisional está associada à privação do contacto social, e a ansiedade pode oscilar consoante a adaptação ao meio prisional (Azevedo, 2014).</p> <p>Os resultados dos instrumentos de avaliação reforçam este quadro clínico. No Inventário de Ansiedade STAI-Y, o cliente apresenta ansiedade moderada, com pontuações de 57 e 58 tanto no estado como no traço, respetivamente. A Escala de Depressão de Beck indica um nível de depressão leve, com uma pontuação de 19 pontos.</p> <p>Além disso, na avaliação dos Indicadores de Autocontrolo de Ansiedade, foram selecionados os domínios em que o cliente demonstrou maior dificuldade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoriza a intensidade da ansiedade – raramente demonstrado;</li> <li>• Controla a respiração quando ansioso – raramente demonstrado;</li> <li>• Elimina percussões da ansiedade – raramente demonstrado;</li> <li>• Planeia estratégias de enfrentamento para situações stressantes – raramente demonstrado;</li> <li>• Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento – raramente demonstrado;</li> <li>• Compartilha as preocupações com os outros – raramente demonstrado;</li> <li>• Mantém as relações sociais – raramente demonstrado;</li> <li>• Mantém sono adequado – raramente demonstrado.</li> </ul> <p>Os resultados evidenciam uma baixa perceção e gestão da própria ansiedade, bem como dificuldades na implementação de estratégias eficazes para lidar com o stress.</p>

<p>Sono</p>	<p>O cliente apresentou perturbações no sono que comprometem a sua saúde física e emocional: "Às vezes, à noite, consigo adormecer, mas acabo por acordar com os pesadelos sobre o mundo do crime".</p> <p>A avaliação do padrão de sono revelou dormidas curtas e não reparadoras, com dificuldade em adormecer e despertares frequentes. Em média, o cliente dorme 5 horas por noite, sem períodos de sono diurno.</p> <p>Durante o estágio, foi possível constatar que as perturbações do sono se destacam entre os principais relatos dos reclusos, evidenciando o impacto significativo dessas alterações na sua saúde física e mental. A literatura aponta que a irregularidade no ciclo do sono, associada a despertares precoces e alterações na rotina diária, pode aumentar os níveis de ansiedade e comprometer o bem-estar emocional (Certo, 2016). Além disso, a privação do sono está fortemente relacionada ao agravamento de sintomas depressivos (Certo, 2016).</p>
<p>Pensamento</p>	<p>A tristeza expressa com frequência e a presença de pensamentos negativos sobre o futuro podem aumentar o risco de ideias suicidas, especialmente considerando o contexto de reclusão: "Às vezes, sinto-me triste e só consigo pensar no pior sobre o futuro".</p> <p>Em 2019, registaram-se 64 mortes nos estabelecimentos prisionais, das quais 11 foram por suicídio. De acordo com o relatório mais recente, referente a 2019 e 2020, a taxa de suicídio nas prisões portuguesas é de 11,2%, mais do dobro da média europeia (5,2%) (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, 2025).</p> <p>Entre os principais fatores de risco associados ao suicídio neste contexto incluem-se o histórico de abuso psicológico, físico ou sexual, perturbação psiquiátrica prévia, tentativas de suicídio anteriores, impulsividade, agressividade, dependência de substâncias e isolamento social (Azevedo, 2014).</p> <p>Reclusos com sintomas de depressão e ansiedade apresentam maior probabilidade de desenvolver ideação suicida e de tentar o suicídio. A ideação suicida pode, paradoxalmente, emergir como um mecanismo de adaptação à pena, especialmente em indivíduos com vulnerabilidades psicológicas significativas (Azevedo, 2014).</p> <p>A avaliação do risco de suicídio através da Escala NGASR revelou uma pontuação de 4 pontos, indicando um risco baixo.</p>
<p>Autoconceito</p>	<p>Durante a entrevista, o cliente expressou alguma incerteza sobre o seu próprio desempenho, referindo: "Tento fazer o meu melhor, mas às vezes sinto que nunca é suficiente."</p> <p>Complementarmente, não manifestou desvalorização pessoal consistente, não rejeitou perceções positivas referidas por terceiros e não apresentou uma imagem negativa de si mesmo. Além disso, não verbalizou sentimentos de incapacidade absoluta, demonstrando alguma valorização do seu esforço.</p> <p>O contexto prisional pode fragilizar o autoconceito devido ao estigma e à privação de liberdade (Rosenberg, 1965; Salgueiro, 2016). No entanto, enquanto alguns reclusos internalizam uma identidade negativa, outros preservam um sentido de valor próprio (Salgueiro, 2016). No caso deste cliente, os dados recolhidos indicam que, embora existam momentos de dúvida, não há sinais de comprometimento significativo do autoconceito.</p>

	<p>Com base na pontuação obtida na Escala de Autoestima de Rosenberg, o participante apresentou 31 pontos, o que indica uma autoestima elevada.</p>
<p>Comportamento Aditivo</p>	<p>O histórico de consumo de substâncias ilícitas torna este domínio relevante, mesmo em contexto de abstinência prolongada. Sobre isso, o cliente referiu: "Não consumo drogas (ou outras substâncias) há cinco anos. Quando cheguei aqui, parecia um mendigo".</p> <p>A relação entre o abuso de substâncias e o contexto prisional é amplamente documentada, destacando-se a elevada prevalência do consumo de drogas entre a população reclusa. Em Portugal, o consumo de substâncias ilícitas nas prisões tem vindo a diminuir desde o pico registado em 2014. No total, 63,4% dos reclusos inquiridos referiram já ter consumido drogas ilícitas, valor semelhante ao de 2007 (63,6%), mas inferior ao de 2014 (69,1%) (Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências, 2025).</p> <p>Esta dependência muitas vezes leva à interação com outros reclusos envolvidos no tráfico dentro das prisões, perpetuando um ambiente propício ao consumo e à tensão associada (Azevedo, 2014).</p> <p>Além disso, o consumo de substâncias está fortemente associado a perturbações psiquiátricas. Estudos indicam que a abstinência forçada no ambiente prisional pode desencadear sintomas graves de ansiedade e depressão, especialmente entre consumidores de cannabis, cocaína, nicotina e álcool (Cardoso et al., 2024). A depressão, por sua vez, é frequentemente uma consequência do uso crónico de substâncias psicoativas (Cardoso et al., 2024).</p> <p>Outro fator relevante é que os reclusos que participaram em intervenções para o abuso de substâncias apresentaram mais sintomas de ansiedade e depressão, sugerindo que o próprio processo de adaptação à prisão pode representar um fator de risco para recaídas e para o agravamento do sofrimento emocional (Azevedo, 2014).</p> <p>A Escala de Sócrates, utilizada para avaliar a prontidão para a mudança no comportamento aditivo, revelou que o cliente se encontra no estágio de Pré-contemplação, com os seguintes resultados: Reconhecimento do Problema – 32; Ação: 28 e Ambivalência: 8.</p>
<p>Sistema Cardiovascular</p>	<p>A ansiedade pode desencadear alterações fisiológicas, como o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, sendo frequentemente associada a impactos cardiovasculares. Durante a entrevista, o cliente referiu: "Quando me sinto ansioso, o meu coração bate depressa."</p> <p>Contudo, na avaliação clínica, os seus sinais vitais apresentaram-se dentro da normalidade, com uma pressão arterial de 120/80 mmHg e um pulso de 62 batimentos por minuto.</p> <p>A relação entre ansiedade e doenças cardiovasculares (DCV) tem sido amplamente estudada, uma vez que a ansiedade pode atuar como fator de risco para o desenvolvimento e agravamento dessas doenças. Segundo Duarte (2021), a ansiedade excessiva pode elevar a pressão arterial e a frequência cardíaca, aumentando a vulnerabilidade cardiovascular e contribuindo indiretamente para eventos cardiovasculares adversos. Além disso, pode levar a hábitos prejudiciais à saúde, como sedentarismo e tabagismo, intensificando os riscos cardiovasculares.</p> <p>No entanto, o estudo de Duarte (2021) não encontrou diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade entre indivíduos</p>

	com e sem DCV, sugerindo que outros fatores, como estratégias de <i> coping </i> e condições socioeconômicas, podem mediar essa relação.
--	--

O planeamento dos cuidados de enfermagem exige a definição de prioridades, classificando as necessidades do cliente por ordem de importância, com o objetivo de garantir uma resolução rápida e eficaz dos diagnósticos identificados. Na determinação dessas prioridades, os enfermeiros consideram fatores como a urgência das necessidades, a gravidade da condição clínica, as preferências do cliente, a complexidade dos cuidados e a disponibilidade de recursos (Carpenito, 2019). Além disso, é essencial que as prioridades sejam avaliadas e reavaliadas continuamente, uma vez que as necessidades do cliente podem mudar ao longo do tempo, exigindo adaptação das intervenções (Carpenito, 2019).

Relativamente ao caso clínico, priorizou-se intervenções para a ansiedade, humor depressivo e sono comprometido, assegurando o acompanhamento contínuo da ideação suicida, autoconceito, comportamento aditivo e sistema cardiovascular.

A análise das necessidades detetadas permitiu a identificação dos seguintes diagnósticos, bem como a definição dos objetivos e critérios de resultado:

**Tabela 34 - Diagnósticos, Objetivos, Critérios de Resultado: Estudo de caso no Estabelecimento Prisional**

<b>Diagnósticos Principais</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Critérios de Resultado</b>
Ansiedade	Determinar evolução de ansiedade. Diminuir ansiedade. Promover autocontrolo: ansiedade.	Que o cliente verbalize melhoria da ansiedade. Que o cliente reduza os níveis de ansiedade. Que o cliente seja capaz de desenvolver estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade	Melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.	Que o cliente demonstre conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade	Melhorar a consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade.	Que o cliente demonstre conhecimento sobre a relação entre o sono e a ansiedade.
Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade	Melhorar a consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.	Que o cliente demonstre conhecimento sobre a relação dos pensamentos positivos e o controlo da ansiedade.

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade	Melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade.	Que o cliente demonstre conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade.
Humor depressivo	Determinar a evolução do humor depressivo. Diminuir humor depressivo. Melhorar estratégias de autocontrole das emoções.	Que o cliente verbalize uma melhoria no humor. Que o cliente seja capaz de construir e verbalizar pensamentos positivos. Que o cliente seja capaz de desenvolver estratégias de autocontrole das emoções.
Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor	Melhorar a consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio do humor.	Que o cliente demonstre conhecimento sobre a relação do sono e o equilíbrio do humor.
Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor	Melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor.	Que o cliente demonstre conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor.
<b>Diagnóstico secundário</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Crterios de resultado</b>
Sono comprometido	Determinar a evolução do sono. Melhorar o padrão de sono. Melhorar estratégias promotoras do sono.	Que o cliente verbalize melhoria da qualidade do sono.
Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono	Melhorar conhecimento sobre promoção do sono.	Que o cliente verbalize sobre padrão de sono adequado. Que o cliente verbalize complicações do sono comprometido. Que o cliente verbalize sobre estratégias de promoção do sono.

### 3.3.7.1.2 Planeamento

O Anexo IV apresenta o planeamento das intervenções que foi elaborado com base nas necessidades identificadas na avaliação clínica, garantindo uma abordagem estruturada e centrada no cliente. Para os diagnósticos principais, foram implementadas as seguintes intervenções:

**Tabela 35 – Diagnósticos Principais - Intervenção; especificação da intervenção: Estudo de caso no Estabelecimento Prisional**

Intervenção	Especificação da intervenção
Avaliar evolução da ansiedade	Vigiar sintomatologia ansiosa; monitorizar verbalização de ansiedade; aplicação do inventário de ansiedade Stay y.
Executar técnica de relaxamento	Instruir Respiração consciente.
Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade	Questionar o cliente sobre o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade	Informar sobre respiração consciente (RA: Sessão 1); ensinar sobre caminhadas curtas e partilha Emocional (RA: Sessão 2); ensinar sobre diário de registo de emoções (RA: Sessão 3); informar sobre escrita terapêutica para autocontrolo da ansiedade (RA: Sessão 4).
Ensinar sobre estratégias de relaxamento	Informar sobre respiração consciente (RA: Sessão 1); informar sobre escrita terapêutica como estratégia de relaxamento (RA: Sessão 4).
Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade	Questionar o cliente sobre como tem identificado e substituído pensamentos negativos por positivos e se percebe alguma mudança no controlo da sua ansiedade.
Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização	Definir em conjunto de atividades com o cliente, como a realização de exercícios de gratidão ou afirmações positivas, que favoreçam a perceção do impacto do pensamento positivo na redução da ansiedade.
Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade	Implementar a RA e incentivar o cliente a explorar como o pensamento positivo pode contribuir para o controlo da ansiedade, promovendo confiança e encorajando a identificação de recursos internos e externos de suporte.
Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade	Questionar o cliente sobre como a qualidade do sono tem influenciado seus níveis de ansiedade e se ele tem notado alguma mudança nos seus sintomas de ansiedade em relação ao seu padrão de sono.
Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade	Questionar sobre a aplicação da respiração consciente e benefícios percebidos (RA: Sessão 2); avaliar a implementação das estratégias de autocontrolo (RA: Sessão 4); rever progressos e reforçar a continuidade das estratégias (RA: Sessão 5).
Instruir estratégias de relaxamento	Instruir sobre respiração consciente como técnica de relaxamento (RA: Sessão 1); instruir sobre caminhadas curtas como estratégia para reduzir a tensão (RA: Sessão 2); instruir sobre escrita terapêutica para promover o relaxamento e a expressão emocional (RA: Sessão 4).
Treinar estratégias de relaxamento	Treinar sobre respiração consciente como técnica de relaxamento (RA: Sessão 1); treinar sobre caminhadas curtas como estratégia para reduzir a tensão (RA: Sessão 2); treinar sobre escrita terapêutica para promover o relaxamento e a expressão emocional (RA: Sessão 4).
Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade	Questionar o cliente sobre como ele tem lidado com situações de ansiedade, quais as estratégias que tem utilizado para controlar seus sintomas e se percebe alguma

	melhoria no controlo da ansiedade ao longo do tempo; aplicar o indicador NOC de autocontrolo da ansiedade.
Avaliar evolução do humor depressivo	Aplicação da escala de depressão de Beck.
Executar escuta ativa	Estabelecer o propósito da interação, manifestar interesse pelo utente e incentivar a partilha de emoções, especialmente no contexto prisional. Identificar os temas predominantes do discurso, demonstrar empatia, mostrar disponibilidade e ouvir atentamente. Validar a informação partilhada e encorajar a expressão de sentimentos ao longo da RA.
Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor	Questionar o cliente sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor.
Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor	Informar sobre a AF como estratégia de regulação emocional (RA: Sessão 2); ensinar sobre a importância da expressão emocional através do diário (RA: Sessão 3); instruir sobre escrita terapêutica para equilíbrio do humor (RA: Sessão 4); reforçar a importância das relações sociais e pensamentos positivos (RA: Sessão 5).
Assistir o cliente no treino do autocontrolo das emoções	Assistir sobre respiração consciente e relaxamento (RA: Sessão 1); assistir na utilização do diário emocional para autocontrolo (RA: Sessão 3); assistir a escrita terapêutica como ferramenta de regulação emocional (RA: Sessão 4).
Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de humor	Questionar o cliente sobre mudanças percebidas na qualidade do sono, padrões de descanso e como esses fatores têm influenciado seu equilíbrio de humor.
Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização	Definir em conjunto de atividades com o cliente, como a realização de exercícios de gratidão ou afirmações positivas, que favoreçam a percepção do impacto do pensamento positivo na redução da ansiedade.
Analisar a relação entre padrão do sono e equilíbrio de humor	Informar sobre a influência da respiração consciente no sono e no humor (RA: Sessão 1).
Avaliar evolução do autocontrolo do humor	Questionar o cliente sobre as estratégias de regulação emocional que tem utilizado durante a entrevista clínica e em cada contacto com o enfermeiro.

Durante a entrevista clínica, foi possível avaliar o estado mental do cliente, não se verificando alterações cognitivas. Apresentou um discurso coerente e fluido, demonstrando insight sobre o seu estado emocional. Destacou-se a sua motivação para a mudança, tendo sido solicitado apoio voluntariamente. Considerando estas características e a ausência de fatores de exclusão, a RAP revelou-se uma abordagem pertinente para a intervenção psicoterapêutica, conforme fundamentado no subcapítulo 1.1.5.

Na Tabela 36 serão descritas as sessões de RAP.

**Tabela 36 - Executar a relação de ajuda: Estudo de caso no Estabelecimento Prisional**

Sessões	Descrição das sessões
Sessão 1 – Iniciação	<p>A sessão teve como objetivo estabelecer uma relação terapêutica, apresentar a intervenção e validar as emoções do cliente. O enfermeiro acolheu o cliente de forma empática, explicando a estrutura, duração e objetivos da RAP. O cliente demonstrou interesse, mas referiu dificuldades em expressar os seus sentimentos.</p> <p>Durante a exploração emocional, identificaram-se ansiedade intensa, medo do futuro e culpa, especialmente pela distância da mãe idosa. O enfermeiro validou essas emoções e ajudou o cliente a identificar fatores desencadeantes e recursos internos para lidar com a ansiedade. O cliente reconheceu que, em momentos de maior angústia, tende a isolar-se, mas sente algum alívio ao conversar com colegas.</p> <p>Foi proposto um trabalho de casa, no qual o cliente deverá registar momentos de ansiedade e estratégias utilizadas. Introduziu-se a respiração consciente, que o cliente praticou, referindo sentir-se ligeiramente mais relaxado, apesar de alguma hesitação inicial. Sugeriu-se a utilização desta técnica antes de dormir, como forma de reduzir a ansiedade e facilitar um sono mais reparador.</p> <p>No final, o enfermeiro reforçou a importância da expressão emocional e da participação ativa no processo. O cliente comprometeu-se a aplicar a técnica de respiração e a dar continuidade à intervenção. A sessão terminou com um tom positivo e o agendamento da próxima.</p>
Sessão 2 - Exploração	<p>A sessão focou-se na exploração emocional, identificando estratégias já utilizadas pelo cliente para lidar com a ansiedade e introduzindo novas abordagens.</p> <p>Após um acolhimento empático, o cliente relatou ter tentado aplicar a respiração consciente, mas admitiu esquecê-la em alguns momentos. Apesar disso, reconheceu os seus benefícios na redução da tensão.</p> <p>Foram analisadas as estratégias atuais, identificando que o isolamento agrava a ansiedade, enquanto a interação com um colega traz algum alívio emocional. O cliente comprometeu-se a testar novas abordagens, como caminhadas curtas e partilha com uma pessoa de referência.</p> <p>No final, o enfermeiro reforçou a importância da continuidade das estratégias, incentivando a sua aplicação prática. O cliente mostrou-se mais consciente dos seus padrões emocionais e receptivo a experimentar novas formas de autorregulação. A sessão terminou com o agendamento da próxima e um reforço positivo.</p>
Sessão 3 - Capacitação	<p>A sessão teve como objetivo capacitar o cliente para a implementação das estratégias, antecipando dificuldades e explorando alternativas.</p> <p>Após um acolhimento empático, o cliente partilhou que tentou recorrer ao apoio de um colega, mas sentiu desconforto. No entanto, conseguiu realizar caminhadas curtas, que lhe proporcionaram algum bem-estar.</p> <p>Foram analisados os recursos pessoais, incluindo experiências passadas e rede de suporte. O cliente reconheceu dificuldades na expressão emocional, especialmente em momentos de ansiedade. Para ajudar nesse processo, foi sugerido o uso de um diário emocional para registar pensamentos antes de os partilhar.</p> <p>No final, o enfermeiro reforçou os progressos e incentivou a prática contínua das estratégias. O cliente demonstrou maior consciência dos</p>

	seus desafios e mostrou-se receptivo a continuar a explorar novas formas de gestão emocional. A sessão terminou com um reforço positivo e agendamento da próxima sessão.
Sessão 4 – Instrução e Treino	<p>A sessão teve como objetivo avaliar a implementação das estratégias trabalhadas e introduzir a escrita terapêutica como ferramenta de expressão emocional.</p> <p>Após um acolhimento empático, o cliente referiu que tem recorrido com mais frequência às caminhadas curtas e que a respiração consciente tem ajudado a controlar a ansiedade. No entanto, expressou dificuldades na partilha emocional e ainda não utilizou o diário emocional de forma consistente.</p> <p>Para complementar essa dificuldade, o enfermeiro introduziu a escrita terapêutica, explicando os seus benefícios na organização dos pensamentos e expressão emocional. O cliente realizou um exercício prático, escrevendo sobre um momento de ansiedade, e relatou sentir alívio e maior clareza mental.</p> <p>O enfermeiro validou essa experiência, reforçando os benefícios da escrita terapêutica e incentivando a sua continuidade. A sessão foi encerrada com a revisão dos principais pontos abordados e o agendamento da última sessão, com um reforço positivo sobre os progressos do cliente.</p>
Sessão 5 – Conclusão	<p>A sessão teve como objetivo avaliar os progressos do cliente, refletir sobre as dificuldades encontradas e consolidar um plano de ação para o futuro.</p> <p>Após um acolhimento empático, o enfermeiro fez uma revisão das estratégias aprendidas, destacando a escrita terapêutica, a respiração consciente e as caminhadas como recursos para a gestão da ansiedade. O cliente referiu que as caminhadas e a respiração se tornaram hábitos úteis, mas ainda sente dificuldades na partilha emocional.</p> <p>Foram exploradas as barreiras à implementação das estratégias, nomeadamente o receio de se abrir com os outros, apesar da maior consciência sobre os seus padrões emocionais. O enfermeiro ajudou a definir um plano de continuidade, reforçando a importância da prática regular das técnicas aprendidas e do suporte social.</p> <p>O cliente fez uma autoavaliação do seu percurso, reconhecendo-se mais consciente das suas emoções e das ferramentas disponíveis para lidar com momentos de ansiedade. O enfermeiro deu feedback positivo sobre a sua evolução.</p> <p>A sessão foi encerrada num tom positivo, com reflexão sobre os benefícios da intervenção e um agradecimento mútuo.</p>

Para o diagnóstico de sono comprometido, foram implementadas as seguintes intervenções:

**Tabela 37 - Diagnósticos Secundários - Intervenção; especificação da intervenção: Estudo de caso no Estabelecimento Prisional**

Intervenção	Especificação da intervenção
Avaliar evolução do sono	Monitorizar o número de horas de sono noturno; monitorizar o número de vezes que acordou durante a noite; monitorizar o número de horas de sono diurno.

Implementar estratégias de promoção do sono	Otimizar ambiente físico (adequar luz e ruído dentro das possibilidades do serviço); instruir relaxamento com visualização guiada antes de adormecer, de acordo com as preferências do utente.
Ensinar sobre padrão de sono	Explicar a importância de um padrão de sono adequado para a saúde física e mental, nomeadamente para o humor, concentração, memória e bem-estar; informar sobre os benefícios da AF regular para a qualidade do sono; explicar que uma alimentação equilibrada e leve à noite pode contribuir para um sono tranquilo.
Ensinar sobre complicações do sono comprometido	Informar o cliente que a falta de sono adequado pode levar a um aumento dos níveis de ansiedade e depressão; informar a cliente que a privação de sono prejudica a função cerebral, o que afeta a memória, a concentração e a tomada de decisões; informar a cliente que a falta de sono pode tornar as pessoas mais irritadas e emocionalmente instáveis; informar que o sono regula vários processos corporais, incluindo a produção de hormonas. A privação de sono pode afetar o equilíbrio hormonal, especialmente o cortisol, que é a hormona do stress; informar que dormir mal resulta em cansaço, baixa energia e dificuldade para aproveitar o dia. A produtividade no trabalho, a motivação para realizar atividades e o prazer nas interações sociais podem diminuir consideravelmente.
Ensinar sobre estratégias de promoção do sono	Instruir o cliente a estabelecer um horário consistente para dormir e acordar todos os dias, inclusive nos fins de semana; otimizar o ambiente do quarto nomeadamente mantendo a escuridão, a temperatura confortável e o silêncio; explicar a importância de implementar uma rotina de sono relaxante antes de dormir, por exemplo: ler um livro, ouvir música suave ou praticar técnicas de relaxamento, como a respiração consciente; informar o cliente sobre a importância de evitar antes de dormir o consumo de substâncias estimulantes, como a bebidas com cafeína, nicotina e álcool.
Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono	Questionar o conhecimento do cliente sobre estratégias para promoção do sono, qual o seu padrão de sono anterior e atual, quais as complicações que podem advir da falta de sono de qualidade e quais as estratégias que este tem vindo a implementar para melhorar a qualidade do sono.

Com o intuito de avaliar os resultados da intervenção, procedeu-se à reaplicação dos mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial, com exceção da entrevista clínica.

No final do programa ativaMente, aliado às intervenções próprias do estudo de caso, o participante demonstrou progressos na gestão da ansiedade, conforme evidenciado pelos resultados do Inventário de Ansiedade (STAI-Y) (Silva & Campos, 1988), com 44 pontos na ansiedade-estado e 41 pontos na ansiedade-traço. A avaliação qualitativa dos indicadores NOC (Sampaio et al., 2018b) revelaram que frequentemente monitoriza a intensidade da ansiedade, controla a respiração em momentos de tensão e aplica estratégias eficazes de *coping*. Além disso, passou a compartilhar

mais as suas preocupações e a eliminar precursores de ansiedade de forma proativa. No entanto, ainda enfrenta alguns desafios na manutenção das relações sociais. Por vezes, apresentou algumas melhorias no padrão do sono, dormiu por períodos longos, tendo um sono reparador e aumentou o número médio de horas de sono noturno para 6 horas.

Na Escala SOCRATES (Janeiro et al., 2016), os resultados finais indicam que o participante permanece no estágio de pré-contemplação, o que significa que ainda não reconhece plenamente a necessidade de mudança ou não sente urgência em alterar o seu comportamento. No entanto, a pontuação na ação (35 pontos) demonstra um aumento na predisposição para adotar estratégias e modificar comportamentos, sugerindo um progresso na sua prontidão para a mudança. O reconhecimento do problema (27 pontos) sugere que tem alguma perceção da sua condição, mas sem um comprometimento claro para atuar sobre ela. A ambivalência (8 pontos) manteve-se baixa, indicando pouca oscilação entre querer e não querer mudar, o que pode refletir uma posição relativamente estável em relação à mudança.

A Escala de Depressão de Beck (Campos & Goncalves, 2011) registou 15 pontos, sugerindo uma melhoria do humor depressivo. Já a Escala NGASR (Façanha, 2013) e a Escala de Autoestima (Romano et al, 2007) mantiveram as mesmas pontuações, não existindo alterações.

Em suma, a RAP desempenha um papel essencial na enfermagem em contexto prisional, promovendo um espaço estruturado de escuta ativa e suporte emocional para os reclusos. No entanto, a sua implementação enfrenta barreiras institucionais significativas, que podem comprometer a sua eficácia. Entre essas dificuldades, destacam-se a estrutura física das prisões, que limita a privacidade durante as intervenções; a restrição da circulação dos reclusos, que pode dificultar a continuidade do acompanhamento; e a supervisão constante por parte dos guardas prisionais, fator que pode inibir a expressão emocional genuína dos participantes (Certo et al., 2015).

Além dessas barreiras, a cultura prisional frequentemente impõe um cenário de desconfiança e resistência à relação terapêutica, tornando essencial o desenvolvimento de estratégias que favoreçam um ambiente seguro e propício à intervenção (Certo et al., 2015). A comunicação eficaz, fundamentada na empatia e no respeito, surge como um recurso indispensável para estabelecer uma aliança terapêutica e permitir que os reclusos desenvolvam ferramentas para a regulação emocional.

A implementação da RAP no caso clínico demonstrou sucesso, alinhando-se com a evidência de que esta abordagem é uma estratégia prioritária para humanizar os cuidados de saúde no ambiente prisional (Certo et al., 2015).

No caso específico, a RAP permitiu ao cliente verbalizar emoções, refletir sobre os seus desafios emocionais e desenvolver estratégias de *coping* eficazes, como a respiração consciente, a escrita terapêutica e as caminhadas. Estes elementos foram essenciais para mitigar o impacto da privação de liberdade, proporcionando uma maior capacidade de autocontrolo emocional e redução do sofrimento psicológico.

## **4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

Este capítulo tem como objetivo evidenciar a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio. A atribuição do título de especialista exige a demonstração das competências definidas para a especialidade, conforme estabelecido no Regulamento n.º 515/2018, bem como das competências comuns previstas no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros.

### **4.1. Competências comuns Enfermeiro Especialista**

O Quadro 1, apresentado de seguida, tem como objetivo demonstrar de forma sistematizada o modo como as competências comuns do Enfermeiro Especialista foram desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos clínicos. A marcação com o símbolo ✓ indica que a competência foi adquirida no respetivo local de estágio; por sua vez, o símbolo – assinala que a competência não foi contemplada nesse contexto.

**Quadro 1 - Aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista**

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista		Cuidados Diferenciados	Internamento	Comunidade
Domínio	Competência	✓	✓	✓
Responsabilidade profissional, ética e legal.	Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	Todas as intervenções foram conduzidas com sentido de responsabilidade ética, profissional e legal, em conformidade com o Código Deontológico do Enfermeiro (Nunes et al., 2005). O cliente foi envolvido de forma ativa no processo de tomada de decisão, com respeito pelos seus direitos, motivações, limites, crenças, privacidade e objetivos pessoais.		
	Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	As intervenções terapêuticas foram planeadas e realizadas com o propósito de promover a saúde e a saúde mental, tendo sempre como objetivo o bem-estar da pessoa e a garantia de que nenhum dano lhe fosse causado.		
Melhoria Contínua da Qualidade	Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	Ao longo dos diferentes contextos de estágio, foram promovidas diversas discussões com os tutores relativamente ao papel do EEESMP nas instituições e ao seu contributo para a promoção da qualidade dos cuidados prestados. Após a implementação das intervenções, os resultados obtidos foram analisados em conjunto com os tutores, refletindo criticamente sobre as necessidades inicialmente identificadas e a forma como estas foram colmatadas com a conclusão do processo interventivo. Esta reflexão conduziu ainda à avaliação da eficácia e da relevância das intervenções realizadas e do seu impacto na melhoria da qualidade dos cuidados em saúde mental.		
	Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	O papel do EEESMP, bem como as intervenções delineadas para cada cliente, foram discutidos com os tutores de estágio e com outros profissionais das equipas multidisciplinares. Estas discussões permitiram uma compreensão mais aprofundada das necessidades individuais de cada cliente e contribuíram para a seleção de intervenções mais ajustadas, integrando diferentes perspetivas e promovendo a tomada de decisão clínica partilhada.		

	Garante um ambiente terapêutico e seguro.	As intervenções desenvolvidas foram cuidadosamente orientadas por uma abordagem centrada na pessoa, considerando as suas crenças, limitações, fatores facilitadores e dificultadores. Paralelamente, foi tida em conta a perceção de satisfação dos clientes, assegurando, em todas as fases do processo, a promoção da segurança e do bem-estar.
Gestão dos cuidados	Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	Em cada um dos contextos de estágio, foram vivenciados momentos de análise clínica, nos quais se refletiu sobre as necessidades identificadas em cada cliente e sobre as abordagens terapêuticas mais adequadas. Estas reflexões foram partilhadas com os tutores de estágio e, sempre que possível, com outros elementos das equipas multidisciplinares. Nos estágios de Cuidados na Comunidade e de Cuidados no Internamento, foi evidente a partilha de informação e a negociação colaborativa de cuidados entre os diferentes profissionais de saúde, promovendo uma abordagem integrada. No contexto clínico de Cuidados Diferenciados, embora tenha existido articulação profissional, esta ocorreu sobretudo com o enfermeiro gestor, não se verificando uma partilha tão alargada com os restantes membros da equipa multidisciplinar. Por esse motivo, reconhece-se que, neste contexto específico, a competência relativa ao trabalho interdisciplinar não foi desenvolvida com a mesma amplitude dos restantes.
	Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	Em cada momento de planificação das intervenções, foram cuidadosamente considerados e estimados os recursos humanos, materiais e o tempo necessário à sua concretização. A definição das estratégias de intervenção teve em conta as características específicas do serviço e dos clientes, permitindo uma atuação alinhada com os objetivos terapêuticos definidos pela equipa e assegurando, assim, a qualidade dos cuidados prestados.
Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	A criação de uma relação terapêutica é fundamental em todos os contextos de prática em enfermagem; no entanto, na área da saúde mental, essa relação adquire uma dimensão ainda mais central e determinante. A comunicação, enquanto instrumento clínico, deve ser cuidadosamente planeada e sustentada em evidência científica, sendo ajustada às especificidades de cada contexto. Neste âmbito, a construção de relações interpessoais significativas exigiu um exercício contínuo de autorreflexão, permitindo identificar fatores pessoais que poderiam, de forma subtil,

		comprometer ou potenciar a qualidade e a continuidade da relação terapêutica.
	Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	A interação com os clientes em cada contexto de estágio foi cuidadosamente estudada e planeada, com base nos contributos da literatura científica mais recente. As intervenções e os critérios de avaliação dos resultados foram estruturados de acordo com a evidência disponível, assegurando a sua pertinência e eficácia. Este processo de atualização contínua foi igualmente reforçado pela participação em congressos e eventos científicos, que contribuíram para o aprofundamento do conhecimento e para a incorporação de boas práticas na tomada de decisão clínica.

Legenda: ✓ – competência desenvolvida e adquirida; - Competência não desenvolvida no contexto assinalado

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

O Quadro 2 pretende evidenciar de que forma as competências específicas do EEESMP foram desenvolvidas e alcançadas ao longo dos diferentes contextos de estágio — comunidade, internamento e contexto diferenciado — com base nas descrições e análises realizadas nos capítulos anteriores. Embora os critérios de avaliação específicos de cada competência não estejam integralmente reproduzidos neste Quadro 2, os mesmos encontram-se disponíveis no Regulamento n.º 515/2018 (OE, 2028). Importa referir que, na descrição das atividades que operacionalizam cada competência, estes critérios são devidamente referenciados.

**Quadro 2 - Aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista**

<b>1 - Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.</b>			
<b>Unidade competência</b>	<b>Comunidade</b>	<b>Internamento</b>	<b>Diferenciados</b>
	✓	✓	✓
F1.1. Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psico-terapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.	<p>A vivência dos três contextos de estágio permitiu-me aprofundar o processo de autoconhecimento e reconhecer a influência de fatores pessoais na relação terapêutica. Em contacto com realidades distintas, identifiquei, no aqui-e-agora, emoções, sentimentos e valores que emergiam e que poderiam interferir na qualidade da relação com o cliente e com a equipa multidisciplinar (F1.1.1).</p> <p>Em todos os contextos, utilizei um diário reflexivo de forma sistemática, o que me permitiu monitorizar as minhas reações emocionais, corporais e comportamentais, bem como integrar essas vivências na prática diária (F1.1.4). No contexto comunitário, ao trabalhar com grávidas com formação académica superior e níveis elevados de ansiedade relacionados com o papel de mãe, identifiquei uma tendência para querer oferecer respostas imediatas e tranquilizar rapidamente. A reflexão sobre as reações emocionais vivenciadas permitiu ajustar a forma de comunicar, escutar e interagir, favorecendo o desenvolvimento de uma relação mais empática e centrada na cliente. No contexto de internamento, perante utentes em fase aguda de doença psiquiátrica, surgiram situações particularmente exigentes — como episódios de agitação, ideação suicida ou desorganização psicótica — que colocaram à prova a capacidade de manter os limites profissionais e de gerir reações emocionais intensas, frequentemente associadas a fenómenos de transferência e contra-transferência</p>		

	(F1.1.2 e F1.1.3). Já no contexto diferenciado, com reclusos, tornei-me progressivamente mais consciente do impacto dos meus julgamentos e reações internas na construção da relação terapêutica, sobretudo perante resistência ou evitamento. A reflexão contínua permitiu-me potenciar a relação terapêutica, fortalecer a aliança e ajustar as intervenções de forma mais eficaz e consciente.		
<b>2— Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.</b>			
<b>Unidade competência</b>	<b>Comunidade</b>	<b>Internamento</b>	<b>Diferenciados</b>
	✓	✓	✓
F2.1. Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente	<p>Considerando a evidência científica, tanto ao nível da temática abordada como das populações-alvo dos diferentes contextos de estágio, foi estruturado e aplicado o programa ativaMente, concebido de forma transversal para ser ajustado às necessidades específicas de cada grupo. Foi realizada uma avaliação inicial em cada contexto, com recurso a entrevistas semiestruturadas e instrumentos validados, selecionados de acordo com os objetivos e características da população. Esta avaliação permitiu identificar factores protetores e de risco para a saúde mental (F2.1.2), bem como compreender a influência dos sistemas sociais, familiares, profissionais e culturais nas vivências dos clientes (F2.1.1). No contexto comunitário, foram exploradas questões relacionadas com a ansiedade na vivência da gravidez, expectativas em torno do papel de mãe e estratégias de regulação emocional. No internamento, a avaliação centrou-se nas necessidades dos utentes durante o processo de recuperação, com enfoque na promoção da autonomia e na preparação para a alta (F2.2.1). No contexto diferenciado, com reclusos, foram exploradas questões ligadas à motivação para a mudança e ao reconhecimento de estratégias internas de autorregulação.</p> <p>Em todos os contextos, a AF foi trabalhada como uma ferramenta terapêutica promotora de bem-estar psicológico, autoconsciência e equilíbrio emocional. Procurou-se fomentar a apropriação da AF como prática autónoma e sustentável, reforçando o seu potencial como recurso acessível e promotor de saúde mental a longo prazo. Ao longo das sessões, novas necessidades emergiram, permitindo a reformulação de objetivos e a adaptação contínua das intervenções.</p>		
<b>Unidade competência</b>	<b>Comunidade</b>	<b>Internamento</b>	<b>Diferenciados</b>
	✓	✓	✓
F2.2. Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.	<p>Em todos os contextos de estágio foi realizada uma avaliação global, com o objetivo de compreender a história de saúde do cliente, com especial enfoque na história de saúde mental e, sempre que possível, da rede familiar/ apoio (F2.2.1). Esta avaliação foi realizada através de entrevistas semiestruturadas e da análise partilhada das vivências do cliente ao longo das sessões.</p> <p>De forma transversal, com todos os participantes foi utilizado um guia de AF, que permitiu uma reflexão estruturada sobre os benefícios e obstáculos associados à sua prática. Esta reflexão facilitou a identificação de capacidades internas (como motivação, sentido de autoeficácia e experiências anteriores) e recursos</p>		

	externos (apoio social, contexto físico e tempo disponível), contribuindo para compreender de que forma poderiam manter ou recuperar a sua saúde mental (F2.2.2). Paralelamente, possibilitou avaliar o impacto da perturbação mental na qualidade de vida, funcionalidade e autonomia, a partir da percepção dos próprios clientes (F2.2.3). Esta informação foi essencial para adequar os objetivos e ajustar as intervenções no âmbito do programa ativaMente.		
<b>Unidade competência</b>	<b>Comunidade</b>	<b>Internamento</b>	<b>Diferenciados</b>
	✓	✓	✓
F2.3. Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.	<p>O desenvolvimento e implementação do programa ativaMente, aplicado nos três contextos de estágio, constituiu uma intervenção estruturada de promoção da saúde mental e prevenção de perturbações psíquicas, com enfoque no empoderamento, educação para a saúde e reforço da autonomia (F2.3.1). O programa integrou quatro sessões de psicoeducação em grupo — duas sobre AF e duas sobre ansiedade — aliando conteúdos teóricos e vivenciais, com o objetivo de aumentar a literacia em saúde mental, estimular a participação ativa e promover estratégias de autorregulação (F2.3.2). Complementarmente, foi aplicado individualmente um guia de AF, adaptado a cada participante, para facilitar a apropriação dos conteúdos, a personalização dos objetivos e o desenvolvimento de planos de ação ajustados à realidade de cada um.</p> <p>No contexto diferenciado, com reclusos em abstinência, foi possível identificar, através da avaliação inicial e das partilhas ao longo das sessões, que a prática de AF existente era percebida como monótona e pouco motivadora. Face a esta necessidade, o programa foi ajustado, integrando duas sessões práticas de Pilates, com o objetivo de promover alternativas saudáveis, manter o foco na abstinência e reforçar o plano individual de manutenção da AF após a libertação. Esta adaptação inscreve-se no âmbito da promoção da saúde mental em contextos institucionais, com impacto na redução de factores de stress e no risco de recaída em comportamentos aditivos (F2.3.4).</p> <p>No contexto comunitário, participei num projeto de estimulação cognitiva da UCC, dirigido a pessoas idosas, com o objetivo de manter e potenciar capacidades mentais, promover a socialização e prevenir o isolamento, respondendo a necessidades específicas de uma fase avançada do ciclo de vida (F2.3.3). No âmbito do estudo de caso com uma pessoa com demência, foram prestados cuidados focados tanto na pessoa como no seu cuidador principal, promovendo estratégias de suporte emocional, informação e orientação no quotidiano, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e a diminuição da sobrecarga do cuidador (F2.3.3).</p> <p>As intervenções desenvolvidas refletem uma abordagem integrativa, preventiva e promotora de saúde mental em diferentes grupos e contextos de vida.</p>		
<b>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.</b>			
<b>Unidade competência</b>	<b>Comunidade</b>	<b>Internamento</b>	<b>Diferenciados</b>
	✓	✓	✓

<p>F3.1. Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.</p>	<p>A competência foi desenvolvida de forma transversal nos três contextos de estágio, com aplicação prática no programa ativaMente e a realização dos três estudos de caso. A avaliação diagnóstica iniciou-se com entrevistas clínicas, guiões estruturados e observação direta, permitindo identificar problemas específicos e necessidades em saúde mental (F3.1.1). Analisei o impacto de factores de stress e crises de vida, como a gravidez, o internamento involuntário e a reclusão, valorizando a influência do contexto familiar e social (F3.1.2). Identifiquei manifestações típicas e atípicas de perturbações mentais, como ansiedade, depressão e psicose, ajustando a intervenção à forma como o sofrimento era expresso (F3.1.3). Distingui sinais de origem psiquiátrica de sintomas relacionados com comorbilidades físicas e efeitos da medicação, especialmente no internamento (F3.1.4), e diferenciei sinais de exacerbação de perturbações já existentes de novos problemas de saúde (F3.1.5). No contexto comunitário, identifiquei complicações decorrentes da deterioração cognitiva e da sobrecarga do cuidador informal (F3.1.6). A aplicação da AF como ferramenta terapêutica no programa ativaMente permitiu atuar sobre complicações frequentes das perturbações mentais, como sedentarismo, desorganização do sono, alteração do apetite e sintomas psicossomáticos, promovendo simultaneamente melhorias na saúde mental e física (F3.1.6). A avaliação do risco de emergência psiquiátrica e de comportamentos autodestrutivos foi realizada nos três contextos, embora com maior intensidade e exigência no internamento, onde participei na gestão de situações de ideação suicida, agitação psicomotora e necessidade de contenção (F3.1.7, F3.1.8). Em todos os contextos, utilizei a ontologia de enfermagem preconizada pela OE para conceção de cuidados de enfermagem em saúde mental, assegurando padronização terminológica e fundamentação técnica (F3.1.9).</p>		
<p><b>Unidade competência</b></p>	<p><b>Comunidade</b></p>	<p><b>Internamento</b></p>	<p><b>Diferenciados</b></p>
<p>F3.2. Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>
	<p>A competência foi desenvolvida através da definição, aplicação e monitorização de indicadores sensíveis em saúde mental, ajustados a cada contexto e cliente. No âmbito do programa ativaMente, e também nos três estudos de caso, foram definidos objetivos terapêuticos e critérios de resultado individualizados, com base nas necessidades identificadas (F3.2.1). No contexto comunitário e no internamento, os indicadores utilizados incluíram os níveis de ansiedade percebida, os níveis de prática de AF, os níveis de conhecimento sobre ansiedade e AF, bem como o indicador NOC: autocontrolo da ansiedade, monitorizado através de observação direta e entrevista clínica. Estes indicadores permitiram avaliar a capacidade dos participantes para reconhecer e gerir os sintomas de ansiedade ao longo do processo terapêutico. No contexto diferenciado, para além dos indicadores anteriores, foi também avaliado o nível de prontidão para a mudança, através da aplicação da escala de Sócrates, adequada à realidade de reclusos em processo de abstinência, permitindo igualmente compreender se a prática de AF poderia ser percecionada como um recurso facilitador desse processo.</p>		

	<p>A monitorização dos resultados foi realizada de forma contínua, permitindo o ajuste das intervenções em função da evolução de cada participante. Em todos os contextos, após cada sessão do programa ativaMente, foi entregue uma folha de autoavaliação, que possibilitou recolher dados sobre a perceção individual da experiência e do progresso alcançado. No contexto prisional, foi ainda realizada uma análise SWOT no final de cada sessão, contribuindo para reformular estratégias e identificar ganhos em saúde mental, nomeadamente ao nível da ansiedade, autoconceito, autorregulação emocional e adesão à prática de AF (F3.2.2).</p> <p>Nos estudos de caso, os resultados clínicos foram acompanhados através da reavaliação dos objetivos terapêuticos, entrevistas de seguimento e análise da evolução funcional e emocional dos clientes. Esta abordagem fundamentada permitiu comprovar a efetividade do plano de cuidados e identificar ganhos concretos em saúde mental.</p>		
<b>Unidade competência</b>	<b>Comunidade</b>	<b>Internamento</b>	<b>Diferenciados</b>
	✓	✓	✓
<p>F3.3. Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade</p>	<p>A competência foi desenvolvida nos três contextos de estágio, através do planeamento, articulação e implementação de intervenções promotoras de saúde mental em grupo e comunidade. No âmbito da articulação com equipas multiprofissionais, o programa ativaMente foi inicialmente concebido para envolver os cuidados de saúde primários (USF) e os cuidados de saúde comunitários (UCC), prevendo o reencaminhamento de adultos com ansiedade das USF para a UCC. Esta proposta foi discutida com os profissionais das unidades de saúde e integrada no planeamento do projeto. Contudo, a indisponibilidade da maioria dos utentes sinalizados, por motivos laborais, inviabilizou a execução do plano nos moldes inicialmente definidos.</p> <p>Face a esta limitação, o programa foi redirecionado para uma população igualmente encaminhada das USF para a UCC — as grávidas —, tendo sido estabelecida articulação direta com a enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, com o objetivo de incluir grávidas com ansiedade e baixos níveis de AF. Esta mudança permitiu manter a lógica de articulação entre níveis de cuidados e adaptar o programa às necessidades reais e viabilidade do território. Embora o modelo inicial não tenha sido concretizado, o processo evidenciou capacidade de planeamento, colaboração interinstitucional e flexibilidade na resposta à comunidade (F3.3.3).</p> <p>No internamento, manteve comunicação contínua com a equipa médica e de enfermagem de saúde mental, participando na definição do plano terapêutico e assegurando o alinhamento das intervenções com os objetivos clínicos estabelecidos. A articulação com os enfermeiros responsáveis permitiu partilhar objetivos, estratégias e resultados em todos os contextos (F3.3.1).</p> <p>O programa ativaMente foi concebido para ser aplicado de forma transversal e adaptável, integrando componentes de promoção da saúde mental, regulação emocional e inclusão social através da AF. Em contextos como o internamento ou no acompanhamento de um recluso em abstinência, o programa assumiu</p>		

	<p>um papel relevante enquanto programa de cuidados comunitários integrados para pessoas com perturbação mental grave, promovendo competências de autorregulação, autoestima e adesão à mudança (F3.3.2). Ainda que não tenha trabalhado diretamente com crianças ou jovens, a intervenção com grávidas integrou conteúdos orientados para a preparação para a parentalidade, promovendo competências emocionais e bem-estar familiar, o que se enquadra no domínio do aconselhamento pré-natal e promoção de competências parentais (F3.3.4).</p> <p>A AF, enquanto eixo central do programa ativaMente, foi também uma estratégia de inclusão social em todos os contextos, promovendo a participação em grupo, a estruturação do tempo e a redução do isolamento. No internamento, apesar de alguns clientes não reunirem critérios para integrar o grupo formal (por défice cognitivo ou mobilidade reduzida), criei alternativas adaptadas e supervisionadas, permitindo a sua participação em atividades físicas com vigilância, fora do grupo estruturado. Esta abordagem revelou preocupação com a equidade no acesso e permitiu prevenir a exclusão dentro de um contexto de vulnerabilidade (F3.3.5).</p>
<p>F3.4. Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.</p>	<p>A competência foi desenvolvida nos três contextos de estágio, com aplicação prática tanto no programa ativaMente como nos estudos de caso, através da elaboração e implementação de planos de cuidados individualizados em saúde mental, sustentados em diagnósticos de enfermagem e objetivos terapêuticos definidos com base nas necessidades específicas de cada cliente (F3.4).</p> <p>As estratégias de intervenção centraram-se no empoderamento dos participantes, promovendo o desenvolvimento de conhecimentos sobre saúde mental, ansiedade e AF, bem como a aquisição de competências de autorregulação emocional, planeamento pessoal e adesão a comportamentos saudáveis (F3.4.1).</p> <p>Nos três contextos, procedi à monitorização da evolução do estado emocional e funcional dos participantes através da avaliação do processo realizada após a aplicação dos guias de AF. Este momento, para além de permitir avaliar a adesão ao plano definido, funcionou como espaço de escuta ativa e expressão emocional, favorecendo a identificação precoce de alterações no estado mental e permitindo o ajustamento das intervenções (F3.4.2).</p> <p>No internamento, acompanhei de forma próxima situações clínicas complexas, tendo sinalizado alterações de comportamento, risco de agitação e ideação suicida. Colaborei com a equipa na gestão de situações de urgência psiquiátrica, avaliando níveis de risco e apoiando a implementação de estratégias de contenção verbal, ambiental e emocional (F3.4.3).</p> <p>Ainda no internamento, prestei apoio na gestão do regime medicamentoso, através da vigilância dos efeitos dos psicofármacos, da monitorização de sinais e sintomas secundários e da colaboração com as enfermeiras responsáveis no acompanhamento da adesão terapêutica e funcionalidade associada (F3.4.4).</p> <p>Os planos de cuidados implementados foram orientados para o reforço de competências pessoais e familiares, a promoção da funcionalidade e integração social, e a redução do risco de exclusão. O programa ativaMente integrou estes objetivos ao promover a prática regular de AF como ferramenta terapêutica, favorecendo a autonomia, a coesão de grupo e a recuperação da saúde mental (F3.4.5).</p>

<p>F3.5. Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.</p>	<p>A competência foi desenvolvida nos três contextos de estágio, com aplicação da metodologia de gestão de caso centrada no cliente, garantindo a continuidade de cuidados e o acesso a recursos adequados. No âmbito do programa ativaMente e dos estudos de caso, assumi a responsabilidade pela construção de planos individualizados, em articulação com a equipa e ajustados às necessidades específicas de cada cliente (F3.5.1). As intervenções foram planeadas com base em objetivos terapêuticos, estratégias adaptadas e recursos disponíveis, tendo por base uma visão global da pessoa e do seu percurso (F3.5.2).                  No contexto de internamento, colaborei com a equipa de saúde mental na avaliação e acompanhamento de utentes em situação de internamento compulsivo, tendo participado na análise clínica e nos procedimentos que envolviam a Lei de Saúde Mental (F3.5.3). Além disso, acompanhei processos de transição entre cuidados hospitalares e comunitários, nomeadamente no planeamento de alta, continuidade terapêutica e articulação com os recursos da rede (F3.5.4).                  No internamento, participei na monitorização do regime medicamentoso, sinalizando reações adversas e promovendo o diálogo com os profissionais de referência sobre a eficácia e tolerância da terapêutica instituída (F3.5.5). No contexto comunitário e diferenciado, orientei os clientes no uso da AF como recurso de autocuidado e manutenção do equilíbrio emocional, sensibilizando-os para a importância de integrar a prática regular na sua rotina e para a procura de espaços acessíveis à sua realidade (F3.5.6).                  Em todos os contextos, produzi relatórios de avaliação, registos de evolução e pareceres clínicos, em articulação com os elementos da equipa, com vista a influenciar os planos de cuidados, garantir continuidade e estimular práticas colaborativas centradas na pessoa (F3.5.7).</p>		
<p><b>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.</b></p>			
<p><b>Unidade competência</b></p>	<p><b>Comunidade</b></p>	<p><b>Internamento</b></p>	<p><b>Diferenciados</b></p>
<p>F4.1. Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>
<p>A competência foi desenvolvida nos três contextos de estágio, sobretudo através da implementação do programa ativaMente, onde foram realizadas sessões de psicoeducação de grupo centradas na promoção da saúde mental, autorregulação emocional e capacitação para a prática autónoma de AF (F4.1.1). As sessões — duas sobre AF e duas sobre ansiedade — aliaram conteúdos teóricos e práticos, incentivando a adesão ao tratamento e a adoção de comportamentos promotores de saúde, inclusive em pessoas com doença mental grave ou em abstinência (F4.1.2, F4.1.3).                  Durante o programa, foram abordadas opções farmacológicas e não farmacológicas, clarificando efeitos desejados e potenciais efeitos adversos, reforçando a literacia em saúde (F4.1.4). A AF foi apresentada como alternativa terapêutica complementar, incentivando uma reflexão crítica sobre o seu impacto no autocuidado e na gestão emocional (F4.1.5).                  No contexto comunitário, a intervenção com grávidas centrou-se na gestão da ansiedade, bem-estar emocional e preparação para a parentalidade, reforçando competências pessoais e familiares numa fase de transição</p>			

	<p>significativa, ainda que sem patologia instalada. Estas intervenções procuraram prevenir o agravamento de vulnerabilidades emocionais e evitar o desenvolvimento de doença mental grave (F4.1.6).</p> <p>No internamento, participei no acompanhamento pós-alta de uma utente com depressão major, apoiando a sua reintegração e continuidade terapêutica em articulação com a família e equipa (F4.1.7). Ainda neste contexto, as intervenções de psicoeducação foram adaptadas à capacidade de aprendizagem condicionada pelos sintomas psiquiátricos, promovendo o ajustamento das estratégias ao nível de funcionalidade (F4.1.9). Trabalhei também a autoeficácia e os comportamentos de saúde, de forma individualizada e progressiva (F4.1.10).</p> <p>No contexto diferenciado, com reclusos, as sessões abordaram temas como ansiedade, abstinência, <i>coping</i> emocional e comportamentos de risco, exigindo sensibilidade relacional e adequação à realidade prisional (F4.1.8). A motivação para a mudança foi trabalhada de forma integrada, respeitando o ritmo e a disponibilidade emocional dos participantes (F4.1.10).</p> <p>Embora não tenha realizado sessões formais de psicoeducação com famílias de pessoas com doença mental grave, os contextos comunitário e hospitalar incluíram intervenções de orientação e apoio emocional, nomeadamente no aconselhamento a grávidas e no acompanhamento da família de uma utente com demência, promovendo a compreensão da situação vivida e estratégias de adaptação.</p>		
<b>Unidade competência</b>	<b>Comunidade</b>	<b>Internamento</b>	<b>Diferenciados</b>
<p>F4.2. Desenvolve processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.</p>	✓	✓	✓
	<p>A competência foi desenvolvida de forma transversal nos três contextos de estágio, com maior expressão nos três estudos de caso. No contexto comunitário, através da estimulação cognitiva individual a uma utente com demência, foram aplicadas técnicas estruturadas para ativação das funções cognitivas, redução da desorganização e valorização de capacidades preservadas, favorecendo o bem-estar emocional e a manutenção da autonomia funcional (F4.2.1, F4.2.3). Durante a intervenção, a escuta ativa e a valorização das capacidades preservadas contribuíram para um ambiente relacional positivo, favorecendo a autoestima da cliente e a expressão emocional espontânea, mesmo em pequenos gestos ou partilhas (F4.2.5).</p> <p>No internamento, no estudo de caso de uma utente com depressão major internada após tentativa de suicídio, a RAP foi o eixo central da intervenção. Através de técnicas de clarificação, validação emocional e confronto terapêutico cuidadoso, promovi a exploração de significados atribuídos ao sofrimento, ajudando a utente a reorganizar pensamentos e identificar alternativas mais funcionais (F4.2.2, F4.2.4). A partilha emocional num espaço terapêutico facilitador promoveu a libertação de tensões internas e o início da construção de um novo projeto de vida (F4.2.5).</p> <p>No contexto diferenciado, acompanhei um recluso com ansiedade, também participante do programa ativaMente. A intervenção centrou-se na RAP, promovendo a expressão emocional, o reconhecimento de dificuldades pessoais e o desenvolvimento de estratégias de autorregulação. O vínculo terapêutico estabelecido permitiu ao cliente refletir sobre os seus padrões de comportamento, medos e resistência à</p>		

	<p>mudança, favorecendo a mobilização interna e o planeamento de objetivos realistas (F4.2.1, F4.2.2, F4.2.3, F4.2.5).</p> <p>Paralelamente, as sessões de psicoeducação do programa ativaMente integraram componentes de treino de competências sociais, tais como a gestão da frustração, a comunicação assertiva e o pedido de ajuda, reforçando o papel das intervenções socioterapêuticas na melhoria do funcionamento relacional e na prevenção da exclusão social (F4.2.3, F4.2.4).</p> <p>Em todos os casos, as intervenções foram individualizadas, sustentadas na análise da situação clínica e integradas num plano terapêutico com objetivos definidos, mobilizando recursos internos e externos do cliente para a recuperação da saúde mental.</p>		
<p><b>Unidade competência</b></p>	<p><b>Comunidade</b></p>	<p><b>Internamento</b></p>	<p><b>Diferenciados</b></p>
	<p>✓</p>	<p>✓</p>	<p>✓</p>
<p>F4.3. Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.</p>	<p>A competência foi desenvolvida de forma transversal, com maior expressão nos contextos de internamento e diferenciado, através de intervenções focadas na funcionalidade, bem-estar psicológico e promoção da autonomia. O programa ativaMente, aplicado nos três contextos, embora não tenha sido criado especificamente para pessoas com doença mental grave, foi adaptado a participantes em situação de maior vulnerabilidade, como utentes internados e reclusos em abstinência. Através da promoção da AF regular, da autorregulação emocional e da estruturação da rotina, contribuiu para o reforço de competências pessoais e para a prevenção de recaídas, podendo ser enquadrado como uma intervenção promotora de reabilitação psicossocial (F4.3.1).</p> <p>As sessões do programa integraram componentes psicossociais estruturadas, nomeadamente o treino de competências sociais, planeamento pessoal, envolvimento em grupo e desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>, com impacto positivo na participação ativa e na capacidade de organização do quotidiano. No contexto de internamento, foi ainda possível colaborar na definição do plano de continuidade de cuidados de uma utente com depressão major, promovendo a sua reintegração familiar e social (F4.3.2).</p> <p>Apesar de não ter sido realizada intervenção direta no âmbito da reinserção profissional, as intervenções implementadas favoreceram a aquisição de hábitos saudáveis, o reforço da funcionalidade e a manutenção de competências, elementos importantes para a eventual retoma da vida ativa e da integração ocupacional em fases futuras (F4.3.3).</p> <p>No âmbito da partilha de práticas desenvolvidas, foi realizada uma apresentação do programa ativaMente numa aula do mestrado, na qual foram partilhadas a estrutura, os contextos de aplicação e os principais resultados obtidos. Esta partilha permitiu uma reflexão conjunta sobre a aplicabilidade de intervenções estruturadas na promoção da saúde mental. No contexto diferenciado, destaca-se ainda a colaboração pontual numa sessão externa, dinamizada em conjunto com uma colega, intitulada “Movimento e Serenidade: combinação de AF, relaxamento e <i>mindfulness</i>”, dirigida a reclusos. Embora não tenha sido uma intervenção formal de reabilitação psicossocial, esta atividade complementou o trabalho desenvolvido no âmbito do programa, contribuindo para o bem-estar emocional dos participantes (F4.3.4).</p>		

### 4.3. Análise crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento de Competências

A presente análise crítico-reflexiva tem como objetivo evidenciar o processo de aquisição, consolidação e integração das competências comuns do enfermeiro especialista, conforme definidas no Regulamento n.º 140/2019, e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de pensamento Saúde Mental e Psiquiátrica, nos termos do Regulamento n.º 515/2018 (Ordem dos Enfermeiros, 2018), tendo como base as experiências mais significativas vividas ao longo deste percurso formativo. Estas competências gerais incluem a capacidade de intervir com autonomia, responsabilidade ética e científica, espírito crítico, reflexão contínua e compromisso com a promoção da saúde mental da pessoa, família e comunidade ao longo do ciclo de vida.

A realização de estágios em diferentes contextos — comunidade, internamento e contexto diferenciado — constituiu uma etapa profundamente enriquecedora e transformadora, que promoveu o desenvolvimento de competências técnicas, e relacionais fundamentais à construção da minha identidade enquanto futura EEESMP.

A diversidade dos contextos clínicos permitiu-me contactar com realidades humanas e institucionais distintas, desafiando-me a exercitar a sensibilidade, a adaptabilidade e o crítico. Foi através da vivência destes cenários complexos que surgiram oportunidades valiosas de aprendizagem e crescimento, contribuindo de forma significativa para o meu amadurecimento pessoal e profissional.

Um dos eixos centrais deste crescimento foi, sem dúvida, o desenvolvimento da consciência de mim enquanto pessoa e profissional, que se traduziu numa reflexão contínua sobre o impacto da minha presença na relação terapêutica. Compreendi que, na prática em saúde mental, não basta dominar a técnica ou conhecer a teoria: é necessário estar inteiro, atento às emoções, valores e julgamentos que emergem no encontro com o outro.

Para promover este processo de autoconhecimento, utilizei sistematicamente um diário reflexivo nos três contextos de estágio. Esta ferramenta foi fundamental para identificar, no aqui-e-agora, reações emocionais e padrões de pensamento que, por vezes, interferiam de forma subtil na qualidade da intervenção. Tal como defende Schön (1983), o profissional reflexivo é aquele que aprende na ação e sobre a ação, sendo capaz de ajustar conscientemente o seu comportamento com base na experiência vivida. Escrever tornou-se, para mim, um exercício de escuta interna - um espaço onde pude transformar dúvidas, tensões e fragilidades em aprendizagem.

No contexto comunitário, ao acompanhar grávidas com formação acadêmica superior e níveis elevados de ansiedade, deparei-me com um medo inicial de não corresponder às suas expectativas. Acostumada a lidar, na minha prática habitual, com uma população com baixa escolaridade, questionei se estaria à altura de intervir junto de mulheres com maior literacia e capacidade crítica. Esse receio levou-me, inicialmente, a uma postura mais diretiva, com tendência a querer tranquilizar rapidamente. Ao refletir sobre estas reações, percebi que estavam ancoradas em inseguranças pessoais e na necessidade inconsciente de validação. O reconhecimento desta dinâmica permitiu-me ajustar a comunicação, adotar uma escuta mais empática e confiar na capacidade da cliente em conduzir o seu próprio processo.

No internamento, cheguei com a ideia pré-concebida de que os utentes não praticavam qualquer tipo de AF e que a passividade seria total. Essa percepção foi desafiada por dois utentes que demonstravam iniciativa e preocupação com o autocuidado, mesmo dentro das limitações do ambiente. Essa constatação revelou-me que, mesmo num contexto marcado pelo sofrimento psíquico e pela rigidez institucional, a vontade de manter alguma funcionalidade persiste — desde que haja espaço e estímulo para isso. Esta realidade reforçou em mim a convicção de que o internamento não deve ser um espaço de suspensão da vida, mas sim uma oportunidade de reorganização com sentido terapêutico. E que, enquanto profissionais, temos a responsabilidade de provocar esse movimento, mesmo que através de pequenos gestos.

Também fui confrontada com situações de sofrimento agudo, como episódios de desorganização psicótica, ideação suicida e agitação. Estas vivências, emocionalmente intensas, desafiaram a minha estabilidade emocional, fazendo emergir reações físicas como tensão, respiração superficial ou hesitação. Estes sinais foram interpretados como alertas internos, que exigiram autorregulação e consciência corporal para preservar a qualidade da presença terapêutica. A capacidade de manter os limites profissionais, mesmo em cenários de instabilidade, foi desenvolvida com base neste “dar conta de mim”, essencial para garantir segurança, contenção emocional e coerência.

No contexto diferenciado, o contacto com reclusos com percursos de vida marcados por crime, dependência de drogas e exclusão social expôs-me a julgamentos inconscientes que precisei de reconhecer e transformar. Questionava-me frequentemente: “Se eu tivesse nascido naquele contexto, teria feito diferente?” Esta autorreflexão permitiu-me adotar uma postura mais compassiva e centrada na pessoa, suspendendo o julgamento e acolhendo a história de cada um sem moralismo. Um momento marcante foi a escolha espontânea da música “Homem Mau”, dos GNR, por parte do grupo de reclusos. O entusiasmo com que cantavam o refrão confrontou-me com a identidade construída a partir dos rótulos sociais e judiciais — e levou-me a refletir sobre o poder

simbólico da expressão emocional. Esta experiência tornou-se um espelho, ajudando-me a perceber que, por trás de uma imagem de dureza, existe uma humanidade muitas vezes invisível.

Como refere Benner (1984), o desenvolvimento da competência profissional envolve a passagem de iniciado a perito através da integração entre o saber técnico, a experiência vivida e a sensibilidade relacional. Esta integração só é possível quando o profissional se permite refletir, duvidar, rever e crescer a partir daquilo que sente e observa em si. Hoje, reconheço que esta é talvez a mais difícil das competências — porque é invisível, silenciosa, mas absolutamente transformadora. A minha identidade como futuro EEESMP começou a construir-se aí: na escuta de mim mesmo, no reconhecimento dos meus limites, e na capacidade de continuar presente, mesmo quando a dor do outro me tocava mais do que queria admitir.

Esse alicerce interno revelou-se essencial para o desenvolvimento da competência de assistir a pessoa, família e comunidade na promoção da saúde mental ao longo do ciclo de vida. Esta competência foi trabalhada de forma transversal nos três contextos de estágio, exigindo uma abordagem sensível às especificidades de cada fase do ciclo vital, à realidade institucional e aos fatores sociais e individuais que influenciam a saúde mental.

O programa ativaMente - AF para adultos com ansiedade, foi uma das principais ferramentas utilizadas para operacionalizar esta competência. Estruturado com base em quatro sessões de psicoeducação em grupo - duas centradas na ansiedade e duas na AF - e complementado com a aplicação individual do guia de AF, o programa teve como objetivo geral a promoção da prática regular de AF como estratégia terapêutica complementar. Os objetivos específicos incluíram a redução dos níveis de ansiedade, o aumento da prática de AF e a melhoria do conhecimento dos participantes sobre AF e ansiedade.

Para sustentar a avaliação diagnóstica e avaliar os efeitos da intervenção, foram utilizados diferentes instrumentos: o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI-Y) (Silva & Campos, 1998), o questionário de conhecimento sobre ansiedade e AF (Anexo I a III), um questionário de avaliação dos níveis de AF e sedentarismo (DGS, 2018), e os indicadores NOC (Sampaio et al., 2018b) relacionados com o autocontrolo da ansiedade. Esta estrutura foi mantida em todos os contextos de estágio, tendo sofrido adaptações consoante as características dos grupos.

No contexto de internamento, o programa foi aplicado sem alterações estruturais, permitindo avaliar a sua eficácia num ambiente mais controlado e institucional. Importa referir que, mesmo mantendo os critérios de inclusão previamente definidos para a participação no programa estruturado, os utentes que não reuniam esses critérios não foram excluídos da possibilidade de beneficiar de estratégias promotoras de bem-estar. Foram-lhes proporcionadas oportunidades de participação

em atividades físicas não estruturadas, adaptadas à sua condição clínica e disponibilidade, de forma a garantir o princípio da equidade no acesso ao cuidado e a promover o bem-estar dentro das possibilidades de cada caso. Esta opção refletiu o compromisso ético de não discriminação, respeitando a dignidade de todos os utentes, independentemente da sua inclusão formal na intervenção.

Inicialmente desenhado para adultos com ansiedade no contexto comunitário, o programa teve de ser adaptado devido à indisponibilidade da população-alvo, maioritariamente ativa profissionalmente. A intervenção foi então redirecionada para grávidas acompanhadas na UCC, igualmente encaminhadas pelas USF. Esta mudança manteve a lógica de articulação entre os cuidados de saúde primários e comunitários, assegurando a continuidade do projeto e permitindo a sua implementação junto de uma população em fase de transição emocionalmente exigente.

No contexto diferenciado, com reclusos em processo de abstinência, a avaliação inicial revelou que as atividades físicas praticadas no EP eram consideradas repetitivas e pouco motivadoras. Como resposta, foram integradas duas sessões práticas de Pilates, promovendo variedade, envolvimento corporal e bem-estar emocional. Esta adaptação refletiu a importância de escutar ativamente, adaptar estratégias e centrar a intervenção na realidade concreta de cada grupo.

Inspirado no MPS de Nola Pender (Pender et al., 2011), o foco da intervenção assentou na motivação interna para a mudança de comportamento, reforçando os benefícios percebidos e os ganhos pessoais associados a uma vida mais ativa. Tal como defende a autora, a promoção da saúde deve centrar-se na valorização do bem-estar e na perceção de autoeficácia, evitando o recurso a mensagens centradas no medo da doença. Por isso, evitei dizer discursos como “tem de fazer exercício senão poderá experienciar um aumento dos sintomas ansiosos”, optando antes por exemplos como: “vai sentir-se mais leve, dormir melhor e ter mais energia para o seu dia-a-dia”. Esta forma de comunicar, mais positiva e construtiva, revelou-se essencial para aumentar o envolvimento e a adesão dos participantes às estratégias propostas.

Ao longo das sessões, incentivei cada participante a identificar de forma consciente os benefícios pessoais da AF, relacionando-os com a regulação do sono, o humor, a gestão emocional, o foco mental e a capacidade de se sentirem disponíveis emocionalmente para os outros. As verbalizações espontâneas de quem dizia “sinto-me mais calmo” ou “durmo melhor quando faço exercício” confirmaram a importância de uma abordagem que valoriza as pequenas conquistas e os ganhos subjetivos, mesmo quando não são imediatamente mensuráveis.

No contexto comunitário, a intervenção com grávidas revelou-se especialmente relevante na promoção do bem-estar emocional e da preparação para a parentalidade, atuando sobre fatores de

risco e potenciando recursos individuais num momento de transição. No internamento, a aplicação do programa demonstrou que, mesmo em ambientes marcados pela rigidez institucional e pela passividade instalada, é possível intervir de forma estruturada e eficaz, promovendo a autonomia e a recuperação. No contexto diferenciado, a intervenção com reclusos exigiu uma abordagem motivacional sensível à realidade do grupo, tendo a aplicação da Escala de Sócrates (Janeiro et al., 2016) permitido ajustar as estratégias à fase motivacional e à disponibilidade dos participantes para a mudança de comportamento.

Assumir uma postura promotora da saúde mental implica mais do que aplicar técnicas ou protocolos - exige presença, congruência, respeito pelo ritmo do outro e capacidade de despertar nele a confiança na mudança. Como defende Nola Pender, a promoção da saúde começa quando vemos a pessoa não apenas como alguém a tratar, mas como alguém com potencial para transformar a sua vida. Essa mudança começa na forma como comunicamos, como escutamos e como acreditamos na possibilidade de um futuro com mais bem-estar.

A competência de ajudar a pessoa, família e comunidade a recuperar a saúde mental foi desenvolvida de forma progressiva e integrada nos três contextos de estágio, permitindo-me compreender como as necessidades em saúde mental se expressam de maneira distinta ao longo do ciclo de vida e das experiências individuais. Assumir esta competência exigiu o domínio do processo de enfermagem, capacidade de análise contextual, sensibilidade relacional e atenção às redes de suporte formais e informais.

A avaliação das necessidades foi um passo central em todas as intervenções. Recorri a entrevistas clínicas e aos instrumentos previamente referidos, cuja aplicação permitiu reunir informação essencial para orientar o planeamento de cuidados e fundamentar a tomada de decisão clínica. Os instrumentos revelaram pontos críticos como níveis elevados de ansiedade, baixa prática de AF, dificuldades de autorregulação emocional e conhecimento limitado sobre o impacto da AF na saúde mental. Com base nesses dados, as intervenções foram estruturadas de forma personalizada, respeitando a individualidade e o contexto de cada pessoa.

Contudo, aprendi que nem todos os ganhos se traduzem em números ou escalas. Em saúde mental, há resultados que não são mensuráveis. Um sorriso, um agradecimento, uma mudança subtil no discurso ou o simples facto de alguém se sentir escutado com autenticidade têm um valor terapêutico imensurável. É nesse espaço invisível que a recuperação começa a acontecer - silenciosa, mas profunda.

O desenvolvimento desta competência foi também complementado através dos três estudos de caso, que me permitiram aplicar o processo de enfermagem de forma completa e individualizada.

Na comunidade, acompanhei uma utente com demência e o seu cuidador informal. A intervenção centrou-se na estimulação cognitiva, com atividades ajustadas às capacidades da utente, e no apoio ao cuidador, com foco na reorganização da rotina, redução da sobrecarga e reforço de estratégias de enfrentamento. Foi neste caso que percebi a importância de cuidar de quem cuida, promovendo o equilíbrio familiar como parte integrante da recuperação.

No internamento, segui de perto o caso de uma utente com depressão major internada após tentativa de suicídio. Foi uma experiência exigente, que me levou a avaliar o risco de suicídio de forma contínua e colaborar na definição de um plano de segurança. A RAP foi aqui essencial, permitindo validar o sofrimento, construir confiança e abrir espaço para a reconstrução de um sentido de vida.

No contexto diferenciado, acompanhei um recluso com ansiedade que também participou no programa ativaMente. O acompanhamento individual permitiu-me observar de perto o impacto da intervenção, ajustar objetivos, reforçar estratégias de *coping* e explorar dimensões pessoais e subjetivas que não emergiam nas sessões de grupo. A relação terapêutica construída ao longo do tempo foi essencial para promover abertura, confiança e mudanças significativas no modo como o cliente lidava com as suas emoções e desafios pessoais. Tal como defende Peplau (1997), é na relação interpessoal que se constrói o cuidado em saúde mental, sendo o enfermeiro um facilitador do crescimento pessoal e da recuperação.

A entrega de folhas de autoavaliação das sessões em todos os contextos, aliada à realização de análises SWOT após cada sessão no contexto diferenciado, permitiu acompanhar a evolução dos participantes e ajustar continuamente as estratégias adotadas, promovendo o seu envolvimento ativo e consciente no processo.

O planeamento de cuidados teve como foco o reforço da autonomia e funcionalidade da pessoa, valorizando os seus recursos e contexto relacional. Através de uma abordagem centrada na pessoa, sustentada pelo vínculo terapêutico e pela escuta ativa, compreendi que recuperar não é apenas reduzir sintomas, mas criar condições para que cada pessoa se reapropriar da sua vida, mesmo com limitações.

Como refere Benner (1984), o desenvolvimento profissional implica reconhecer padrões, agir com discernimento e integrar teoria, experiência e sensibilidade relacional. Nesta competência, isso traduziu-se na capacidade de intervir com estrutura, mas também com presença - ajustando-me ao ritmo de cada pessoa, respeitando os seus silêncios, e apoiando os seus pequenos passos, sem pressa e sem juízo.

A prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais assumiu, ao longo deste percurso, múltiplas formas e expressões. Uma das aprendizagens mais marcantes nesta competência foi perceber que estes cuidados não se esgotam nas técnicas formais, mas acontecem também nos gestos subtis - na escuta ativa, na validação emocional e na criação de um espaço seguro onde a pessoa pode (re)conhecer-se como agente da sua própria mudança.

Inspirada na Teoria da Aprendizagem Social de Albert Bandura (1977), compreendi que promover a saúde mental envolve reforçar a autoeficácia, estimular a capacidade de autorregulação e criar contextos relacionais que incentivem comportamentos mais adaptativos. O treino de competências sociais - como iniciar uma conversa, gerir frustrações ou pedir ajuda — foi integrado de forma natural nas sessões do programa ativaMente, permitindo que os participantes experimentassem novas formas de interação, num ambiente seguro e sem julgamento.

Neste sentido, compreendi que o papel do enfermeiro especialista não é apenas induzir a mudança, mas sim sustentar o espaço onde ela possa emergir, no tempo e ritmo da pessoa, e ser verdadeiramente acolhida. Estimular a reflexão, validar a experiência e mostrar que existem outras formas de viver - mais saudáveis, mais conscientes - é, por vezes, o primeiro passo de um caminho que poderá ser percorrido mais tarde.

Esta dimensão psicossocial estendeu-se também à articulação com as equipas, à comunicação com as famílias e à valorização de práticas interdisciplinares. Um exemplo disso foi a sessão conjunta que dinamizei com uma colega, combinando relaxamento com movimento corporal. A complementaridade entre as duas intervenções, embora distintas, resultou numa experiência integrativa, que ampliou o impacto emocional e fortaleceu o envolvimento dos participantes.

Partilhar a minha experiência enquanto interlocutora numa aula do mestrado foi também um momento particularmente significativo. Pude sintetizar o percurso realizado, dar voz às aprendizagens vividas nos diferentes contextos e, acima de tudo, contribuir com ideias e sugestões que ajudaram as colegas a estruturar os projetos que irão desenvolver em estágio. Esta partilha foi, para mim, uma forma de integrar o que vivi, reforçar a confiança no caminho percorrido e afirmar com mais clareza a minha identidade enquanto futura EEESMP.

Cuidar da saúde mental é, acima de tudo, criar espaço para o desenvolvimento humano. E isso faz-se em muitos registos - na técnica, na relação, na escuta, na criatividade, e sobretudo, na crença de que é possível (re)começar. Como defende Bandura, a perceção de autoeficácia é um fator determinante para a mudança sustentada. E foi essa a base de muitas das intervenções que desenvolvi: ajudar a pessoa a acreditar que consegue.

No contexto prisional, o acompanhamento individual realizado no estudo de caso permitiu explorar com profundidade dimensões emocionais e existenciais frequentemente silenciadas. Embora o discurso inicial revelasse alguma desvalorização pessoal, foi possível identificar sinais de autoestima preservada - visíveis no empenho com que participava nas atividades e na forma como verbalizava os seus objetivos futuros. A relação terapêutica estabelecida tornou-se um espaço seguro, sustentado por uma escuta empática e genuína, onde se trabalharam mecanismos de defesa e se refletiu sobre alternativas de vida mais saudáveis. Esta vivência concretizou aquilo que Hélène Lazure (1994) descreve como RAP: um processo intencional, centrado na pessoa, que exige da enfermeira a capacidade de criar condições relacionais que favoreçam o crescimento, mesmo em contextos adversos. O exercício contínuo da empatia revelou-se fundamental para criar uma ligação autêntica e promover a confiança necessária à mudança.

Apesar de, segundo a Escala de Sócrates (Janeiro et al., 2016), o nível de prontidão para a mudança se ter mantido em pré-contemplação, este dado não invalidou a importância da intervenção. Pelo contrário, reforçou a noção de que, em saúde mental, a mudança é muitas vezes lenta, não linear e invisível aos instrumentos de medida. O facto de o recluso ter mantido o compromisso com o acompanhamento, ter partilhado aspetos da sua história e refletido sobre possibilidades futuras - mesmo sem declarar intenções de mudança imediata - foi, por si só, um indicador de envolvimento relacional e de mobilização interna.

O estágio no EP superou todas as minhas expectativas. Entrei com medo, saí com gratidão. Acompanhei realidades que me confrontaram, mas também me ensinaram a cuidar com mais presença, mais respeito e mais humanidade. Trabalhar com reclusos fez-me rever convicções, relativizar julgamentos e perceber que, por detrás de histórias difíceis, há pessoas que continuam a ter sede de mudança - mesmo quando ainda não sabem como fazê-la acontecer. Nem sempre se dá o passo visível, mas plantar a semente já é um ato de cuidado.

Hoje, saio deste percurso com menos certezas, mas com mais profundidade. Sei que não sei tudo - e talvez nunca saiba. Mas sei escutar, sei cuidar com verdade, e sei que, mesmo quando não mudo uma história, posso sempre tocar uma vida. E isso, para mim, é já um privilégio e um compromisso.

Como escreveu Antoine de Saint-Exupéry (2007) em *O Príncipezinho*, “somos responsáveis por aquilo que cativamos”, então também somos tocados por aquilo que deixamos cativar. Cada pessoa, cada momento de encontro, deixou em mim algo que levarei – não apenas como enfermeira, mas como ser humano. Saio com o coração cheio: de histórias, de olhares, de silêncios partilhados. Levo comigo pedaços de cada um — memórias vivas que me lembram porque escolhi este caminho.

Concluo este ciclo com um sentimento de pertença àquilo que escolhi ser: Enfermeira Especialista em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica. Uma profissional que cuida com presença, que escuta com atenção e que reconhece a perseverança que resiste, mesmo nos momentos mais frágeis.

## 5. CONCLUSÃO

O presente relatório teve como finalidade refletir sobre o processo de aquisição de competências gerais e específicas do EEESMP, através da implementação do programa “ativaMente – AF para adultos com ansiedade” em diferentes níveis de cuidados: comunitário, hospitalar e prisional. A prática clínica supervisionada permitiu desenvolver intervenções centradas na pessoa, com base na evidência científica, contribuindo para a promoção da saúde mental, a prevenção do sofrimento psíquico e o fortalecimento da autonomia individual.

Foram integralmente cumpridos os três eixos de objetivos delineados: a aquisição das competências do EEESMP, os objetivos definidos no plano individual de estágio e os objetivos do programa ativaMente — promover a AF como estratégia de autorregulação emocional, reduzir a sintomatologia ansiosa e aumentar o conhecimento e a consciencialização das pessoas envolvidas na intervenção. A análise dos resultados revelou impacto positivo nas três populações-alvo, evidenciado pela adesão ao programa, pelo envolvimento dos participantes e pelas melhorias percebidas em termos de regulação emocional e motivação para a prática de AF.

A concretização do programa demonstrou elevada eficácia e eficiência, considerando os recursos disponíveis e os constrangimentos contextuais. Destacam-se como condições facilitadoras a abertura das instituições de estágio à implementação do programa, o apoio prestado pelas equipas e, em particular, a existência de uma amostra de 11 participantes no contexto prisional. Em contrapartida, o tempo limitado para execução e a impossibilidade de realizar follow-up após o estágio constituíram limitações relevantes. No EP, registaram-se ainda constrangimentos logísticos, como as restrições de segurança associadas à entrada de materiais e a presença constante de vigilância, fatores que afetaram a privacidade das sessões e exigiram um reforço da resiliência e da adaptação por parte da enfermeira em formação.

As implicações para a prática clínica reforçam a importância de desenvolver estratégias personalizadas para promover a AF em pessoas com ansiedade, ajustadas às capacidades, preferências e necessidades individuais. Recomenda-se que estas intervenções integrem avaliação clínica, escolha partilhada de modalidades, prescrição progressiva e flexibilidade, promovendo maior adesão, motivação e benefícios sustentados ao longo do tempo.

Adicionalmente, sublinha-se a necessidade de divulgar e aprofundar o papel da AF na enfermagem de saúde mental. A escassez de programas implementados por EEESMP neste domínio constitui uma oportunidade para fomentar a investigação, a formação e a inovação clínica.

A partilha desta experiência com futuros especialistas poderá estimular o desenvolvimento de projetos semelhantes e fortalecer uma prática de enfermagem mais diversificada, ativa e colaborativa, promovendo a construção coletiva de saberes no domínio da saúde mental.

Em síntese, o presente trabalho evidencia o potencial da AF como recurso terapêutico em enfermagem de saúde mental e reforça o papel do EEESMP na implementação de intervenções inovadoras, adaptadas a diferentes contextos e necessidades. A continuidade deste tipo de projetos poderá constituir um contributo relevante para a prática clínica especializada, para a formação de futuros profissionais e para o aprofundamento da investigação nesta área.

## BIBLIOGRAFIA

Abdelazem, S., Ahmed, A., Galal, E., & Souilm, N. (2024). Effectiveness of Pender's Model-Based Program on acculturative stress, lifestyle, and social adjustment among international university students. *Egyptian Journal of Health Care*, 15(2), 830-844. [10.21608/ejhc.2024.357673](https://doi.org/10.21608/ejhc.2024.357673)

Abuchaim, E. S. V., Marcacine, K. O., Coca, K. P., & Silva, I. A. (2023). Ansiedade materna e sua interferência na autoeficácia para amamentação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, 1–8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02301>

Afonso, H. I. C. L. (2024). *Autocontrolo em contexto de saúde mental e psiquiatria: Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/52562>

Almeida, F., Moreira, D., Silva, V., & Cardoso, A. M. (2012). Internamento compulsivo. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 5, 49–66. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1877850>

Almeida, R. (2021, 11 de dezembro). *Stress e ansiedade na gravidez: A importância de cuidar da saúde mental perinatal*. Público. <https://www.publico.pt/2021/12/11/impar/opiniao/stress-ansiedade-gravidez-1981675>

Alvarenga, G. M., Charkovski, S. A., Santos, L. K. d., Silva, M. A. B. d., Tomaz, G. O., & Gamba, H. R. (2018). The influence of inspiratory muscle training combined with the Pilates method on lung function in elderly women: A randomized controlled trial. *Clinics*, 73, e356. <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e356>

Alves, P., Sequeira, C., Néné, M., & Ribeiro, I. (2024). Enfermagem de saúde mental perinatal: Construção de um programa de aconselhamento. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 31, 53-66. <https://doi.org/10.19131/rpesm.380>

Ameel, M., Kontio, R., & Välimäki, M. (2019). Interventions delivered by nurses in adult outpatient psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26, 301–322. <https://doi.org/10.1111/jpm.12543>

Ameel, M., Leino, H., Kontio, R., van Achterberg, T., & Junntila, K. (2020). Using the Nursing Interventions Classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 3435–3444. <https://doi.org/10.1111/jocn.15382>

American Psychiatric Association. (2021). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: 5th edition, text revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.

Aqtam, I., & Darawwad, M. (2018). Health promotion model: An integrative literature review. *Open Journal of Nursing*, 8, 485-503. <https://doi.org/10.4236/ojn.2018.87037>

Azevedo, C. (2021, 13 de janeiro). *Grávidas com mais receio do parto por causa da pandemia*. Notícias U.Porto. <https://noticias.up.pt/2021/01/13/gravidas-com-mais-receio-do-parto-por-causa-da-pandemia/>

Azevedo, T. M. S. (2014). *Ansiedade e depressão: Recurso aos serviços de saúde em contexto prisional* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9504>

Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman and Company.

Barbosa, V. C. S. (2018). *Efeitos de um programa de atividade física com base na plataforma Wii em reclusas de um estabelecimento prisional com sintomas moderados a graves de depressão* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.22/11536>

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>

Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). *Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem*. *Revista ROL Enfermagem*, 44(11-12), 57–61. <http://hdl.handle.net/10400.26/38605>

Bayerl, R., Arsie, N. V. C., Quevedo, V. S., Paz, L. P., & Motter, A. A. (2023). Prática de atividade física e estigma social: Uma análise dos impactos na qualidade de vida de candidatos à cirurgia bariátrica. *Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 16(2), 365–384. <https://doi.org/10.5380/diver.v16i2.92657>

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988a). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988b). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Benincasa, M., Lazarini, N., & Andrade, C. J. (2021). Intervenção psicológica durante a gestação: Revisão sistemática da literatura. *Id on Line Rev. Mult. Psic*, 15(56), 644-663. <https://doi.org/10.14295/online.v15i56.3163>

Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.014>

Bosscher, R. J. (1993). Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients. *International Journal of Sport Psychology*, 24(2), 170–184. <https://psycnet.apa.org/record/1994-06914-001>

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4–32. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.4>

Campbell-Lendrum, D., & Prüss-Ustün, A. (2019). Climate change, air pollution and noncommunicable diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(2), 160–161. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.224295>

Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two nonclinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258–264. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000072>

Cardoso, L. S., Rodrigues, L. C., Borges, L. R., Tarragó, N. R. C. S., Messa, C. E. P., Pereira, E. L., Nicorena, B. P. B., & Espadim, J. B. (2024). Saúde mental e fatores relacionados em pessoas privadas de liberdade: Revisão integrativa. *Revista Foco*, 17(2), e4354, 1–28. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n2-018>

Carpenito, L. (2019). *Diagnósticos de enfermagem* (15ª ed.). Artmed.

Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Ronald Press.

Castro, B., Sousa, S., Ramos, L., Silva, M. R., Mota, J., & Santos-Rocha, R. (2024). *Benefícios do exercício físico durante a gravidez na condição física materna – revisão sistemática*. *Retos: Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 59, 286–304. <https://doi.org/10.47197/retos.v59.105313>

Certo, A. C. T. (2016). *Qualidade do sono e suas implicações ao nível da ansiedade, depressão e stress nos estudantes do ensino superior* [Relatório de estágio de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10198/13051>

Certo, A., Gaivão, A., & Gomes, J. (2015). Relação de ajuda em contexto prisional. In A. Lobo et al. (Eds.), *Saúde: Do desafio ao compromisso* (pp. 80–88). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <http://hdl.handle.net/10198/11940>

Choi, M. J., Kim, S., & Jeong, S. H. (2024). Factors associated with health-promoting behaviors among nurses in South Korea: Systematic review and meta-analysis based on Pender's Health Promotion Model. *Asian Nursing Research*, 18(2), 188-202. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.04.007>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

Çoban, F., Kaygısız, B. B., & Selçuk, F. (2021). Effect of clinical Pilates training on balance and postural control in patients with Parkinson's disease: A randomized controlled trial. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 10(18), 1373–1383. <https://doi.org/10.2217/cer-2021-0091>

Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: Uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63–72. <http://hdl.handle.net/10284/8918>

Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros* [Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/82004>

Coelho, M. F. A., Nascimento, B. D., Fonseca, M. G., Natal, A. B. M. S., Vidotti, A. L. F., Gasparetto, N. P. B., Bitencourt, E., Melo, V. B., Hespanha, N. G. J., Pinotti, M., Melo, P. G. B., Oliveira, A. Q., Silva, M. G. G. N., & Tavora, L. A. B. (2023). Análise das intervenções psicoterapêuticas e farmacológicas no tratamento da depressão pós-parto: Uma revisão abrangente. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 5296-5310. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p5296-5310>

Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., Horton, E. S., Castorino, K., & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(11), 2065–2079. <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>

Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos envolvidos. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 36(1). <https://doi.org/10.25754/pjp.2005.4846>

Correia, A. A. M. (2017). *Atividade física materna durante a gravidez e o controlo postural da criança associado ao gesto de alcance* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto]. Instituto Politécnico do Porto.

Correia, D., & Brites, J. (2020). *Guia prático para vencer a ansiedade*. Bertrand Editora.

Correia, T. S. P. (2018). Perceções, atitudes e emoções dos doentes submetidos a internamento psiquiátrico compulsivo: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (20), 81–90. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0230>

Costa, J., & Lopes, R. C. (2024). Stresse e ansiedade em estudantes de enfermagem: Efeito de um programa baseado em técnicas de relaxamento. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RVI23.75.31572>.

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, S., & Pais, A. (2005). Antecipação e experiência emocional do parto. *Análise Psicológica*, 23(3), 339–350. <https://hdl.handle.net/1822/41569>

Costa, V., Monteiro, S., Esgalhado, G., & Pereira, H. (2017). Investigação psicológica em contexto prisional português: Uma revisão sistemática da literatura e desafios futuros para a investigação. *Psicologia*, 31(1), 49–58. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v31i1.1238>

Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão portuguesa das Escalas de Beck* (2.<sup>a</sup> ed.). Casa do Psicólogo.

Cutcliffe, J. R., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 393–400. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x>

Damas, M. M. D. N. S. (2021). *Desafios da vida pós prisão: O estigma prisional e a readaptação à vida extramuros – o estudo de dois casos* [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/23359>

Dempsey, J. A., La Gerche, A., & Hull, J. H. (2020). Is the healthy respiratory system built just right, overbuilt, or underbuilt to meet the demands imposed by exercise? *Journal of Applied Physiology*, 129(6), 1235–1246. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00444.2020>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Aconselhamento breve para a promoção da atividade física: Ferramentas de apoio*. <https://www.dgs.pt>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física – Portugal*. <https://www.dgs.pt/>

Domingueti, R. A., Martins, G. C., Vilela Junior, G. B., & Filene, C. H. P. (2020). A Psicologia do esporte e o seu trabalho motivacional para o desempenho e controle da ansiedade: Uma revisão bibliográfica. *Revista FSA*, 17(3), 196-207. [10.12819/2020.17.3.12](https://doi.org/10.12819/2020.17.3.12)

Duarte, R. M. M. (2021). *Ansiedade: Relação com doenças cardiovasculares e fatores socioeconómicos* [Trabalho final de mestrado integrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/98545>

Dutta, A., Aruchunan, M., Mukherjee, A., Metri, K. G., Ghosh, K., & Basu-Ray, I. (2022). A comprehensive review of yoga research in 2020. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 28(2), 114–123. <https://doi.org/10.1089/jicm.2021.0420>

Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141–148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>

Eren, H. K. (2020). Anxiety disorders. In *Anxiety disorders* (pp. 1-12). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.93952>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2025). *Nursing Ontos*. E4Nursing. <https://www.esenf.pt/pt/e4nursing/>

Façanha, J. (2013). *Avaliação do risco de suicídio: Contributos para a validação do índice NGASR para a população portuguesa* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico RCAAP. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenf.pt:4980>

Ferraz, M., Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2015). Suicídio em contexto prisional. *Resumo apresentado no II Congresso Nacional Conversas de Psicologia e I Conferência Internacional do Envelhecimento Ativo*. <https://www.researchgate.net/publication/301590106>

Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., Miguel, S., Leal, V., & Fonseca, C. (2010). Validação da escala de Zarit: Sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(2), 13-19. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2010.2806>

Ferreira, S. E., Santos, A. K. M., Okano, A. H., Gonçalves, B. S. B., & Araújo, J. F. (2017). Efeitos agudos do exercício físico no tratamento da dependência química. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 39(2), 123–131. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2016.01.016>

Filho, N. M. de O., & Prado, A. R. M. (2018). Prisão e estigma: Reflexões sobre as visitas discentes às unidades prisionais. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, 150, 555–579. [https://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/STJ-1\\_46b5385ef9bee9c754e085d13b51400b](https://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/STJ-1_46b5385ef9bee9c754e085d13b51400b)

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.

Fleming, K. M., Coote, S. B., & Herring, M. P. (2021). Home-based Pilates for symptoms of anxiety, depression, and fatigue among persons with multiple sclerosis: An 8-week randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 27(14), 2267–2279. <https://doi.org/10.1177/13524585211009216>

Fleming, K. M., & Herring, M. P. (2018). The effects of Pilates on mental health outcomes: A meta-analysis of controlled trials. *Journal of Physical Activity and Health*, 15(2), 1–9. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0117>

Field, T. (2017). Prenatal anxiety effects: A review. *Infant Behavior and Development*, 49, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.008>

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Fortes, B. M. P., Marques, M. F., & Malheiro, M. L. (2021). Eficácia da intervenção psicoeducativa na pessoa com sintomatologia depressiva e ansiosa: Revisão integrativa da literatura. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 7(3), 357–374. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7\(3\).450.357-374](https://doi.org/10.24902/r.riase.2021.7(3).450.357-374)

Frazão, M. A., Souza, I. D. C. L. de, & Nonato, Í. B. L. (2024). Saúde mental de pessoas privadas de liberdade no sistema penitenciário brasileiro. *Revista Científica de Alto Impacto: Direito*, 29(140), 96–108. 10.69849/revistaft/th102411180912

Freitas, E. C. (2024). *Estratégias para gerir a ansiedade: Desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/52223>

Gianfredi, V., Blandi, L., Cacitti, S., Minelli, M., Signorelli, C., Amerio, A., & Odone, A. (2020). Depression and objectively measured physical activity: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3738. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103738>

Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017>

Gorman, J. M., Kent, J. M., & Coplan, J. D. (2002). Biological models of anxiety. In D. J. Stein & E. Hollander (Eds.), *Textbook of anxiety disorders* (pp. 101–114). American Psychiatric Publishing.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9–10.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>

Harrison, P., Cowen, P., Burns, T., & Fazel, M. (2017). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry* (7<sup>a</sup> ed.). Oxford University Press.

Heissel, A., Vesterling, A., White, S. A., Kallies, G., Behr, D., Arafat, A. M., Reischies, F. M., Heinzl, S., & Budde, H. (2015). Feasibility of an exercise program for older depressive inpatients: A pilot study. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 28(4), 163–171. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000134>

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>

Hirschfeld, K. I. (2001). *Características de ansiedade traço-estado, num grupo de indivíduos que exercem as funções de atendente e auxiliar de enfermagem num hospital psiquiátrico* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <https://catalogo.ispa.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=5218>

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29(5), 409–416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>

Huizink, A. C., Menting, B., De Moor, M. H. M., Verhage, M. L., Kunseler, F. C., Schuengel, C., & Oosterman, M. (2017). From prenatal anxiety to parenting stress: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 663–672. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0746-5>

Imboden, C., Claussen, M., Seifritz, E., & Gerber, M. (2022). Die Bedeutung von körperlicher Aktivität für die psychische Gesundheit [Abstract]. *Hogrefe OpenMind Article*, 111(4), 186–191. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003831>

Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências. (2025). *Relatório preliminar do Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional 2023*. ICAD, I.P. <https://www.icad.pt/NewsArticle/Article/185>

Instituto Português do Desporto e Juventude. (2022). *Desporto para todos: Estratégia nacional para a promoção da atividade física, saúde e bem-estar*. <https://ipdj.gov.pt/>

International Society for Physical Activity and Health. (2017). The Bangkok Declaration on Physical Activity for Global Health and Sustainable Development. *British Journal of Sports Medicine*, 51(19), 1389–1391. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098063>

International Council of Nurses. (2019). *International classification for nursing practice: ICNP* (Versão 2019). International Council of Nurses.

Janeiro, L., Faísca, L., & Lopez Miguel, M. J. (2016). Qualidades psicométricas da versão portuguesa da SOCRATES 8D numa amostra de heroinodependentes em tratamento. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica (RIDEP)*, 42(2), 177–191. [https://doi.org/10.21865/RIDEP42\\_179](https://doi.org/10.21865/RIDEP42_179)

Jin, X., Zhu, J., Wang, N., Sun, L., Yu, J., Wang, S., & Sun, G. (2024). Eating behavior during pregnancy mediates the association between depression and diet quality—A new strategy for

intervention in pregnancy. *Frontiers in Public Health*, 12, 1339149.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1339149>

Johnson, M., & Webber, R. (2004). *An introduction to research in nursing* (2<sup>a</sup> ed.). Elsevier Health Sciences.

Kanervo, M., Tupola, S., Nikkola, E., Rantakari, K., & Kahila, H. (2024). Extended-release versus oral buprenorphine as opioid maintenance treatment during pregnancy—Maternal and neonatal outcomes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 297, 106–110.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.04.003>

Kelleher, C. C. (1996). Education and training in health promotion: Theory and methods. *Health Promotion International*, 11(1), 47-53. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.47>

Kerling, A., Hartung, D., Stubbs, B., Kück, M., Tegtbur, U., Grams, L., Weber-Spickschen, T. S., & Kahl, K. G. (2018). Impact of aerobic exercise on muscle mass in patients with major depressive disorder: A randomized controlled trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1969–1974.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S167786>

Khunti, K., Boniface, S., Norris, E., DeOliveira, C. M., & Shelton, N. (2023). The effects of yoga on mental health in school-aged children: A systematic review and narrative synthesis of randomised control trials. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(3), 1217–1238.  
<https://doi.org/10.1177/13591045221136016>

Kołomańska-Bogucka, D., & Mazur-Biały, A. I. (2019). Physical activity and the occurrence of postnatal depression—A systematic review. *Medicina*, 55(9), 560.  
<https://doi.org/10.3390/medicina55090560>

Kvam, S., Kleppe, C. L., Nordhus, I. H., & Hovland, A. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 202, 67–86. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.063>

Kowalska, J. (2023). The level of stress and anxiety in pregnant women depending on social support and physical activity. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3143. <https://doi.org/10.3390/jcm12093143>

Lardon, E., St-Laurent, A., Babineau, V., & Descarreaux, M. (2018). Lumbopelvic pain, anxiety, physical activity and mode of conception: A prospective cohort study of pregnant women. *BMJ Open*, 8(12), e022508. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022508>

Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência de enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155–184. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>

Legrand, F. D., & Neff, E. M. (2016). Efficacy of exercise as an adjunct treatment for clinically depressed inpatients during the initial stages of antidepressant pharmacotherapy: An open randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 191, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.047>

Leles, A. C. R., Menezes, A. G. G., Julio, B. R., Junqueira, D. A., Souza, E. S., Resende, G. B. de O., Silva, M. A., Faria, A. B., & Silva, M. A. (2023). Ansiedade na gestação. *Brazilian Journal of Development*, 9(6), 20838–20852. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n6-137>

León, A. R. (2018). *Depressão e ansiedade na gravidez e influência na intenção e duração pretendida da amamentação* (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/82637>

Lin, I.-H., Huang, C.-Y., Chou, S.-H., & Shih, C.-L. (2022). Efficacy of prenatal yoga in the treatment of depression and anxiety during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5368. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095368>

Liśkiewicz, A., Przybyła, M., Wojakowska, A., Marczak, Ł., Bogus, K., Nowacka-Chmielewska, M., Liśkiewicz, D., Małeki, A., Barski, J., Lewin-Kowalik, J., & Toborek, M. (2020). Physical activity reduces anxiety and regulates brain fatty acid synthesis. *Molecular Brain*, 13(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13041-020-00592-7>

Lopes, N. A., Falkenberg, E. A., Wiley, C., Patel, V., Serrano-Lomelin, J., Fang, X., Weiler, A. M., McCreary, J. K., Metz, G. A. S., & Olson, D. M. (2022). Social isolation stress modulates pregnancy outcomes and the inflammatory profile of rat uterus. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(11), 6169. <https://doi.org/10.3390/ijms23116169>

Loureiro, N., Calmeiro, L., Marques, A., Gomez-Baya, D., & Gaspar de Matos, M. (2021). The role of blue and green exercise in planetary health and well-being. *Sustainability*, 13(19), Article 10829. <https://doi.org/10.3390/su131910829>

Lucindo, A., Motinho, J. K., Freitas, V. da S., & Abreu, J. R. G. de. (2023). Prática de atividade física no sistema prisional como alternativa didática e de qualidade de vida. *Revista Educação & Inclusão*, 5(7), 999. <https://doi.org/10.56579/rei.v5i7.999>

Maciel, M. G., Saraiva, L. A. S., Martins, J. C. O., & Meurer, S. T. (2018). Análise do discurso sobre saúde em um programa governamental de atividade física. *Revista Brasileira de Ciências e Movimento*, 26(3), 114–122. <https://doi.org/10.31501/rbcm.v26i3.8554>

Madeiras, A. M. C. V. (2020). *Cuidar com arte: Intervenções psicoterapêuticas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica no controlo da ansiedade* (Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Portalegre). Instituto Politécnico de Portalegre. <http://hdl.handle.net/10400.26/34030>

Mahindru, A., Patil, P., & Agrawal, V. (2023). Role of physical activity on mental health and well-being: A review. *Cureus*, 15(1), e33475. <https://doi.org/10.7759/cureus.33475>

Martland, R., Gaughran, F., Stubbs, B., & Onwumere, J. (2023). Perspectives on implementing exercise bikes for use by inpatient mental health staff in the workplace: A qualitative study investigating staff attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30, 1027-1039. [10.1111/jpm.12929](https://doi.org/10.1111/jpm.12929)

Matos, A. C. F. (2022). *Necessidades psicológicas básicas entre reclusos em Portugal a partir da perspectiva de Visitadores voluntários* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. <https://hdl.handle.net/10216/145557>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Mendes, J. M. G. (2006). A relação de ajuda: Um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Revista Informar*, 12(36), 74–77. <http://hdl.handle.net/10174/3163>

Mercês, C., Souto, J., Souza, P., Chagas, M., Weiss, C., Benevides, A., & Brandão, M. (2020). Análise simultânea dos conceitos de ansiedade e medo: Contribuições para os diagnósticos de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 25(2), 1–10. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0189>

Merino, M. F. G. L., Silva, P. L. A. R., Carvalho, M. D. B., Pelloso, S. M., Baldissera, V. D. A., & Higarashi, I. H. (2018). Teorias de enfermagem na formação e na prática profissional: Percepção

de pós-graduandos de enfermagem. *Revista Rene*, 19, e3363. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2018193363>

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81–89. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.10.2.81>

Miranda, A. C. S. (2014). *Atividade física, ansiedade e gravidez* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto). Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/5656>

Modi, N., Jacobsson, B., Ayres de Campos, D., & the Perinatal Science International Writing Group. (2024). Perinatal Science International: A new meeting of the European Association of Perinatal Medicine. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 297, 159–160. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.04.018>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes* (6th ed.). Elsevier.

Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, T., Lourenço, H., Moreira, S., Martins, D., Horta, P., Quarenta, J., & Teixeira, T. (2024). Proposta de critérios de internamento em psiquiatria. *Acta Médica Portuguesa*, 37(3), 160–162. <https://doi.org/10.20344/amp.20500>

Mottola, M. F., Davenport, M. H., Ruchat, S.-M., Davies, G. A., Poitras, V. J., Gray, C. E., Jaramillo Garcia, A., Barrowman, N., Adamo, K. B., Duggan, M., Barakat, R., Chilibeck, P., Fleming, K., Forte, M., Korolnek, J., Nagpal, T., Slater, L. G., Stirling, D., & Zehr, L. (2018). 2019 Canadian guideline for physical activity throughout pregnancy. *British Journal of Sports Medicine*, 52(21), 1339–1346. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-100056>

Moutinho, S. M. F. (2019). *Gravidez e saúde mental – Caracterização de um grupo de grávidas utentes em cuidados de saúde primários* (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa).

<https://ciencia.ucp.pt/pt/activities/gravidez-e-sa%C3%BAdede-mental-caracteriza%C3%A7%C3%A3o-de-um-grupo-de-gr%C3%A1vidas-ut>

Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A re-interpretation of "conditioning" and "problem-solving." *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.

Munaretti, C. L., & Terra, M. B. (2007). Transtornos de ansiedade: Um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2), 108–115. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000200006>

Naghibi, S., Barzegari, A., Shariatzadeh, M., Vatandoust, M., Ahmadi, M., Mahdinia, E., Neghabi, F., Rajabpour, A., Aleahmad, A. S., Balaghati, F. S., Naserimanesh, S. S., Saeedipour, M., Sadeghi, O., Yeganeh, F., & Salari, A.-A. (2022). *Voluntary physical activity increases maternal care and reduces anxiety- and depression-related behaviours during the postpartum period in mice*. *Brain Research*, 1791, 147880. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2022.147880>

Nascimento, S. L., Godoy, A. C., Surita, F. G., & Pinto e Silva, J. L. (2014). Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: Uma revisão crítica da literatura. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(9), 423–431. <https://doi.org/10.1590/SO100-720320140005030>

Navarro, R. (2023, 23 de outubro). *Cuidar da saúde mental perinatal*. Hospital da Luz. <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/saude-e-bem-estar/cuidar-saude-mental-perinatal>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.

Nutt, D., & Malizia, A. (2001). New insights into the role of the GABA(A)-benzodiazepine receptor in psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 179(5), 390–396. <https://doi.org/10.1192/bjp.179.5.390>

NAU. (2023). Lançamento de curso online gratuito: *Promoção do aconselhamento breve para a atividade física no Serviço Nacional de Saúde*. NAU - Sempre a Aprender. NAU site.

Navarro-Rodríguez, D. C., Guevara-Valtier, M. C., & Paz-Morales, M. A. (2023). Análisis y evaluación del modelo de promoción de la salud. *Temperamentvm*, 19, e14224en. <https://doi.org/10.58807/tmptvm20235777>

Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel. <https://www.researchgate.net/publication/360088996>

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., & Kenny, L. C. (2017). Tocophobia—The new hysteria? An analysis of tocophobia in contemporary maternity care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(12), 1467–1471. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>

O'Donnell, K., O'Connor, T. G., & Glover, V. (2009). Prenatal stress and neurodevelopment of the child: Focus on the HPA axis and role of the placenta. *Developmental Neuroscience*, 31(4), 285–292. <https://doi.org/10.1159/000216539>

Oliveira, M. F. (2024). *Benefícios dos métodos não farmacológicos na diminuição da ansiedade na gravidez* (Trabalho de Conclusão de Curso). Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa. Recuperado de <https://bdigital.ufp.pt/entities/publication/745e1c9c-1370-418a-b873-46fba00ee5fa>

Omylinska-Thurston, J., Aithal, S., Liverpool, S., Clark, R., Moula, Z., Wood, J., Viliardos, L., Rodríguez-Dorans, E., Farish-Edwards, F., Parsons, A., Eisenstadt, M., Bull, M., Dubrow-Marshall, L., Thurston, S., & Karkou, V. (2024). Digital psychotherapies for adults experiencing depressive

symptoms: Systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 11, e55500. <https://doi.org/10.2196/55500>

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Atualização da Ontologia em Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/atualiza%C3%A7%C3%A3o-da-ontologia-em-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30833/gobp\\_intervencaoapsicoterapeutica\\_ok.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30833/gobp_intervencaoapsicoterapeutica_ok.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Ordem dos Enfermeiros lança browser Ontologia de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-lan%C3%A7a-browser-ontologia-de-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrão documental de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10544/ponto-3\\_padr%C3%A3o-documental-de-enfermagem-de-smp.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10544/ponto-3_padr%C3%A3o-documental-de-enfermagem-de-smp.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* [Diário da República n.º 26/2019, 2.ª série, pp. 4744–4750]. Diário da República de Portugal.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 515/2018, de 7 de agosto. *Diário da República*, Série II, N.º 151, 21427–21430. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre investigação em enfermagem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023a). *O impacto da saúde mental na saúde física: Custos económicos e intervenções psicológicas custo-efectivas*. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/contributo\\_cientaifico\\_opp\\_impacto\\_saaode\\_mental\\_na\\_saaode\\_faisica.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/contributo_cientaifico_opp_impacto_saaode_mental_na_saaode_faisica.pdf)

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2023b). *Prosperidade e sustentabilidade das organizações – Relatório do custo do stresse e dos problemas de saúde psicológica no trabalho, em Portugal*. [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp\\_relatorio\\_prosperidadeesustentabilidadedasorganizacoes2023.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/opp_relatorio_prosperidadeesustentabilidadedasorganizacoes2023.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *Plano de ação global para a atividade física 2018-2030: Mais pessoas ativas para um mundo mais saudável*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-por.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Relatório mundial de saúde mental: Transformar a saúde mental para todos*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Atividade física*. <https://www.paho.org/pt/topicos/atividade-fisica>

O'Toole, F. E., Hokey, E., McAuliffe, F. M., & Walsh, J. M. (2024). The experience of anaemia and ingesting oral iron supplementation in pregnancy: A qualitative study. *European Journal of Obstetrics*

& *Gynecology and Reproductive Biology*, 297, 111–119.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.03.005>

Oyebode, F. (2015). *Sims' symptoms in the mind: Textbook of descriptive psychopathology* (5th ed.). Elsevier Saunders.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

Paixão, W. H. P. da, Silva, J. L. L. da, Ramos, G. F. S., Oliveira, M. A. de, Messias, C. M., & Souza, F. S. (2022). A saúde mental dos agentes do sistema prisional: Mapeamento de estudos brasileiros. *Research, Society and Development*, 11(4), e21611427147. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27147>

Panelli, D. M., Miller, H. E., Simpson, S. L., Hurtado, J., Shu, C.-H., Boncompagni, A. C., Chueh, J., Carvalho, B., Sultan, P., Aghaeepour, N., & Druzin, M. L. (2024). Physical activity among pregnant inpatients and outpatients and associations with anxiety. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 297, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.03.033>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6<sup>a</sup> ed.). Pearson.

Penninx, B. W. J. H., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914-927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)

Peplau, H. E. (1997). *Relações interpessoais na enfermagem: Uma estrutura conceitual para a enfermagem psicodinâmica*. Springer Publishing Company. (Obra original publicada em 1952)

Pereira, C. F., Vargas, D., Santana, K. O., Araujo, M. P., Ueda, N. M., Evangelista, P. A., & Nunes, S. R. (2023). Intervenções para ansiedade que podem ser utilizadas por enfermeiros: revisão de escopo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, eAPE008232. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR008232>

Pimenta, L. D. S., Leal, C. Q. A. M., Silva, D. D., Pereira, G. G., Simões, M. C. M., & Lopez, L. C. S. (2024). Efeito protetor da mindfulness sobre a relação entre ansiedade e estresse parental: Um estudo de mediação. *Pesquisa em Psicologia Clínica*, 36, e004. <https://doi.org/10.33208/pc1980-5438v036e004>

Pinto-Gouveia, J., & Fonseca, L. M. (1995). *Inventário de Ansiedade de Beck – BAI [Versão portuguesa]*

Pinto, S. V., Oliveira, I., Barroca, I., Leal, B., Mata, M., Ribeiro, C. G., Quintão, A. A., Amaro, R., Amaral, S., Cifuentes, R., Caldeira da Silva, P., & Salgado, J. (2023). Unidade de Internamento Psiquiátrico para Jovens dos 15 aos 25 Anos: Um estudo de follow-up. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 9(3), 96–106. <https://doi.org/10.51338/rppsm.448>

Pinto, T. T. M., Alencar, M. A., Arantes, P. M. M., & Assis, L. O. (2019). Estimulação cognitiva em idosos com demência: Qual o impacto na saúde de seus cuidadores? *Geriatrics, Gerontology, and Aging*, 13(1), 39-49. <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520191800055>

Pombo, S., & Ferro, A. (2016). *Manual psicoeducativo sobre ansiedade e perturbação de pânico*. [https://www.researchgate.net/publication/303863597\\_Manual\\_psicoeducativo\\_sobre\\_ansiedade\\_e\\_perturbacao\\_de\\_panico\\_S\\_Pombo\\_A\\_Ferro](https://www.researchgate.net/publication/303863597_Manual_psicoeducativo_sobre_ansiedade_e_perturbacao_de_panico_S_Pombo_A_Ferro)

Porfírio, C. R. F. (2020). *Programa de psicoeducação de redução da ansiedade em adultos no pré-operatório: Uma scoping review* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Universidade do Porto. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/8035a9ab-9e45-40b8-98e4-d6d78e9b0abd>

Praça, T. (2018). *Impacto de um programa de redução de stresse baseado no mindfulness (MBSR) em reclusos* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve). Universidade do Algarve. <https://core.ac.uk/download/pdf/216340081.pdf>

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>

Quadros, M. P. (1999). Adaptação à vida prisional e mecanismos de coping. *Direito e Justiça*, 13(2), 147-169. <https://revistas.ucp.pt/index.php/direitoejustica/article/view/11191>

Rebar, A. L., Stanton, R., Geard, D., Short, C., Duncan, M. J., & Vandelanotte, C. (2014). A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychology Review*, 9(3), 366–378. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1022901>

Ribeiro, A., Vicente, C., Santos, K., Carvalho, M., Mendes, S., & Seabra, P. (2023a). O relaxamento como técnica de redução da ansiedade da pessoa com doença mental: Revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 23(1). <https://doi.org/10.19131/rpesm.366>

Ribeiro, L., Sobrinho, M., Silva, G., Souza, F., & Junior, M. (2023b). *Physical exercise to combat anxiety and its effect on the physiological regulator BDNF*. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(6), 2595–6825. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n6-007>

Ribeiro, O. M. P. L., Martins, M. M. F. P. S., Tronchin, D. M. R., & Forte, E. C. N. (2018). Aplicação do processo de enfermagem em hospitais portugueses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0174. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 107–114. <https://hdl.handle.net/10216/93221>

Rosa, E. M. F. J. S. (2012). *Mais Saúde: Menos Sarampo* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/16006>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.

Rubertsson, C., Hellström, J., Cross, M., & Sydsjö, G. (2014). Anxiety in early pregnancy: Prevalence and contributing factors. *Archives of Women's Mental Health*, 17(3), 221–228. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0409-0>

Ruiz, J. (2007). *The Consequences of Inmate Exposure to Imprisonment*. In D. Lovell & C. J. May (Eds.), *Confronting Confinement: A Report of the Commission on Safety and Abuse in America's Prisons* (pp. 163-178). Vera Institute of Justice.

Saint-Exupéry, A. de. (2007). *O Príncipezinho* (M. R. Ferreira, Trad.). Editorial Presença. (Obra original publicada em 1943)

Salehi, I., Hosseini, S. M., Haghghi, M., Jahangard, L., Bajoghli, H., Gerber, M., Pühse, U., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2016). Electroconvulsive therapy (ECT) and aerobic exercise training (AET) increased plasma BDNF and ameliorated depressive symptoms in patients suffering from major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 76, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.01.012>

Salgueiro, E. F. F. (2016). *Presos ao estigma: Estigma, autoestigma e perspectivas de inclusão social dos reclusos do Estabelecimento Prisional de Leiria (Regional)* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/35142>

Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M., & Sephton, S. E. (2009). Yoga and mindfulness: Clinical aspects of an ancient mind/body practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 59–72. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.07.002>

Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018a). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1114–1126. <https://doi.org/10.1111/jan.13520>

Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018b). Evaluation of the psychometric properties of NOC outcomes "Anxiety Level" and "Anxiety Self-Control" in a Portuguese outpatient sample. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(3), 184–191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>

Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C. A. C., Lluch Canut, T., & Martins, T. (2018c). Short-term efficacy of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety on adult psychiatric outpatients: A randomised controlled trial. *BMC Health Services Research*, 18(Suppl 2), O43. [10.13140/RG.2.2.18769.43369](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18769.43369)

Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018d). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 77–84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>

Santi, D. B., Nogueira, I. S., & Baldissera, V. D. A. (2023). O Modelo de Nola Pender para a promoção da saúde do adolescente: revisão integrativa. *REME - Rev Min Enferm*, 27, 1-11. <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40440>

Santos, E. R. P. (2021 a). *Tradução, adaptação cultural e avaliação das propriedades psicométricas da Escala de Ansiedade de Hamilton numa amostra de pessoas adultas com doença mental da população portuguesa* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/39338>

Santos, P. C., Leirós-Rodríguez, R., Abreu, S., Ferreira, M., Alves, O., & Mota, J. (2022). Physical activity during pregnancy and its effects on neonatal outcomes. *Placenta*, 125, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2022.08.009>

Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.

Santos, T. A. M. dos. (2020). *Projeto de inclusão através do Desporto em reclusos: Programa de exercício físico no Estabelecimento Prisional de Izeda* [Trabalho de projeto de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação]. <http://hdl.handle.net/10198/23158>

Santos, V. B., Lopes, C. T., Carmona, E. V., & Fontes, C. M. B. (2021 b). *Processo de enfermagem: Guia para a prática* (2ª ed.). Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). [https://www.researchgate.net/publication/363662467\\_Processo\\_de\\_enfermagem\\_guia\\_para\\_a\\_pratica\\_-\\_2a\\_edicao\\_revisada\\_e\\_ampliada](https://www.researchgate.net/publication/363662467_Processo_de_enfermagem_guia_para_a_pratica_-_2a_edicao_revisada_e_ampliada)

Saraiva, C., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel.

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

Schuch, F. B., & Stubbs, B. (2019). The role of exercise in preventing and treating depression. *Current Sports Medicine Reports*, 18(8), 299–304. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000620>

Schuch, F. B., Stubbs, B., Meyer, J., Heissel, A., Zech, P., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Deenik, J., Firth, J., Ward, P. B., Carvalho, A. F., & Hiles, S. A. (2019). Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depression and Anxiety*, 36(9), 846–858. <https://doi.org/10.1002/da.22915>

Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., & Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>

Schuch, F. B., Vasconcelos-Moreno, M. P., Borowsky, C., Zimmermann, A. B., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2015). Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.005>

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 2(12), 9–16. <https://www.index-f.com/referencia/2010/r12-0916.php>

Sequeira, C. (2021). *A comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel

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

Silva, D. R., & Campos, R. C. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade – forma Y (STAI – Y) – de Spielberger, para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33(71). DOI:[10.21631/rpp33\\_71](https://doi.org/10.21631/rpp33_71)

Silva, F. C. da. (2024). *O internamento involuntário: A nova Lei de Saúde Mental* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://hdl.handle.net/10316/114951>

Silva, F. L. M. E., Silva, D. G., & Farias, R. R. S. de. (2022a). As práticas mindfulness na saúde mental: Uma revisão integrativa. *Revista Científica de Alto Impacto*, 117, 1–18. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7474197>

Silva, H. C. P. da, Silva, A. K. C., Rocha, R. M. B. da, Ribeiro, A. G. de S., Oliveira, J. N. A. de, Mota, L. R., Silva, J. K. C., Dias, I. K. B., Santos, P. G. dos, Coutinho, C. F., Ribeiro, B. L. S., Freitas Rocha, F. L., & Ribeiro, G. F. G. B. E. (2022b). Ansiedade e depressão em gestantes. *Research, Society and Development*, 11(3), e51811325570. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.25570>

Silva, P. S. C. (2019). *Atividade física/exercício físico para gestantes*. In F. J. G. Pitanga (Org.), *Orientações para avaliação e prescrição de exercícios físicos direcionados à saúde* (pp. 321-337). Conselho Regional de Educação Física. [https://www.researchgate.net/publication/353496245\\_Atividade\\_FisicaExercicio\\_Fisico\\_para\\_gestantes](https://www.researchgate.net/publication/353496245_Atividade_FisicaExercicio_Fisico_para_gestantes)

Silva, R. A. da, Oliveira, M. S. de, & Santos, L. M. dos. (2021). A influência do isolamento social decorrente da pandemia da COVID-19 sobre a saúde mental das gestantes: Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 10(13), e37101321208. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21208>

Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E. M., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: An overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 57(19), 1203–1209. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>

Sousa, S. (2017). *Avaliação de um programa baseado em Mindfulness adaptado ao contexto prisional* [Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. <http://hdl.handle.net/10400.1/12194>

Spielberger, C. D. (1972 a). Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp. 23–49). Academic Press.

Spielberger, C. D. (1972 b). Current trends in theory and research. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp. 4–19). Academic Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press.

Steer, R. A., Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1999). Further evidence for the construct validity of the Beck Depression Inventory-II with psychiatric outpatients. *Psychological Reports*, 85(2), 523–528. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.80.2.443>

Stone, R. (2015). Pregnant women and substance use: Fear, stigma, and barriers to care. *Health and Justice*, 3(2), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s40352-015-0015-5>

Taşpınar, G., Angın, E., & Oksüz, S. (2022). The effects of Pilates on pain, functionality, quality of life, flexibility and endurance in lumbar disc herniation. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 12(1), 220144. <https://doi.org/10.2217/cer-2022-0144>

Teixeira, A. V., & Rocha, G. M. da. (2013). Resposta da tensão arterial frente a três diferentes tipos de respiração em exercício contra resistência. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 7(39), 237–243. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/384633>

Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (8th ed.). F.A. Davis.

Traylor, C. S., Johnson, J. D., Kimmel, M. C., & Manuck, T. A. (2020). Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: An expert review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(4), 100229. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100229>

Tsiapakidou, S., Ng, M. Y., Zadykowicz, R., Boekhorst, F., & Khattak, H. (2024). Corrigendum to “Obstetrics and gynaecology trainees' perspectives on training in termination of pregnancy across Europe.” *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 297, 169. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.04.005>

Vancini, R. L., Rayes, A. B. R., Lira, C. A. B., Sarro, K. J., & Andrade, M. S. (2017). Pilates and aerobic training improve levels of depression, anxiety and quality of life in overweight and obese individuals. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75(12), 850–857. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170149>

Van den Bergh, B. R. H., Dahnke, R., & Mennes, M. (2018). Prenatal stress and the developing brain: Risks for neurodevelopmental disorders. *Development and Psychopathology*, 30(3), 743–762. <https://doi.org/10.1017/S0954579418000342>

VandenBos, G. R. (2007). *APA dictionary of psychology*. American Psychological Association.

Vaz-Serra, A., Ponciano, E., & Relvas, J. (1982). Aferição da Escala de Autoavaliação de Ansiedade de SAS, numa amostra da população portuguesa – II. Sua avaliação como medida de ansiedade-traço. *Psiquiatria Clínica*, 3, 203–216.

Veiga, S., & Ferreira, J. (2017). A pessoa do profissional de relação de ajuda... em contextos de Saúde Mental. *Sensos-e*, 4(2), 36–50. <https://doi.org/10.34630/sensos-e.v4i2.2538>

Veiga, S., & Vieira, C. (2018). Início e desenvolvimento de uma relação de ajuda profissional. *Sensos-e*, 5(2), 62–75. <https://doi.org/10.34630/sensos-e.v5i2.2561>

Vieira, F. D. S. F., & Ramos, A. P. G. (2022). Diagnóstico e crise de ansiedade: A atuação do enfermeiro. *Revista Universitas*, 4(8), 72–80. [https://www.researchgate.net/publication/364818009\\_DIAGNOSTICO\\_E\\_CRISE\\_DE\\_ANSIEDAD\\_E\\_A\\_ATUACAO\\_DO\\_ENFERMEIRO](https://www.researchgate.net/publication/364818009_DIAGNOSTICO_E_CRISE_DE_ANSIEDAD_E_A_ATUACAO_DO_ENFERMEIRO)

Vieira, M. R. (2024). *Dar palco às emoções: O papel do coping na relação entre mindfulness disposicional e ansiedade de performance* (Dissertação de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário). ISPA - Instituto Universitário. <http://hdl.handle.net/10400.12/10088>

Vitale, E., Köse, S., & Chang, Y.-C. (2023). *Nursing perspectives in mental health and psychiatric disorders in all patients*. *Frontiers in Psychology*, 14, 1264438. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1264438>

Wang, L., Liang, P., Pan, P., Su, J., Qin, J., Chen, Z., Huang, D., Sun, W., Song, P., & Wei, H. (2024). Prenatal chromosomal microarray analysis and karyotyping in fetuses with isolated choroid plexus cyst: A retrospective case-control study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 297, 91–95. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.04.002>

Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0069608>

Winett, R. A. (1995). A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*, 50(5), 341–350. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.5.341>

Wunram, H. L., Hamacher, S., Hellmich, M., Volk, M., Jänicke, F., Reinhard, F., Bloch, W., Zimmer, P., Graf, C., Schönau, E., Lehmkühl, G., Bender, S., & Fricke, O. (2018). Whole body vibration added to treatment as usual is effective in adolescents with depression: A partly randomized, three-armed clinical trial in inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 645–662. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1071-2>

Yan, W., Wang, X., Kuang, H., Chen, Y., Baktash, M. B., Eskenazi, B., Ye, L., Fang, K., & Xia, Y. (2020). Physical activity and blood pressure during pregnancy: Mediation by anxiety symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 264, 376–382. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.056>

Yang, S.-Y., Lan, S.-J., Yen, Y.-Y., Hsieh, Y.-P., Kung, P.-T., & Lan, S.-H. (2020). Effects of exercise on sleep quality in pregnant women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Asian Nursing Research*, 14(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.01.003>

Xavier, M., Barreto, H., Cruz, M. C., Domingos, P., Gago, J., Maia Correia, T., Marques, C., Marques, M. J., Matos Pires, A., Morgado, P., Narigão, M., Pereira, S., Redondo, J., Santos, T., Vieira, F., & Sena e Silva, F. (2024). *A Reforma da Saúde Mental em Portugal: Três anos de transformação*. Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/1n9a-yb44>

Zago, M. C., & Padilha, B. M. (2017). Atividade física como adjunto terapêutico para pacientes psiquiátricos com adoecimento mental severo: Revisão da literatura. *Psicologia em Revista*, 23(2), 609–625. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n2p609-625>

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20 (6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zhang, J., Lian, N., Guo, S., & Xie, X. (2024). Analysis of factors affecting pregnancy rate after laparoscopic surgery for infertility associated with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 297, 214–220. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.04.034>

Zung, W. W. K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371–379. DOI: [10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – INTERVENÇÃO NO CONTEXTO CLÍNICO DA COMUNIDADE**

## **Dados Sociodemográficos**

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Profissão:

Idade Gestacional:

Abortos:

Partos (termo e pré-termo):

Filhos vivos:

## **Guião da Entrevista Semiestruturada: Ansiedade e Atividade Física**

1 - O que significa para si ser ansioso?

2 - Pode descrever como a ansiedade afeta a sua vida? (sintomas físicos, emocionais e sociais)

3 - Na sua perspetiva, neste momento, quais são as razões que justificam os sintomas de ansiedade?

4 - Quais as estratégias que utiliza para gerir ansiedade?

5 - Já fez alguma terapia e/ou tratamento para reduzir a ansiedade?

6 - Tem por hábito praticar AF?

7 - Acredita que a AF pode ter um impacto positivo na sua ansiedade?

8 - Que tipo de AF sente que mais ajuda a reduzir os níveis de ansiedade?

9 - Descreva uma experiência pessoal onde a AF o ajudou (ou não) a melhorar os seus níveis de ansiedade?

10 - Com que frequência percebe uma mudança dos níveis de ansiedade após a prática da AF? (imediatamente após a AF, horas depois, no dia seguinte)

11 - Existe algum tipo de AF que considere que possa piorar a sua ansiedade? Se sim quais?

12 - Quais as estratégias que poderia adotar para incorporar mais AF na sua rotina diária para ajudar a gerir a ansiedade?

13 - O que acha que precisa na sua vida para o levar a praticar AF? (dados facilitadores)

14 - O que o impede de fazer atividade física? (barreiras – tempo, motivação, recursos, condições físicas)

15 - Já recebeu alguma orientação de profissionais de saúde sobre AF e ansiedade? (Se sim, que tipo de orientação e por quem)

16 - Que conselhos daria a outra pessoa que enfrentam problemas de ansiedade sobre a prática de AF?

17 - Que expectativas tem quanto aos ganhos em saúde (ou não) que poderá ter após esta intervenção?

## Questionário de Conhecimentos sobre Atividade Física e Ansiedade

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a ansiedade e a atividade física. Responda por favor, à seguintes questões assinalando “Verdadeiro” se a informação for correta, “Falso” se for incorreta e “Não sabe” se não tiver a certeza.

Questões	Verdadeiro	Falso	Não sabe
1 - A atividade física inclui qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia.			
2 - Subir escadas ou estar mais tempo em pé não é fazer atividade física.			
3 - A Organização Mundial da Saúde recomenda que adultos realizem pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana			
4 - A inatividade física é tão prejudicial para a saúde como o consumo de tabaco e de álcool em excesso.			
5 - A prática regular de atividade física pode reduzir o risco de diabetes tipo 2.			
6 - A prática regular de atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde cardiovascular, reduzindo o risco de doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais.			
7 - Apenas os exercícios realizados nos ginásios são considerados atividade física.			
8 - Apenas a atividade física de grande intensidade tem efeitos benéficos.			
9 - O sedentarismo é definido como um estilo de vida caracterizado por longos períodos de inatividade física e falta de participação regular em atividades que promovam o movimento e o gasto energético.			

10 - De acordo com as diretrizes de saúde, recomenda-se que os adultos limitem o tempo sentado a menos de 6-8 horas por dia, intercalando com pausas para atividade física leve a cada 30 minutos.			
11 - A atividade física regular não tem impacto significativo na saúde mental.			
12 - A prática de atividade física regular manifesta benefícios a longo prazo, como o aumento da aptidão cardiorrespiratória, aumento da força muscular, diminuição dos sintomas depressivos e a redução sustentada da pressão arterial.			
13 - Os sintomas comuns de ansiedade incluem respiração acelerada, batimento cardíaco rápido e sensação de nervosismo.			
14 - As possíveis causas da ansiedade podem incluir fatores genéticos, eventos stressantes de vida, desequilíbrios químicos no cérebro e experiências traumáticas.			
15 - A atividade física geralmente agrava os sintomas de ansiedade.			
16 - Para obter benefícios na saúde mental, é recomendado realizar atividade física pelo menos três vezes por semana, durante pelo menos 50 minutos.			
17 - Apenas exercícios aeróbicos, como corrida, são eficazes para reduzir a ansiedade.			
18 - Praticar atividade física ao ar livre pode ter benefícios adicionais para a saúde mental em comparação com atividades físicas realizadas em ambientes fechados.			
19 - Exercícios de alongamento e relaxamento muscular, como yoga e tai chi, também são considerados formas de atividade física que podem ajudar a reduzir a ansiedade.			

20 - A combinação de exercícios aeróbicos e de força pode ser mais eficaz para reduzir a ansiedade do que apenas um tipo de exercício.			
21 - Alguns benefícios da prática da atividade física, podem ser alcançados imediatamente, como a melhoria do humor, a redução da sensação de ansiedade, a redução da pressão arterial, a melhoria da qualidade de sono e alguns aspetos da função cognitiva.			
22 - A atividade física pode ajudar a reduzir a ansiedade através da liberação de hormonas e neurotransmissores que promovem o bem-estar.			
23 - Barreiras comuns para a prática regular de atividade física incluem falta de tempo e motivação.			

Para todas as respostas dadas será feita a valoração para «correto» e «incorreto (1/0), sendo o valor somado o resultado final.

**Tabela 4 - Dados Sociodemográficos no Contexto Clínico da Comunidade**

<b>Dados Sociodemográficos:</b>								
Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão	Idade Gestacional (semanas)	História Obstétrica	Abortos
1	Feminino (F)	33	União de facto	Ensino Superior	Profissional de saúde	34	Primigesta	0
2	F	28	Casado	Ensino Superior	Gestora	31	Primigesta	0
3	F	34	União de facto	Ensino Secundário	Lojista	35	Primigesta	0
4	F	35	União de facto	Ensino Superior	Gestora	33	Primigesta	1
5	F	31	Casada	Ensino Superior	Profissional de saúde	33	Primigesta	0
6	F	29	União de facto	Ensino Superior	Profissional de engenharia	32	Primigesta	0
7	F	34	União de facto	Ensino Superior	Profissional do direito	34	Primigesta	0

**Tabela 5 - Principais Resultados da Entrevista Semiestruturada no Contexto Clínico da Comunidade**

<b>Principais resultados da entrevista semiestruturada:</b>		
<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados</b>
O que significa para si ser ansioso?	- “Sensação de nervosismo frequente, mesmo sem motivos aparentes”.	42,9 %
	- “Preocupações excessivas e desproporcionais sobre a saúde e bem-estar”.	42,9 %
	- “Episódios de pânico ou medo intenso em diferentes momentos”.	14,2%
Pode descrever como a ansiedade afeta a sua vida? (sintomas físicos, emocionais e sociais)	- “Batimento cardíaco acelerado, palpitações”.	57,1 %
	- “Problemas digestivos (dores de estômago, indigestão)”.	14,2 %
	- “Dificuldade em respirar/sensação de falta de ar”.	14,2 %
Quais são os razões principais fatores que desencadeiam a ansiedade?	- “preocupações com o parto e com o bebé”.	42,9 %
	- “Preocupações com o pós-parto e cuidados ao bebé”	42,9 %
	- “Preocupações com o futuro”	14,2 %
Quais as estratégias que utilizada para gerir ansiedade?	- “AF regular”	42,8 %
	- “Usar técnicas de respiração”.	28,5%
	- Técnicas de atenção plena/ Mindfulness.	14,2%
	- “Estabelecer rotina de sono”.	14,2%
Acredita que a AF pode ter um impacto positivo na sua ansiedade?	- “A AF pode reduzir a ansiedade”.	100 %
O que o impede de fazer AF?	- “Falta de motivação e falta de tempo”.	85,7 %
	- “Limitações físicas ou de saúde”.	14,2%
Que expectativas tem quanto aos ganhos em saúde (ou não) que poderá ter após esta a participação do programa?	- “Ter melhor controlo sobre a ansiedade e sentir-me melhor fisicamente”.	51,1 %
	- “Ficar mais relaxada, menos stressada e menos ansiosa”.	42,8%

**Tabela 6 - Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) no Contexto Clínico da Comunidade**

Inventário de Estado de Ansiedade (Stay-Y)						
Participante	STAY-Y Estado (Inicial)	STAY - Y Estado (Final)	Varição de Estado	STAY-Y Traço (Inicial)	STAY-Y Traço (Final)	Varição de Traço
1	51	45	6 ↓	38	38	0 →
2	50	43	7 ↓	41	39	2 ↓
3	50	49	1 ↓	38	35	3 ↓
4	45	40	5 ↓	51	48	3 ↓
5	45	39	6 ↓	38	38	0 →
6	45	41	4 ↓	50	46	4 ↓
7	45	Não avaliado.		50	Não avaliado.	

**Tabela 7 – Indicador NOC (Autocontrolo de Ansiedade) no Contexto Clínico da Comunidade**

Indicador NOC: Autocontrolo de Ansiedade										
Índice de Resultados:										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Nunca demonstrado;</li> <li>• (2) Raramente demonstrado;</li> <li>• (3) Algumas vezes demonstrado;</li> <li>• (4) Frequentemente demonstrado;</li> <li>• (5) Consistentemente demonstrado.</li> </ul>										
Indicadores:	Avaliação Inicial (Total: 7 grávidas) (%)					Avaliação Final (Total: 6 grávidas) (%)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 – Monitoriza a intensidade de ansiedade		42,9	28,5	28,5					33,3	66,6
2 - Elimina percussores da ansiedade		28,5	28,5	42,9					33,3	66,6
3 – Planeia estratégias de enfrentamento para situações stressantes		71,4	28,5						33,3	66,6
4 – Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento		42,9	28,5	28,5					66,6	33,3
5 - Controla a respiração quando ansiosa		28,5	42,9	28,5					100	
6 – Mantém as relações sociais			42,8	57,2					16,6	83,3

**Tabela 8 – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre AF e Ansiedade no Contexto Clínico da Comunidade**

Questionário de avaliação de conhecimentos sobre AF e Ansiedade					
Questão	Correto Inicial (n=7) (%)	Incorreto Inicial (n=7) (%)	Correto Final (n=6) (%)	Incorreto final (n=6) (%)	Diferença (%)
1	100	0	100	0	0 →
2	43	57	100	0	57 ↑
3	43	57	100	0	57 ↑
4	71,42	28,5	100	0	28,58 ↑
5	85,71	14,2	100	0	14,3 ↑
6	100	0	100	0	0 →
7	100	0	100	0	0 →
8	100	0	100	0	0 →
9	100	0	100	0	0 →
10	42,9	57,1	100	0	57,1 ↑
11	100	0	100	0	0 →
12	100	0	100	0	0 →
13	100	0	100	0	0 →
14	85,71	14,2	100	0	14,2 ↑
15	100	0	100	0	0 →
16	85,71	14,2	100	0	14,29 ↑
17	100	0	100	0	0 →
18	85,71	14,2	100	0	0 →
19	100	0	100	0	0 →
20	43	57	100	0	57 ↑
21	85,71	14,2	100	0	14,3 ↑
22	85,71	14,2	100	0	14,3 ↑
23	100	0	100	0	0 →

**Tabela 9 – Questionário de avaliação do nível de AF e Sedentarismo no Contexto Clínico da Comunidade**

Questionário de avaliação do nível de AF e Sedentarismo							
Participante	1	2	3	4	5	6	7
Dias de AF por semana (Inicial)	2	5	4	0	3	1	4
Duração diária de AF (min) (Inicial)	40	20	150	0	40	60	160
Tempo sentado diário (h) (Inicial)	8	9	3	8	5	5	8
Guia de AF Aplicado	Plano de Ação!	Plano de Ação!	Plano de Manutenção! (P.MI)	Auxiliar de decisão! e Plano de Ação!	Plano de Ação!	Plano de Ação!	P.MI
Avaliação do Processo - Semana 1, 2, 3	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não avaliado.
Dias de AF por semana (Final)	3	6	4	2	5	2	
Duração diária de AF (min) (Final)	50	30	150	10	30	60	
Tempo sentado diário (h) (Final)	5	6	3	7	4	3	

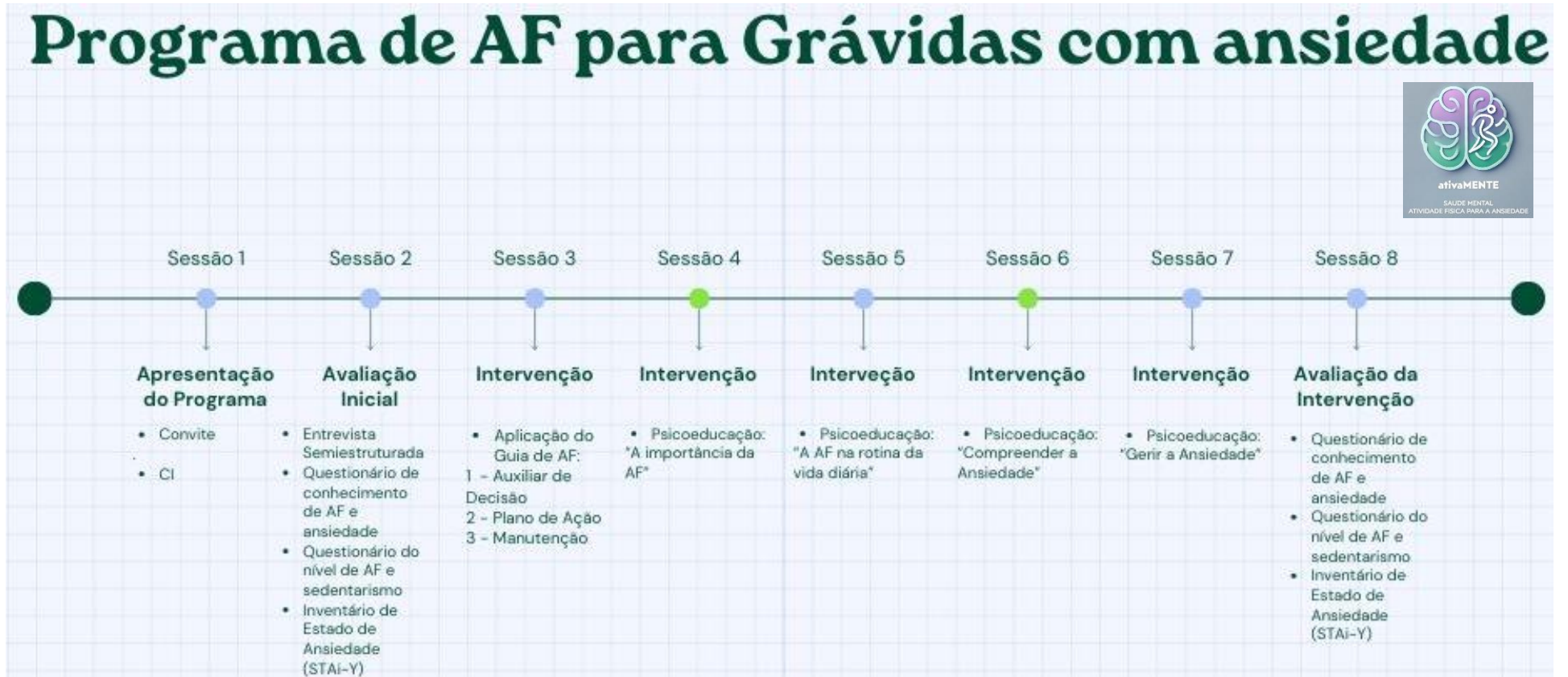
**Tabela 12 – Guias de AF: Plano de Ação no Contexto Clínico da Comunidade**

Guia de AF – Plano de Ação							
Participante	Data de Início?	Dias?	Quando ?	O quê?	Onde?	Com quem?	Alternativa
1	25/09/25	Segunda, quarta e sexta	60 min	Caminhada , exercícios de força	Rua, Casa	Sozinha	Substituir por caminhada em local coberto.
2	26/09/25	Segunda a domingo	30 min	Exercícios pélvicos e caminhada	Rua, Casa	Sozinha ou com o companheiro	Usar impermeável nos dias de chuva
4	27/09/25	Segunda a sexta	30 min	Caminhada	Rua, Casa	Companheiro	Dançar com o companheiro em casa
5	27/09/25	Segunda a sexta	30 min	Caminhada , Pilates	Rua, Ginásio	Sozinha	Exercícios pélvicos em casa
6	27/09/25	Segunda a sexta	30 min	Caminhada	Rua	Sozinha ou com o companheiro	Andar de bicicleta/ Ir à piscina

**Tabela 13 – Guias de AF: Plano de Manutenção no Contexto Clínico da Comunidade**

Data/Duração	Atividade Realizada	Local e Companhia	Como se sentiu (antes, durante e depois)	Comentários	Situações a alterar/ alternativas
07/10/25 30 min	Caminhada	Rua/ marido	“Bem, foi tranquilo. Pena a chuva”.	“Gostava de ter caminhado mais, mas o tempo não permitiu”.	“Fiz em casa alguns exercícios com a bola de Pilates, mas devia ter feito mais”.
08/10/25 80 min	Caminhada e Pilates	Rua/ marido/ aula de grupo no ginásio orientada por profissional de saúde	“Bem, o tempo não ajudou, mas tive a aula de Pilates extra”.	“Hoje consegui completar um pouco mais”.	“Nada a alterar”.
10/10/25 120 min	Caminhada e Pilates	Rua/ marido/ aula de grupo no ginásio orientada por profissional de saúde	“Correu melhor, porque não choveu”.	“Exausta pelo dia que tive (trabalho, mais exercícios), mas realizada”.	“Nada a alterar”.

## Planeamento das Sessões do Programa ativamente no Contexto Clínico da Comunidade



## Sessão 0/ Inicial: Apresentação e consentimento

Sessão 0/ Inicial – Apresentação e consentimento		
Data: 24/09/2025	Hora: 10 h	Local: UCC
Realizado por: Aluna Helena Silva	Supervisionado por tutor EEESMP e por EEESMO	
Destinatários: Grávidas com Ansiedade	Duração da sessão: 40 minutos	
Definição: Apresentação ao grupo e convite de participação no programa ativaMente		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>Sala e cadeiras</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer uma visão geral dos temas que serão abordados, promovendo desde o início a consciência e a participação ativa do participante.</li> </ul>	Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Clarificar o motivo e a necessidade de intervenção</li> <li>Negociar a programação da realização da intervenção</li> </ul>	

Sessão Inicial – Apresentação e consentimento		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Introdução do participante à enfermeira e vice-versa Apresentação do projeto ao participante	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Explicação dos objetivos e os seus benefícios <ul style="list-style-type: none"> <li>Esclarecimento do motivo e necessidade de intervenção</li> </ul> Consentimento informado <ul style="list-style-type: none"> <li>Apresentação e leitura do documento de consentimento informado livre e esclarecido.</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Agendar a próxima sessão e saudações finais	Interrogativa Interativa	10 min.

## 1ª Sessão: Avaliação Inicial – Entrevista e Questionários de Avaliação

1ª Sessão – Avaliação Inicial: Entrevista e Questionários de Avaliação		
Data: 26/09/2024	Hora: 10 h	Local: UCC
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Grávidas com Ansiedade		Duração da sessão: 45 minutos
Definição: Aplicação individual de uma entrevista semiestruturada, do questionário de avaliação de conhecimento sobre a AF e a ansiedade, do questionário de avaliação do nível de AF e sedentarismo e do inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimento informado livre e esclarecido</li> <li>• Entrevista semiestruturada</li> <li>• Questionário de avaliação de conhecimento sobre atividade física e ansiedade</li> <li>• Questionário de avaliação do nível de atividade física e sedentarismo</li> <li>• Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação inicial abrangente para diagnosticar o estado do participante em relação à ansiedade e AF.</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o conhecimento do participante sobre a relação entre a AF e a ansiedade</li> <li>• Avaliar os níveis atuais de AF e sedentarismo do participante</li> <li>• Avaliar o nível de ansiedade</li> </ul>

1ª Sessão – Avaliação Inicial: Entrevista e Questionários de Avaliação		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Introdução do tema neutro Breve revisão sobre o projeto	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Conduzir a entrevista semiestruturada Aplicar o questionário de avaliação de conhecimento sobre AF e ansiedade Aplicar o questionário do nível de AF e sedentarismo Administrar o Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Agendar a próxima sessão e saudações finais	Interrogativa Interativa	10 min.

## 2ª Sessão: Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física

2ª Sessão – Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física		
Data: 27/09/2024	Hora: 10 h	Local: UCC
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Grávidas com Ansiedade		Duração da sessão: 45 minutos
Definição: Aplicação individual do aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>Guias de Atividade Física imprimidos em folha A3 e plastificados</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a Atividade Física no adulto com ansiedade</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar a AF no adulto com ansiedade</li> <li>Reduzir ansiedade (sintomatologia ansiosa)</li> <li>Reduzir o sedentarismo do adulto com ansiedade</li> <li>Identificar barreiras que impedem a adesão AF da pessoa com ansiedade</li> <li>Identificar os processos facilitadores que melhorem a adesão à AF da pessoa com ansiedade</li> <li>Aumentar a prontidão para a mudança de comportamento;</li> </ul>

2ª Sessão – Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física			Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Explicar o propósito do aconselhamento breve para a promoção de AF Motivar a pessoa para a importância de AF		Expositiva Interativa	5 min.
Desenvolvimento	Níveis de AF	Guia AF a aplicar:	Expositiva Interativa	35 min.
	Para utentes inativos que não consideram ainda começar a prática de AF (nível de AF = 0)	Auxiliar de Decisão - Apoiar a pessoa na identificação de razões relevantes para se tornar mais ativa fisicamente - Identificar barreiras e fatores facilitadores da prática de AF  Plano de Ação - Apoiar na implementação do novo comportamento, caso o utente esteja inclinado para iniciar a prática de AF, ajudando a traçar objetivos e a definir uma estratégia para os colocar em prática		
	Para utentes para quem a AF ainda não é um hábito, mas já com alguns indicadores de prática (irregular) (nível de AF ≤ 150 minutos por semana)	Auxiliar de Decisão - Apoiar a pessoa na identificação de razões relevantes para se tornar mais ativa fisicamente - Identificar barreiras e fatores facilitadores da prática de AF  Plano de Ação - Facilitar o desenvolvimento de um planeamento mais eficaz, incluindo a antecipação de situações que possam dificultar a prática e desenvolvimento de estratégias para as ultrapassar		
	Para utentes que cumprem as recomendações, sugestões e estratégias para que o interesse pela prática possa manter-se (nível de AF ≥ 150 minutos de AF moderada por semana)	Plano de Manutenção - Facilitar o processo de automonitorização, essencial à manutenção da prática - Aumentar o interesse/ desafio envolvido na prática de AF, de modo a promover a manutenção ao longo do tempo - Tornar-se um "líder", inspirando outros a praticar e simultaneamente aumentando o nível de compromisso para com a prática regular de AF		
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Reafirmar a importância da AF Estabelecer um plano de acompanhamento do plano pré-estabelecido de forma presencial pelo menos uma vez por semana, Agendar a próxima sessão e saudações finais		Interrogativa Interativa	5 min.

### 3ª Sessão: A importância da Atividade Física

3ª Sessão – A importância da AF		
Data: 01/10/2024	Hora: 09h30	Local: UCC
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP r
Destinatários: Grávidas com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras.</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a AF</li> <li>• Informar os participantes sobre os benefícios da AF</li> <li>• Identificar barreiras comuns à prática de AF</li> <li>• Promover a motivação para a inclusão da AF na rotina diária</li> </ul>

3ª Sessão – A importância da AF		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Explicar brevemente o objetivo das sessões de psicoeducação Clarificar os objetivos geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas expectativas e experiências anteriores com a atividade física.	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Benefícios da prática regular AF <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar os benefícios físicos (ex: melhoria da condição cardiovascular, força muscular)</li> <li>• Discutir os benefícios mentais e emocionais (ex: redução de sintomas de ansiedade e depressão)</li> </ul> Barreiras à prática da AF <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar barreiras comuns (ex: falta de tempo, motivação e recursos)</li> <li>• Solicitar aos participantes que compartilhem as barreiras pessoais</li> </ul> Motivação e planeamento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir estratégias para superar barreiras</li> <li>• Explicar a importância do planeamento e estabelecimento de metas realistas</li> <li>• Apresentar exemplos de atividade física que podem incluir na rotina diária</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Sugerir que os participantes reflitam sobre possíveis atividades físicas que podem ser incorporadas nas rotinas diárias. Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 4ª Sessão: A Atividade Física na Rotina Diária

4ª Sessão – A AF na rotina diária		
Data: 04/10/2024	Hora: 09h30	Local: UCC
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Grávidas com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras;</li> <li>• Colchões, bolas de Pilates (opcional)</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a AF</li> <li>• Fornecer informações sobre os tipos de AF</li> <li>• Auxiliar os participantes a planejar uma rotina com AF.</li> <li>• Incentivar a automonitorização e manutenção da prática regular de atividade física.</li> <li>• Demonstrar e praticar algumas AF simples que podem ser incorporadas no dia-a-dia.</li> </ul>

4ª Sessão – A AF na rotina diária		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Recapitular brevemente os pontos principais da sessão anterior Apresentar os objetivos geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas reflexões desde a última sessão e partilhar qualquer tentativa de incorporar a AF na sua rotina	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Tipos de atividades físicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar diferentes tipos de atividades físicas (ex: aeróbias, anaeróbias, alongamento)</li> <li>• Apresentar exemplos práticos e simples para serem realizados no quotidiano.</li> </ul> Prática de AF <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios de Aeróbios: instruir e treinar exercícios aeróbios leves, como marchar no lugar, sentar/levantar da cadeira, passos laterais, etc</li> <li>• Exercícios de força: Instruir e treinar exercícios de força usando o peso do corpo, como agachamentos e flexões de braço modificadas, elevação dos calcanhares, etc.</li> <li>• Exercícios de Alongamento: Instruir e treinar alongamentos simples que podem ser realizados em qualquer lugar (ex, alongamento de braços, pernas, pescoço)</li> <li>• A importância da coordenação entre a realização do exercício e a respiração</li> </ul> Planejar uma rotina <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar os participantes a planejar uma rotina de AF adaptada às suas necessidades e limitações.</li> <li>• Discutir a importância de estabelecer metas realistas e progressivas</li> <li>• Fornecer ferramentas para automonitorização (ex: diários de atividade, pedímetro, etc)</li> </ul> Manutenção e Motivação <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar estratégias para manter a motivação (encontrar um amigo que acompanhe)</li> <li>• Discutir a importância da automonitorização e ajustes conforme necessário</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Incentivar os participantes a implementar pelo menos uma nova AF nas suas rotinas diárias Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 5ª Sessão: Compreender a Ansiedade

5ª Sessão – Compreender a Ansiedade		
Data: 08/10/2024	Hora: 09h30	Local: UCC
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Grávidas com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras.</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a ansiedade</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar os participantes sobre os conceitos básicos de ansiedade</li> <li>• Identificar os sintomas comuns de ansiedade</li> <li>• Explorar fatores que contribuem para a ansiedade</li> </ul>

5ª Sessão – Compreender a ansiedade		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Clarificar o objetivo geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas expectativas e experiências anteriores com ansiedade	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Definição de ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o que é ansiedade, diferenciar entre a ansiedade normal e a ansiedade patológica</li> <li>• Utilizar exemplos do quotidiano para ilustrar a diferença.</li> </ul> Sintomas de Ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar os sintomas físicos de ansiedade (ex: palpitações, suor excessivo, tremores) e emocionais (ex: preocupação excessiva, sensação de perigo iminente)</li> <li>• Solicitar aos participantes que compartilhem sintomas que eles ou conhecidos já tenham experimentado</li> </ul> Fatores contribuintes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre os fatores que podem contribuir para a ansiedade, incluindo a genética, o ambiente, as experiências de vida e os desequilíbrios eletroquímicos do cérebro.</li> <li>• Abordar que o stress e a privação de sono podem agravar a ansiedade.</li> <li>• Solicitar aos participantes que partilhem em grupo possíveis fatores de ansiedade.</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Sugerir aos participantes que observem e anotem qualquer sintoma de ansiedade que experimentem até à próxima sessão Sugerir que reflitam sobre possíveis gatilhos de ansiedade nas suas vidas Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 6ª Sessão: Gerir a Ansiedade

6ª Sessão – Gerir a Ansiedade		
Data: 11/10/2024	Hora: 09h30	Local: UCC
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Grávidas com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras.</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a ansiedade</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer informações sobre estratégias de autocontrolo de ansiedade</li> <li>• Informar sobre opções de tratamento e recursos disponíveis</li> </ul>

6ª Sessão – Gerir a ansiedade		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Recapitular brevemente os pontos principais da 3ª Sessão Perguntar aos participantes sobre as suas observações e reflexões desde a última sessão Acolher qualquer comportamento voluntário de experiências ou insights. Apresentar o objetivo geral e específico da sessão	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Estratégias para gerir a ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de respiração - a respiração profunda e diafragmática.</li> <li>• Relaxamento Muscular Progressivo</li> <li>• Mindfulness e meditação.</li> </ul> Opções de tratamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapias Psicológicas, exemplo, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)</li> <li>• Medicação: tipos comuns de medicamentos prescritos para ansiedade e seus benefícios e riscos.</li> </ul> Tratamentos Coadjuvantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atividade física</li> <li>• Abordar a importância do autocuidado e os estilos de vida saudáveis (alimentação, sono, etc)</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Perguntar aos participantes sobre quais as estratégias que eles acham mais úteis ou estão interessados em experimentar. Incentivar os participantes em colocar pelo menos uma estratégia para gerir a ansiedade no dia-a-dia. Alertar sobre a importância de procurar ajuda profissional caso a pessoa não seja capaz de autocontrolar a ansiedade Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 7ª Sessão: Avaliação de Resultados

7ª Sessão – Avaliação dos resultados		
Data: 11/10/2024	Hora: 10h30	Local: UCC
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Grávidas com Ansiedade		Duração da sessão: 45 minutos
Definição: Aplicação individual do questionário de avaliação de conhecimento sobre a AF e a ansiedade, do questionário de avaliação do nível de AF e sedentarismo e do inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionário de avaliação de conhecimento sobre atividade física e ansiedade (ANEXO IV)</li> <li>• Questionário de avaliação do nível de atividade física e sedentarismo (ANEXO V)</li> <li>• Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) (ANEXO VI)</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação final abrangente para medir o progresso do participante em relação à ansiedade e AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar qualquer mudança no conhecimento do participante sobre a relação entre a AF e a ansiedade</li> <li>• Avaliar as mudanças nos níveis de AF e sedentarismo do participante</li> <li>• Avaliar a evolução do nível de ansiedade</li> </ul>

7ª Sessão – Avaliação dos resultados		Metodologia	Duração
Introdução	Breve revisão sobre o programa	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Aplicar o questionário de avaliação de conhecimento sobre AF e ansiedade Aplicar o questionário do nível de AF e sedentarismo Administrar o Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Saudação final	Interrogativa Interativa	10 min.

## Inquérito de Avaliação das Sessões

### Inquérito de avaliação da sessão

1. Como avaliaria a clareza das informações apresentadas durante as sessões?
    - ( ) Muito clara
    - ( ) Clara
    - ( ) Razoavelmente clara
    - ( ) Pouco clara
    - ( ) Nada clara
  
  2. A sessão correspondeu às suas expectativas?
    - ( ) Totalmente
    - ( ) Parcialmente
    - ( ) Neutro
    - ( ) Pouco
    - ( ) Nada
  
  3. Considera os temas abordados relevantes para o seu contexto?
    - ( ) Muito relevantes
    - ( ) Relevantes
    - ( ) Pouco relevantes
    - ( ) Nada relevantes
  
  4. Sentiu-se à vontade para fazer perguntas e interagir durante a sessão?
    - ( ) Sim, totalmente à vontade
    - ( ) Sim, em parte
    - ( ) Não muito
    - ( ) Não, de forma alguma
  
  5. Em que medida as informações recebidas podem ser aplicadas na sua vida diária?
    - ( ) Muito aplicáveis
    - ( ) Aplicáveis
    - ( ) Pouco aplicáveis
    - ( ) Nada aplicáveis
  
  6. Que sugestões tem para melhorar futuras sessões de psicoeducação?
- 

Obrigada por participar.



## **ANEXO II – INTERVENÇÃO NO CONTEXTO CLÍNICO DO INTERNAMENTO**

## **Dados Sociodemográficos**

Nome:

Idade:

IMC:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Diagnóstico Clínico:

Comorbilidades:

Internamentos anteriores:

Hábitos de vida (álcool, tabaco):

## **Guião da Entrevista Semiestruturada**

1 - Como descreveria a sua experiência de ansiedade?

2 - Quais os sintomas físicos que estão mais presentes quando sente ansiedade?

3 – Como a ansiedade afeta a sua vida social e emocional?

4 – Já recebeu orientação de um médico ou psicólogo ou enfermeiro especialista de enfermagem saúde mental e psiquiátrica sobre o tratamento da ansiedade?

5 – Em relação à sua rotina de atividade física, como descreve a sua prática?

6 – Acredita que a prática de atividade física pode ajudar a reduzir os sintomas de ansiedade?

7 – Que tipo de atividades físicas acredita serem mais benéficas para o seu bem-estar mental?

8 – Já teve experiências em que a prática de atividade física piorou a sua ansiedade ou causou desconforto emocional?

9 – Com que frequência percebe uma redução nos níveis de ansiedade após praticar atividade física?

10 – Quais as barreiras enfrenta para realizar mais atividade física?

11 – Já conversou com um profissional de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo) sobre a integração de atividade física no controlo da ansiedade?

12- Quais as estratégias acredita que podem ajudar a incorporar mais atividade física na sua rotina diária?

13 – Quais das seguintes você considera mais eficaz para incorporar na sua rotina diária a fim de ajudar a gerir a ansiedade?

14 – Que expectativas tem quanto à prática de atividade física para melhorar a sua saúde mental e física?

15 – Neste momento, porque se sente ansioso?

16 - Que expectativas tem quanto aos ganhos em saúde (ou não) que poderá ter após a participação no programa “ativaMente”?

## Questionário de Conhecimentos sobre Atividade Física e Ansiedade

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a ansiedade e a atividade física. Responda por favor, à seguintes questões assinalando “Verdadeiro” se a informação for correta, “Falso” se for incorreta e “Não sabe” se não tiver a certeza.

Questões	Verdadeiro	Falso	Não sabe
1 - A atividade física inclui qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia.			
2 - Subir escadas ou estar mais tempo em pé não é fazer atividade física.			
3 - A Organização Mundial da Saúde recomenda que adultos realizem pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana			
4 - A inatividade física é tão prejudicial para a saúde como o consumo de tabaco e de álcool em excesso.			
5 - A prática regular de atividade física pode reduzir o risco de diabetes tipo 2.			
6 - A prática regular de atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde cardiovascular, reduzindo o risco de doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais.			
7 - Apenas os exercícios realizados nos ginásios são considerados atividade física.			
8 - Apenas a atividade física de grande intensidade tem efeitos benéficos.			
9 - O sedentarismo é definido como um estilo de vida caracterizado por longos períodos de inatividade física e falta de participação regular em atividades que promovam o movimento e o gasto energético.			

10 - De acordo com as diretrizes de saúde, recomenda-se que os adultos limitem o tempo sentado a menos de 6-8 horas por dia, intercalando com pausas para atividade física leve a cada 30 minutos.			
11 - A atividade física regular não tem impacto significativo na saúde mental.			
12 - A prática de atividade física regular manifesta benefícios a longo prazo, como o aumento da aptidão cardiorrespiratória, aumento da força muscular, diminuição dos sintomas depressivos e a redução sustentada da pressão arterial.			
13 - Os sintomas comuns de ansiedade incluem respiração acelerada, batimento cardíaco rápido e sensação de nervosismo.			
14 - As possíveis causas da ansiedade podem incluir fatores genéticos, eventos stressantes de vida, desequilíbrios químicos no cérebro e experiências traumáticas.			
15 - A atividade física geralmente agrava os sintomas de ansiedade.			
16 - Para obter benefícios na saúde mental, é recomendado realizar atividade física pelo menos três vezes por semana, durante pelo menos 50 minutos.			
17 - Apenas exercícios aeróbicos, como corrida, são eficazes para reduzir a ansiedade.			
18 - Praticar atividade física ao ar livre pode ter benefícios adicionais para a saúde mental em comparação com atividades físicas realizadas em ambientes fechados.			
19 - Exercícios de alongamento e relaxamento muscular, como yoga e tai chi, também são considerados formas de atividade física que podem ajudar a reduzir a ansiedade.			

20 - A combinação de exercícios aeróbicos e de força pode ser mais eficaz para reduzir a ansiedade do que apenas um tipo de exercício.			
21 - Alguns benefícios da prática da atividade física, podem ser alcançados imediatamente, como a melhoria do humor, a redução da sensação de ansiedade, a redução da pressão arterial, a melhoria da qualidade de sono e alguns aspetos da função cognitiva.			
22 - A atividade física pode ajudar a reduzir a ansiedade através da liberação de hormonas e neurotransmissores que promovem o bem-estar.			
23 - Barreiras comuns para a prática regular de atividade física incluem falta de tempo e motivação.			

Para todas as respostas dadas será feita a valoração para «correto» e «incorreto (1/0), sendo o valor somado o resultado final.

**Tabela 14 – Dados Sociodemográficos no Contexto Clínico do Internamento**

Dados Sociodemográficos:									
Participante	Sexo	Idade	IMC	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão	Diagnóstico Clínico/ Outras comorbidades	Internamentos anteriores	Hábitos de vida (álcool, tabaco)
1	Masculino	45	35	Divorciado	Ensino secundário (12º ano)	Desempregado	Esquizofrenia/ Obesidade	Sim (3)	Uso do tabaco
2	Masculino	73	26	Divorciado	Ensino básico (1º ciclo)	Reformado	Perturbação Bipolar/ Hipertensão Arterial	Sim (3)	Uso do tabaco
3	Feminino	54	30	Divorciado	Ensino secundário (12º ano)	Reformado por invalidez	Perturbação Bipolar/ Obesidade	Sim (2)	Uso do tabaco
4	Masculino	37	23	Solteiro	Ensino básico (3º ciclo)	Desempregado	Esquizofrenia	Sim (2)	Uso do tabaco
5	Masculino	83	27	Viúvo	Ensino básico (1º ciclo)	Reformado	Esquizofrenia	Sim (3)	Uso do tabaco
6	Feminino	35	23	Casado	Ensino secundário (10º ano)	Empregado	Depressão major	Não	Uso do tabaco

**Tabela 15 – Principais Resultados da Entrevista Semiestruturada no Contexto Clínico do Internamento**

Principais resultados da entrevista semiestruturada:		
Questão	Resposta	Resultados
Como descreveria a sua experiência de ansiedade?	- "Sensação de nervosismo frequente, mesmo sem motivos aparentes".	50 %
	- "Pensamentos repetitivos sobre situações do passado ou futuro".	33,3%
	- "Preocupações constantes sobre saúde e bem-estar".	16,6%
Quais os sintomas físicos que estão mais presentes quando sente ansiedade?	- "Batimentos cardíacos acelerados ou palpitações".	33,3%
	- "Tonturas ou sensação de desmaio".	33,3 %
	- "Tremores ou tensão muscular".	16,6%
Como a ansiedade afeta a sua vida social e emocional?	- "Evito situações sociais por medo ou desconforto".	16,6%
	- "Sinto-me irritado ou desanimado com frequência".	33,3%
	- "Tenho dificuldade e manter relacionamentos próximos".	16,6%
	- "Tenho dificuldades em relaxar e desfrutar de atividades diárias".	16,6%
Que tipo de atividades físicas acredita serem mais benéficas para o seu bem-estar mental?	- "Não sei".	16,6%
	- "Caminhadas ao ar livre".	66,6 %
	- "Exercícios de resistência (musculação)".	16,6%
Já teve experiências em que a prática de atividade física piorou a sua ansiedade ou causou desconforto emocional?	- "Não pratico exercícios suficientes para perceber uma mudança".	16,6 %
	- "Não, a prática de AF geralmente melhora o meu bem-estar".	66,6 %
	- "Sim, alguma AF aumentam o meu stress e desconforto, como por exemplo, fazer escalada".	16,6 %
Com que frequência percebe uma redução nos níveis de ansiedade após praticar atividade física?	- "Não percebo mudanças notáveis nos níveis de ansiedade".	33,3 %
	- "Imediatamente após a prática de exercícios".	16,6%
	- "Algumas horas depois".	33,3%
	- "No dia seguinte".	16,6%
Que barreiras enfrenta para realizar mais atividades físicas?	- "Falta de motivação".	33,3%
	- "Limitações físicas e de saúde".	33,3 %
	- "Falta de recursos".	16,6 %
	- "Não me sinto seguro para praticar AF sozinho"	16,6%
Que expectativas tem quanto aos ganhos em saúde (ou não) que poderá ter após a participação no programa "ativaMente"?	- "Não tenho expectativas".	50%
	- "Melhorar a minha saúde física e mental".	33,3%
	- Reduzir a minha ansiedade"	16,6%

**Tabela 16 - Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) no Contexto Clínico do Internamento**

Inventário de Estado de Ansiedade (Stay-Y)						
Participante	STAY-Y Estado (Inicial)	STAY - Y Estado (Final)	Variação de Estado	STAY-Y Traço (Inicial)	STAY-Y Traço (Final)	Variação de Traço
1	50	50	0 →	57	60	3 ↑
2	50	45	5 ↓	51	48	3 ↓
3	63	50	13 ↓	62	54	8 ↓
4	48	52	4 ↑	59	51	8 ↓
5	46	Não avaliado		61	Não avaliado	
6	45	Não avaliado		49	Não avaliado	

**Tabela 17 – Indicador NOC (Autocontrolo de Ansiedade) no Contexto Clínico do Internamento**

Indicador NOC: Autocontrolo de Ansiedade										
Índice de Resultados:										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Nunca demonstrado;</li> <li>• (2) Raramente demonstrado;</li> <li>• (3) Algumas vezes demonstrado;</li> <li>• (4) Frequentemente demonstrado;</li> <li>• (5) Consistentemente demonstrado.</li> </ul>										
Indicadores:	Avaliação Inicial (Total: 6 adultos) (%)					Avaliação Final (Total: 4 adultos) (%)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 – Monitoriza a intensidade de ansiedade		50	33,3	16,6				50	50	
2 - Elimina percussores da ansiedade		50	50					50	50	
3 – Planeia estratégias de enfrentamento para situações stressantes		50	33,3	16,6				50	50	
4 – Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento		50	33,3	16,6				50	50	
5 - Controla a respiração quando ansiosa		50	33,3	16,6				50	50	
6 – Mantém as relações sociais			50	50				75	25	
7 – Monitoriza manifestações comportamentais de ansiedade			50	50				75	25	

**Tabela 18 – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre AF e Ansiedade no Contexto Clínico do Internamento**

Questionário de avaliação de conhecimentos sobre AF e Ansiedade					
Questão	Correto Inicial (n=6) (%)	Incorreto Inicial (n=6) (%)	Correto Final (n=4) (%)	Incorreto final (n=4) (%)	Diferença (%)
1	100	0	100	0	0 →
2	33,3	66,6	100	0	66,7 ↑
3	66,6	33,3	100	0	33,4 ↑
4	66,6	33,3	75	25	8,4 ↑
5	50	50	75	25	25 ↑
6	83,3	16,6	100	0	16,7 ↑
7	66,6	33,3	75	25	8,4 ↑
8	33,3	66,6	50	50	16,7 ↑
9	66,6	33,3	100	0	33,4 ↑
10	50	0	75	25	- 25 ↓
11	83,3	16,6	100	0	16,7 ↑
12	66,6	33,3	100	0	33,4 ↑
13	100	0	100	0	0 →
14	83,3	16,6	100	0	16,7 ↑
15	100	0	100	0	0 →
16	83,3	16,6	100	0	16,7 ↑
17	66,6	33,3	50	50	- 16,6 ↓
18	100	0	100	0	0 →
19	66,6	33,3	100	0	33,4 ↑
20	50	50	50	50	0 →
21	83,3	16,6	100	0	16,7 ↑
22	100	0	100	0	0 →
23	83,3	16,6	75	25	- 8,3 ↓

**Tabela 19 – Questionário de avaliação do nível de AF e Sedentarismo no Contexto Clínico da Internamento**

Participante	1	2	3	4	5	6
Dias de AF por semana (Inicial)	0	6	5	3	3	3
Duração diária de AF (min) (Inicial)	0	25	30	40	40	30
Tempo sentado diário (h) (Inicial)	8	6	8	10	8	5
Guia de AF Aplicado	Auxiliar de decisão! e Plano de Ação!	Plano de Manutenção! (P.M!)	(P.M!)	Plano de Ação!	Plano de Ação!	Plano de Ação!
Avaliação do Processo - Semana 1, 2, 3	Sim	Sim	Sim	Sim	Não avaliado	
Dias de AF por semana (Final)	3	7	7	7		
Duração diária de AF (min) (Final)	20	30	60	30		
Tempo sentado diário (h) (Final)	7	5	7	8		

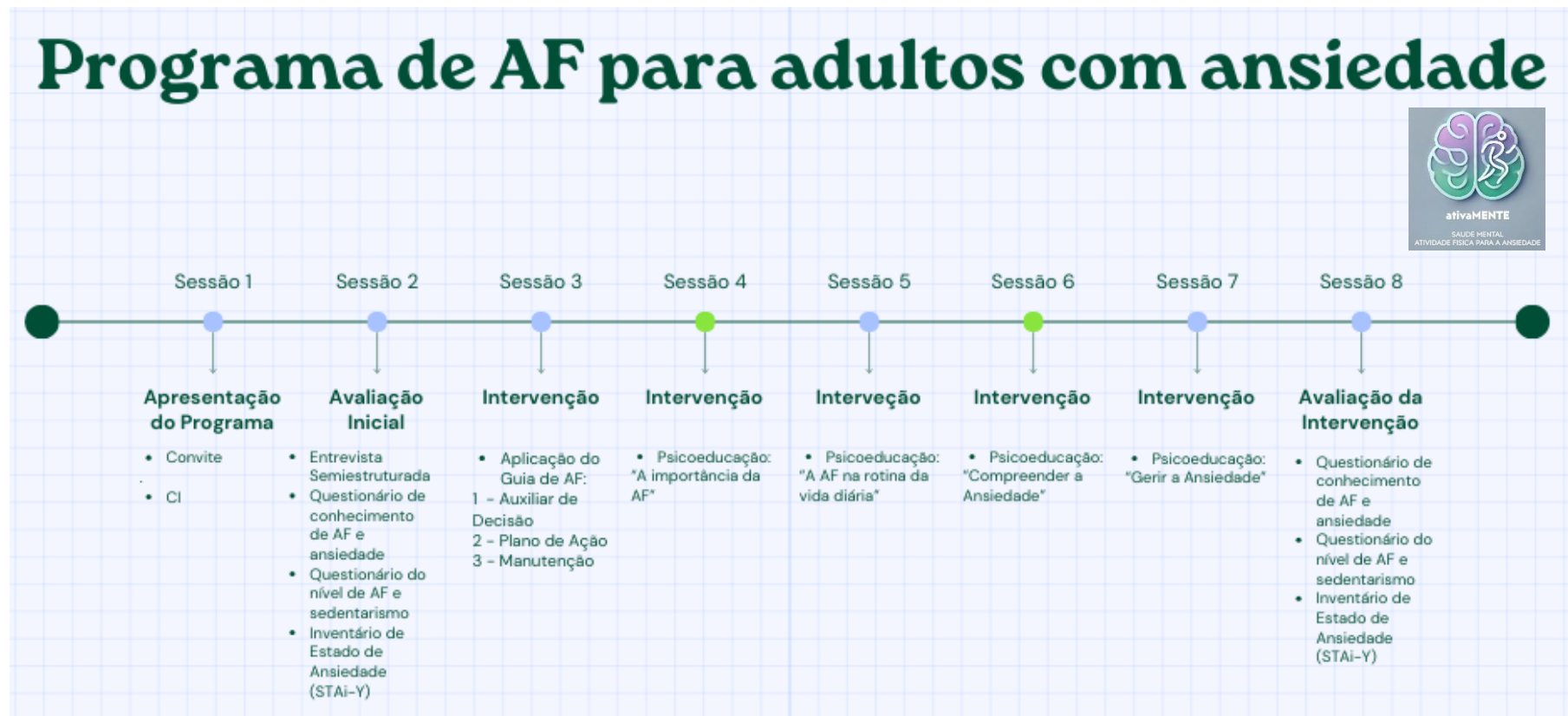
**Tabela 22 – Guias de AF: Plano de Ação no Contexto Clínico do Internamento**

Guia de AF – Plano de Ação							
Participante	Data de Início?	Dias?	Quando?	O quê?	Onde?	Com quem?	Alternativa
1	29/10/25	Segunda, quarta e sexta	20 min	Caminhada	Recinto hospitalar	Sozinho	Se chover, ir às terça, quinta e sábado.
4	30/10/25	Segunda a domingo	20 min	Caminhada no corredor da UIA e/ou exterior.	UIA	Sozinho	10 flexões, 10 agachamentos, 10 elevações calcânhares, 10 abdominais (4 vezes ao dia) na UIA.
5	31/10/25	Segunda a domingo	20 min a 25 min	Caminhada	Recinto hospitalar	Com amigo	Caminhar no corredor/ Elevações dos braços/ Marcha no mesmo lugar na UIA
6	31/10/25	Segunda a sexta	30 min	Caminhada	Recinto hospitalar	Com amiga	10 agachamentos, 10 elevações calcânhares, 10 abdominais (3 vezes ao dia) na UIA

**Tabela 23 – Diários de AF no Contexto Clínico do Internamento**

Participante	Data/ Duração	Atividade Realizada	Local/ Companhia	Como se sentiu	Comentários	Situações a alterar
1	15/11/25 20 min	Caminhada	Jardins/ Sozinho	"Bem".	"Perdi 2 Kg".	"Tentar caminhar mais".
4	12/11/25 30 min	Caminhada	Jardins/ Com um amigo	"Cansado antes, mas depois melhor"	"Tive sede. Esqueci-me da garrafa de água".	"Incentivar outros colegas a juntarem- se".
5	15/11/25 30 min	Caminhada	Jardins/ Com duas amigas	"Comecei sem vontade, mas foi agradável".	"Às vezes, fica-me a doer as pernas".	"Nada a alterar".
6	12/11/25 25 min	Marcha no corredor, flexões, abdominais. (3 vezes, 20 repetições)	Quarto / Sozinho	"Bem".	"Prefiro caminhar lá fora, mas foi o possível". (Saídas não autorizadas)	"Nada a alterar".

## Planeamento das Sessões do Programa ativamente no Contexto Clínico do Internamento



## Sessão 0/ Inicial: Apresentação e consentimento

Sessão 0/ Inicial – Apresentação e consentimento		
Data: 23/10/2024	Hora: 10h00	Local: UIA
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 40 minutos
Definição: Apresentação individual/grupo e convite de participação no projeto		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimento informado livre e esclarecido</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer uma visão geral dos temas que serão abordados, promovendo desde o início a consciência e a participação ativa do participante.</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificar o motivo e a necessidade de intervenção</li> <li>• Negociar a programação da realização da intervenção</li> </ul>

Sessão Inicial – Apresentação e consentimento		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Introdução do participante à enfermeira e vice-versa Apresentação do projeto ao participante	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Explicação dos objetivos e os seus benefícios <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento do motivo e necessidade de intervenção</li> </ul> Consentimento informado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e leitura do documento de consentimento informado livre e esclarecido</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Agendar a próxima sessão e saudações finais	Interrogativa Interativa	10 min.

## 1ª Sessão: Avaliação Inicial – Entrevista e Questionários de Avaliação

1ª Sessão – Avaliação Inicial: Entrevista e Questionários de Avaliação		
Data: 25/10/2024	Hora: 10h00	Local: UIA
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 45 minutos
Definição: Aplicação individual de uma entrevista semiestruturada, do questionário de avaliação de conhecimento sobre a AF e a ansiedade, do questionário de avaliação do nível de AF e sedentarismo e do inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimento informado livre e esclarecido</li> <li>• Entrevista semiestruturada</li> <li>• Questionário de avaliação de conhecimento sobre atividade física e ansiedade</li> <li>• Questionário de avaliação do nível de atividade física e sedentarismo Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação inicial abrangente para diagnosticar o estado do participante em relação à ansiedade e AF.</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o conhecimento do participante sobre a relação entre a AF e a ansiedade</li> <li>• Avaliar os níveis atuais de AF e sedentarismo do participante</li> <li>• Avaliar o nível de ansiedade</li> </ul>

1ª Sessão – Avaliação Inicial: Entrevista e Questionários de Avaliação		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Introdução do tema neutro Breve revisão sobre o projeto	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Conduzir a entrevista semiestruturada Aplicar o questionário de avaliação de conhecimento sobre AF e ansiedade Aplicar o questionário do nível de AF e sedentarismo Administrar o Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Agendar a próxima sessão e saudações finais	Interrogativa Interativa	10 min.

## 2ª Sessão – Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física

2ª Sessão – Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física		
Data: 26/10/2024	Hora: 10h00	Local: UIA
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 45 minutos
Definição: Aplicação individual do aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>Guias de Atividade Física imprimidos em folha A3 e plastificados</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a Atividade Física no adulto com ansiedade</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar a AF no adulto com ansiedade</li> <li>Reduzir ansiedade (sintomatologia ansiosa)</li> <li>Reduzir o sedentarismo do adulto com ansiedade</li> <li>Identificar barreiras que impedem a adesão AF da pessoa com ansiedade</li> <li>Identificar os processos facilitadores que melhorem a adesão à AF da pessoa com ansiedade</li> <li>Promover a consciencialização para a mudança de comportamento</li> </ul>

2ª Sessão – Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física			Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Explicar o propósito do aconselhamento breve para a promoção de AF Motivar a pessoa para a importância de AF		Expositiva Interativa	5 min.
Desenvolvimento	Níveis de AF	Guia AF a aplicar:	Expositiva Interativa	35 min.
	Para utentes inativos que não consideram ainda começar a prática de AF (nível de AF = 0)	Auxiliar de Decisão - Apoiar a pessoa na identificação de razões relevantes para se tornar mais ativa fisicamente - Identificar barreiras e fatores facilitadores da prática de AF  Plano de Ação - Apoiar na implementação do novo comportamento, caso o utente esteja inclinado para iniciar a prática de AF, ajudando a traçar objetivos e a definir uma estratégia para os colocar em prática		
	Para utentes para quem a AF ainda não é um hábito, mas já com alguns indicadores de prática (irregular) (nível de AF $\leq$ 150 minutos por semana)	Auxiliar de Decisão - Apoiar a pessoa na identificação de razões relevantes para se tornar mais ativa fisicamente - Identificar barreiras e fatores facilitadores da prática de AF  Plano de Ação - Facilitar o desenvolvimento de um planeamento mais eficaz, incluindo a antecipação de situações que possam dificultar a prática e desenvolvimento de estratégias para as ultrapassar		
	Para utentes que cumprem as recomendações, sugestões e estratégias para que o interesse pela prática possa manter-se (nível de AF $\geq$ 150 minutos de AF moderada por semana)	Plano de Manutenção - Facilitar o processo de automonitorização, essencial à manutenção da prática - Aumentar o interesse/ desafio envolvido na prática de AF, de modo a promover a manutenção ao longo do tempo - Tornar-se um "líder", inspirando outros a praticar e simultaneamente aumentando o nível de compromisso para com a prática regular de AF		
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Reafirmar a importância da AF Estabelecer um plano de acompanhamento do plano pré-estabelecido de forma presencial pelo menos uma vez por semana, Agendar a próxima sessão e saudações finais		Interrogativa Interativa	5 min.

### 3ª Sessão – A importância da Atividade Física

3ª Sessão – A importância da AF		
Data: 06/11/2024	Hora: 11h30	Local: UIA
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras.</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a AF</li> <li>• Informar os participantes sobre os benefícios da AF</li> <li>• Identificar barreiras comuns à prática de AF</li> <li>• Promover a motivação para a inclusão da AF na rotina diária</li> </ul>

3ª Sessão – A importância da AF		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Explicar brevemente o objetivo das sessões de psicoeducação Clarificar os objetivos geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas expectativas e experiências anteriores com a atividade física.	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Distinção dos conceitos (AF, exercício físico e sedentarismo) O impacto do sedentarismo na saúde Benefícios da prática regular AF <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar os benefícios físicos (ex: melhoria da condição cardiovascular, força muscular)</li> <li>• Discutir os benefícios mentais e emocionais (ex: redução de sintomas de ansiedade e depressão)</li> </ul> Barreiras à prática da AF <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar barreiras comuns (ex: falta de tempo, motivação e recursos)</li> <li>• Solicitar aos participantes que compartilhem as barreiras pessoais</li> </ul> Motivação e planeamento <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir estratégias para superar barreiras</li> <li>• Explicar a importância do planeamento e estabelecimento de metas realistas</li> <li>• Instruir e treinar exemplos de atividade física que podem incluir na rotina diária</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Visualização e reflexão do vídeo "Estrela de Natal" Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Sugerir que os participantes reflitam sobre possíveis atividades físicas que podem ser incorporadas nas rotinas diárias. Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 4ª Sessão – A Atividade Física na Rotina Diária

4ª Sessão – A AF na rotina diária		
Data: 07/11/2024	Hora: 11h30	Local: UIA
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras;</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a AF</li> <li>• Fornecer informações sobre os tipos de AF</li> <li>• Auxiliar os participantes a planejar uma rotina com AF.</li> <li>• Incentivar a automonitorização e manutenção da prática regular de atividade física.</li> <li>• Demonstrar e praticar algumas AF simples que podem ser incorporadas no dia-a-dia.</li> </ul>

4ª Sessão – A AF na rotina diária		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Recapitular brevemente os pontos principais da sessão anterior Apresentar os objetivos geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas reflexões desde a última sessão e partilhar qualquer tentativa de incorporar a AF na sua rotina	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Tipos de atividades físicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar diferentes tipos de atividades físicas (ex: aeróbias, anaeróbias, alongamento)</li> <li>• Apresentar exemplos práticos e simples para serem realizados no quotidiano.</li> </ul> Prática de AF <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios de Aeróbios: instruir e treinar exercícios aeróbios leves, como marchar no lugar, sentar/ levantar da cadeira, passos laterais, etc</li> <li>• Exercícios de força: Instruir e treinar exercícios de força usando o peso do corpo, como agachamentos e flexões de braço modificadas, elevação dos calcanhares, etc.</li> <li>• Exercícios de Alongamento: Instruir e treinar alongamentos simples que podem ser realizados em qualquer lugar (ex, alongamento de braços, pernas, pescoço)</li> <li>• A importância da coordenação entre a realização do exercício e a respiração</li> </ul> Planear uma rotina <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar os participantes a planejar uma rotina de AF adaptada às suas necessidades e limitações.</li> <li>• Discutir a importância de estabelecer metas realistas e progressivas</li> <li>• Fornecer ferramentas para automonitorização (ex: diários de atividade, pedímetro, etc)</li> </ul> Manutenção e Motivação <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar estratégias para manter a motivação (encontrar um amigo que acompanhe)</li> <li>• Discutir a importância da automonitorização e ajustes conforme necessário</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar momento lúdico de dança Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Incentivar os participantes a implementar pelo menos uma nova AF nas suas rotinas diárias Distribuir materiais escritos que expliquem as atividades e forneçam dicas adicionais Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 5ª Sessão: Compreender a Ansiedade

Data: 11/11/2024	Hora: 11h30	Local: UIA
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras;</li> <li>• Rolo de papel;</li> <li>• Copos</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a ansiedade</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar os participantes sobre os conceitos básicos de ansiedade</li> <li>• Identificar os sintomas comuns de ansiedade</li> <li>• Explorar fatores que contribuem para a ansiedade</li> </ul>

5ª Sessão – Compreender a ansiedade		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Clarificar o objetivo geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas expectativas e experiências anteriores com ansiedade	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Definição de ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o que é ansiedade, diferenciar entre a ansiedade normal e a ansiedade patológica</li> <li>• Utilizar exemplos do quotidiano para ilustrar a diferença.</li> </ul> Sintomas de Ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar os sintomas físicos de ansiedade (ex: palpitações, suor excessivo, tremores) e emocionais (ex: preocupação excessiva, sensação de perigo iminente)</li> <li>• Solicitar aos participantes que compartilhem sintomas que eles ou conhecidos já tenham experimentado</li> </ul> Fatores contribuintes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre os fatores que podem contribuir para a ansiedade, incluindo a genética, o ambiente, as experiências de vida e os desequilíbrios eletroquímicos do cérebro.</li> <li>• Abordar que o stress e a privação de sono podem agravar a ansiedade.</li> <li>• Solicitar aos participantes que partilhem em grupo possíveis fatores de ansiedade.</li> </ul> Realizar jogo lúdico	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Sugerir aos participantes que observem e anotem qualquer sintoma de ansiedade que experimentem até à próxima sessão Sugerir que reflitam sobre possíveis gatilhos de ansiedade nas suas vidas Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 6ª Sessão: Gerir a Ansiedade

6ª Sessão – Gerir a Ansiedade		
Data: 12/11/2024	Hora: 11h00	Local: UIA
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Balões;</li> <li>• Sala e cadeiras.</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a ansiedade</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer informações sobre estratégias de autocontrolo de ansiedade</li> <li>• Informar sobre opções de tratamento e recursos disponíveis</li> </ul>

6ª Sessão – Gerir a ansiedade		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Recapitular brevemente os pontos principais da 3ª Sessão Perguntar aos participantes sobre as suas observações e reflexões desde a última sessão Acolher qualquer comportamento voluntário de experiências ou insights. Apresentar o objetivo geral e específico da sessão	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Estratégias para gerir a ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de respiração: instruir e treinar a respiração profunda e diafragmática.</li> </ul> Opções de tratamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapias Psicológicas, exemplo, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)</li> <li>• Medicação: tipos comuns de medicamentos prescritos para ansiedade e seus benefícios e riscos.</li> <li>• Atividade física regular que pode reduzir os sintomas de ansiedade.</li> <li>• Abordar a importância do autocuidado e os estilos de vida saudáveis (alimentação, sono, etc)</li> </ul> Realização e reflexão da atividade "corrida de balões"	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Perguntar aos participantes sobre quais as estratégias que eles acham mais úteis ou estão interessados em experimentar. Incentivar os participantes em colocar pelo menos uma estratégia para gerir a ansiedade no dia-a-dia. Distribuir materiais escritos que expliquem as técnicas. Alertar sobre a importância de procurar ajuda profissional caso a pessoa não seja capaz de autocontrolar a ansiedade Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 7ª Sessão: Avaliação dos Resultados

7ª Sessão – Avaliação dos resultados		
Data: 18/11/2024	Hora: 09h00	Local: UIA
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 45 minutos
Definição: Aplicação individual do questionário de avaliação de conhecimento sobre a AF e a ansiedade, do questionário de avaliação do nível de AF e sedentarismo e do inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionário de avaliação de conhecimento sobre atividade física e ansiedade (ANEXO IV)</li> <li>• Questionário de avaliação do nível de atividade física e sedentarismo (ANEXO V)</li> <li>• Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) (ANEXO VI)</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação final abrangente para medir o progresso do participante em relação à ansiedade e AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar qualquer mudança no conhecimento do participante sobre a relação entre a AF e a ansiedade</li> <li>• Avaliar as mudanças nos níveis de AF e sedentarismo do participante</li> <li>• Avaliar a evolução do nível de ansiedade</li> </ul>

7ª Sessão – Avaliação dos resultados		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Introdução do tema neutro Breve revisão sobre o projeto	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Aplicar o questionário de avaliação de conhecimento sobre AF e ansiedade Aplicar o questionário do nível de AF e sedentarismo Administrar o Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Saudação final	Interrogativa Interativa	10 min.

## Inquérito de Avaliação das Sessões

Inquérito de avaliação da sessão

1. Como avaliaria a clareza das informações apresentadas durante as sessões?
    - ( ) Muito clara
    - ( ) Clara
    - ( ) Razoavelmente clara
    - ( ) Pouco clara
    - ( ) Nada clara
  
  2. A sessão correspondeu às suas expectativas?
    - ( ) Totalmente
    - ( ) Parcialmente
    - ( ) Neutro
    - ( ) Pouco
    - ( ) Nada
  
  3. Considera os temas abordados relevantes para o seu contexto?
    - ( ) Muito relevantes
    - ( ) Relevantes
    - ( ) Pouco relevantes
    - ( ) Nada relevantes
  
  4. Sentiu-se à vontade para fazer perguntas e interagir durante a sessão?
    - ( ) Sim, totalmente à vontade
    - ( ) Sim, em parte
    - ( ) Não muito
    - ( ) Não, de forma alguma
  
  5. Em que medida as informações recebidas podem ser aplicadas na sua vida diária?
    - ( ) Muito aplicáveis
    - ( ) Aplicáveis
    - ( ) Pouco aplicáveis
    - ( ) Nada aplicáveis
  
  6. Que sugestões tem para melhorar futuras sessões de psicoeducação?
- 

Obrigada por participar.



## **ANEXO III – INTERVENÇÃO NO CONTEXTO CLÍNICO DIFERENCIADO**

## **Guião da Entrevista para Recrutamento da Amostra**

### **Dados Sociodemográficos**

Nome:

Idade:

IMC:

Sexo:

Estado Civil:

Escolaridade:

Comorbilidades:

Tabagismo:

### **Ansiedade**

#### 1 – Sentimentos de Ansiedade

- Sente-se ansioso frequentemente? Pode falar-me mais sobre isso?
- Há algo específico que costuma desencadear a sua ansiedade?

#### 2 – Sentimentos de Inquietação

- Sente-se irritado ou agitado frequentemente? Pode descrever-me como se sente nessa situação?
- Em que momentos do dia se sente mais inquieto?

#### 3 – Irritabilidade

- Sente-se facilmente irritado ou frustrado? Pode dar-me exemplos de situações que o deixam assim?
- Como lida com essas emoções quando surgem?

#### 4 – Sensação de pânico?

- Alguma vez sentiu uma sensação súbita de pânico ou medo intenso? Pode descrever-me essa experiência?
- Com que frequência isso acontece?

#### **Disponibilidade para participar no Programa ativaMente**

#### 5 – Interesse em AF

- Costuma fazer algum tipo de AF? Se sim, qual?
- Como se sente em relação a prática de AF?

#### 6 – Disponibilidade e Compromisso

- Se lhe oferecer a oportunidade de participar num programa de AF que pode ajudar a melhorar a sua ansiedade, estaria disposto a participar?
- O que mais o motiva a querer participar no programa ativaMente?
- Há algo que o poderia dificultar a sua participação no programa ativaMente?

## **Guião da Entrevista Semiestruturada**

- 1 - Como descreveria a sua experiência de ansiedade?
- 2 - Quais os sintomas físicos que estão mais presentes quando sente ansiedade?
- 3 – Como a ansiedade afeta a sua vida social e emocional?
- 4 – Já recebeu orientação de um médico ou psicólogo ou enfermeiro especialista de enfermagem saúde mental e psiquiátrica sobre o tratamento da ansiedade?
- 5 – Em relação à sua rotina de atividade física, como descreve a sua prática?
- 6 – Acredita que a prática de atividade física pode ajudar a reduzir os sintomas de ansiedade?
- 7 – Que tipo de atividades físicas acredita serem mais benéficas para o seu bem-estar mental?
- 8 – Já teve experiências em que a prática de atividade física piorou a sua ansiedade ou causou desconforto emocional?
- 9 – Com que frequência percebe uma redução nos níveis de ansiedade após praticar atividade física?
- 10 – Quais as barreiras enfrenta para realizar mais atividade física?
- 11 – Já conversou com um profissional de saúde (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo) sobre a integração de atividade física no controlo da ansiedade?
- 12- Quais as estratégias acredita que podem ajudar a incorporar mais atividade física na sua rotina diária?
- 13 – Quais das seguintes você considera mais eficaz para incorporar na sua rotina diária a fim de ajudar a gerir a ansiedade?
- 14 – Que expectativas tem quanto à prática de atividade física para melhorar a sua saúde mental e física?
- 15 – Neste momento, porque se sente ansioso?
- 16 - Que expectativas tem quanto aos ganhos em saúde (ou não) que poderá ter após a participação no programa “ativaMente”?

## Questionário de Conhecimentos sobre Atividade Física e Ansiedade

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos seus conhecimentos sobre a ansiedade e a atividade física. Responda por favor, à seguintes questões assinalando “Verdadeiro” se a informação for correta, “Falso” se for incorreta e “Não sabe” se não tiver a certeza.

Questões	Verdadeiro	Falso	Não sabe
1 - A atividade física inclui qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requer gasto de energia.			
2 - Subir escadas ou estar mais tempo em pé não é fazer atividade física.			
3 - A Organização Mundial da Saúde recomenda que adultos realizem pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada por semana			
4 - A inatividade física é tão prejudicial para a saúde como o consumo de tabaco e de álcool em excesso.			
5 - A prática regular de atividade física pode reduzir o risco de diabetes tipo 2.			
6 - A prática regular de atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde cardiovascular, reduzindo o risco de doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais.			
7 - Apenas os exercícios realizados nos ginásios são considerados atividade física.			
8 - Apenas a atividade física de grande intensidade tem efeitos benéficos.			
9 - O sedentarismo é definido como um estilo de vida caracterizado por longos períodos de inatividade física e falta de participação regular em atividades que promovam o movimento e o gasto energético.			

10 - De acordo com as diretrizes de saúde, recomenda-se que os adultos limitem o tempo sentado a menos de 6-8 horas por dia, intercalando com pausas para atividade física leve a cada 30 minutos.			
11 - A atividade física regular não tem impacto significativo na saúde mental.			
12 - A prática de atividade física regular manifesta benefícios a longo prazo, como o aumento da aptidão cardiorrespiratória, aumento da força muscular, diminuição dos sintomas depressivos e a redução sustentada da pressão arterial.			
13 - Os sintomas comuns de ansiedade incluem respiração acelerada, batimento cardíaco rápido e sensação de nervosismo.			
14 - As possíveis causas da ansiedade podem incluir fatores genéticos, eventos stressantes de vida, desequilíbrios químicos no cérebro e experiências traumáticas.			
15 - A atividade física geralmente agrava os sintomas de ansiedade.			
16 - Para obter benefícios na saúde mental, é recomendado realizar atividade física pelo menos três vezes por semana, durante pelo menos 50 minutos.			
17 - Apenas exercícios aeróbicos, como corrida, são eficazes para reduzir a ansiedade.			
18 - Praticar atividade física ao ar livre pode ter benefícios adicionais para a saúde mental em comparação com atividades físicas realizadas em ambientes fechados.			
19 - Exercícios de alongamento e relaxamento muscular, como yoga e tai chi, também são considerados formas de atividade física que podem ajudar a reduzir a ansiedade.			

20 - A combinação de exercícios aeróbicos e de força pode ser mais eficaz para reduzir a ansiedade do que apenas um tipo de exercício.			
21 - Alguns benefícios da prática da atividade física, podem ser alcançados imediatamente, como a melhoria do humor, a redução da sensação de ansiedade, a redução da pressão arterial, a melhoria da qualidade de sono e alguns aspetos da função cognitiva.			
22 - A atividade física pode ajudar a reduzir a ansiedade através da liberação de hormonas e neurotransmissores que promovem o bem-estar.			
23 - Barreiras comuns para a prática regular de atividade física incluem falta de tempo e motivação.			

Para todas as respostas dadas será feita a valoração para «correto» e «incorreto (1/0), sendo o valor somado o resultado final.

**Tabela 24 – Dados Sociodemográficos no Contexto Clínico Diferenciado**

Participante	Sexo	Idade	IMC	Estado civil	Habilitações literárias	Comorbidades	Tabagismo
1	Masculino	40	27,2	Solteiro	Ensino básico (7º ano)	-	-
2	Masculino	35	24,9	Solteiro	Ensino básico (7º ano)	-	✓
3	Masculino	47	29	Solteiro	Ensino básico (9º ano)	-	-
4	Masculino	40	25	Solteiro	Ensino secundário (12º ano)	-	✓
5	Masculino	40	26,2	Solteiro	Ensino básico (10º ano)	-	-
6	Masculino	50	25,3	Solteiro	Ensino secundário (12º ano)	DPOC	✓
7	Masculino	28	28,2	Solteiro	Ensino básico (9º ano)	-	-
8	Masculino	38	26,3	Solteiro	Ensino secundário (12º ano)	-	✓
9	Masculino	45	32	Solteiro	Ensino básico (7º ano)	-	✓
10	Masculino	36	36	Solteiro	Ensino básico (9º ano)	-	-
11	Masculino	43	24,4	Solteiro	Ensino secundário (11º ano)	-	-

**Tabela 25 – Principais Resultados da Entrevista Semiestruturada no Contexto Clínico Diferenciado**

<b>Principais resultados da entrevista semiestruturada:</b>		
<b>Questão</b>	<b>Resposta</b>	<b>Resultados</b>
Como descreveria a sua experiência de ansiedade?	- "Sensação de nervosismo frequente, mesmo sem motivos aparentes".	45,45 %
	- "Pensamentos repetitivos sobre situações do passado ou futuro".	54,5 %
Quais os sintomas físicos estão mais presentes quando sente ansiedade?	- "Batimentos cardíacos acelerados ou palpitações".	81,8 %
	- "Tonturas ou sensação de desmaio".	9,09 %
	- "Tremores ou tensão muscular".	9,09 %
Como a ansiedade afeta a sua vida social e emocional?	- "Evito situações sociais por medo ou desconforto".	9,09 %
	- "Sinto-me irritado ou desanimado com frequência".	72,2 %
	- "Tenho dificuldade e manter relacionamentos próximos".	9,09 %
	- "Tenho dificuldades em relaxar e desfrutar de atividades diárias".	9,09 %
Sente que a prática diária de AF tem ajudado a reduzir a sua ansiedade?	- "Sim, noto uma grande diferença".	90,9 %
	- "Não tenho notado grandes mudanças".	9,09 %
O que considera mais difícil em relação à prática de AF	- "Falta de motivação para alguns exercícios".	9,09 %
	- "Sinto que algumas atividades não são adequadas para mim".	36,6 %
	- "Sinto que a monotonia prejudica a minha motivação".	45,45 %
Que tipo de atividades físicas acredita serem mais benéficas para o seu bem-estar mental?	- "Exercícios de resistência (musculação, treino funcional)".	54,54%
	- "Jogos/ Torneios (futebol e Basquetebol)".	45,5 %
Que expectativas tem quanto aos ganhos em saúde (ou não) que poderá ter após a participação no programa "ativaMente"?	- "Melhorar os meus conhecimentos".	27,27 %
	- "Melhorar a minha saúde física e mental".	27,27%
	- "Controlar e reduzir a minha ansiedade".	45,5%

**Tabela 26 - Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) no Contexto Clínico Diferenciado**

Inventário de Estado de Ansiedade (Stay-Y)						
Participante	STAY-Y Estado (Inicial)	STAY - Y Estado (Final)	Variação de Estado	STAY-Y Traço (Inicial)	STAY-Y Traço (Final)	Variação de Traço
1	57	44	13 ↓	56	41	15 ↓
2	57	42	15 ↓	38	38	0 →
3	36	48	12 ↑	49	66	17 ↑
4	48	63	15 ↑	41	65	24 ↑
5	30	53	30 ↑	42	42	0 →
6	30	30	0 →	35	30	5 ↓
7	62	56	6 ↓	73	56	17 ↓
8	59	47	12 ↓	57	46	11 ↓
9	36	51	15 ↑	56	53	3 ↓
10	30	30	0 →	32	32	0 →
11	36	33	3 ↓	35	33	2 ↓

**Tabela 27 – Indicador NOC (Autocontrolo de Ansiedade) no Contexto Clínico Diferenciado**

Indicador NOC: Autocontrolo de Ansiedade										
Índice de Resultados:										
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Nunca demonstrado;</li> <li>• (2) Raramente demonstrado;</li> <li>• (3) Algumas vezes demonstrado;</li> <li>• (4) Frequentemente demonstrado;</li> <li>• (5) Consistentemente demonstrado.</li> </ul>										
Indicadores:	Avaliação Inicial (Total:11 reclusos) (%)					Avaliação Final (Total: 11 reclusos) (%)				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1 – Monitoriza a intensidade de ansiedade		18,1	72,7	9,09			9,09	63,6	27,2	
2 - Elimina percussores da ansiedade		45,4	45,4	9,09			9,09	63,6	27,2	
3 – Planeia estratégias de enfrentamento para situações stressantes		45,4	45,4	9,09			9,09	63,6	27,2	
4 – Utiliza estratégias eficientes de enfrentamento		27,2	72,7				9,09	63,6	27,2	
5 – Compartilha as preocupações com os outros		36,3	63,6				9,09	63,6	27,2	
6 – Mantém as relações sociais		36,3	63,6				9,09	63,6	27,2	
7 – Mantém sono adequado		45,4	45,4	9,09			9,09	63,6	27,2	

**Tabela 28 – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre AF e Ansiedade no Contexto Clínico Diferenciado**

Questionário de avaliação de conhecimentos sobre AF e Ansiedade					
Questão	Correto Inicial (n=11) (%)	Incorreto Inicial (n=11) (%)	Correto Final (n=11) (%)	Incorreto final (n=11) (%)	Diferença (%)
1	100	0	100	0	0 →
2	72,7	27,2	90,9	9,09	18,2 ↑
3	90,9	9,09	100	0	9,1 ↑
4	90,9	9,09	100	0	9,1 ↑
5	81,8	18,18	100	0	18,2 ↑
6	100	0	100	0	0 →
7	100	0	100	0	0 →
8	100	0	100	0	0 →
9	90,9	9,09	100	0	9,1 ↑
10	72,7	27,2	81,8	18,18	9,1 ↑
11	81,8	18,2	90,9	9,09	9,1 ↑
12	100	0	100	0	0 →
13	100	0	100	0	0 →
14	90,9	9,09	100	0	9,1 ↑
15	100	0	100	0	0 →
16	100	0	100	0	0 →
17	63,6	36,3	100	0	36,4 ↑
18	54,5	45,4	100	0	45,5 ↑
19	100	0	100	0	0 →
20	45,4	54,5	81,8	18,2	36,4 ↑
21	100	0	100	0	0 →
22	100	0	100	0	0 →
23	81,8	18,1	90,9	9,09	9,1 ↑

**Tabela 29 – Questionário de avaliação do nível de AF e Sedentarismo no Contexto Clínico Diferenciado**

Questionário de avaliação do nível de AF e Sedentarismo								
Participante	Dias de AF por semana (Inicial)	Duração diária de AF (min) (Inicial)	Tempo sentado diário (h) (Inicial)	Guia de AF Aplicado	Avaliação do Processo - Semana 1, 2, 3	Dias de AF/semana (Final)	Duração diária de AF (min) (Final)	Tempo sentado diário (h) (Final)
1	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	60 ●	3 ●
2	7 ●	60 ●	2 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	7 ●	60 ●	3 ●
3	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	60 ●	3 ●
4	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	60 ●	3 ●
5	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	60 ●	3 ●
6	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	60 ●	3 ●
7	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	60 ●	3 ●
8	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	60 ●	3 ●
9	5 ●	20 ●	6 ●	Plano de Ação!	Sim ✓	6 ●	30 ●	4 ●
10	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	30 ●	3 ●
11	6 ●	60 ●	3 ●	Plano de Manutenção!	Sim ✓	6 ●	30 ●	3 ●

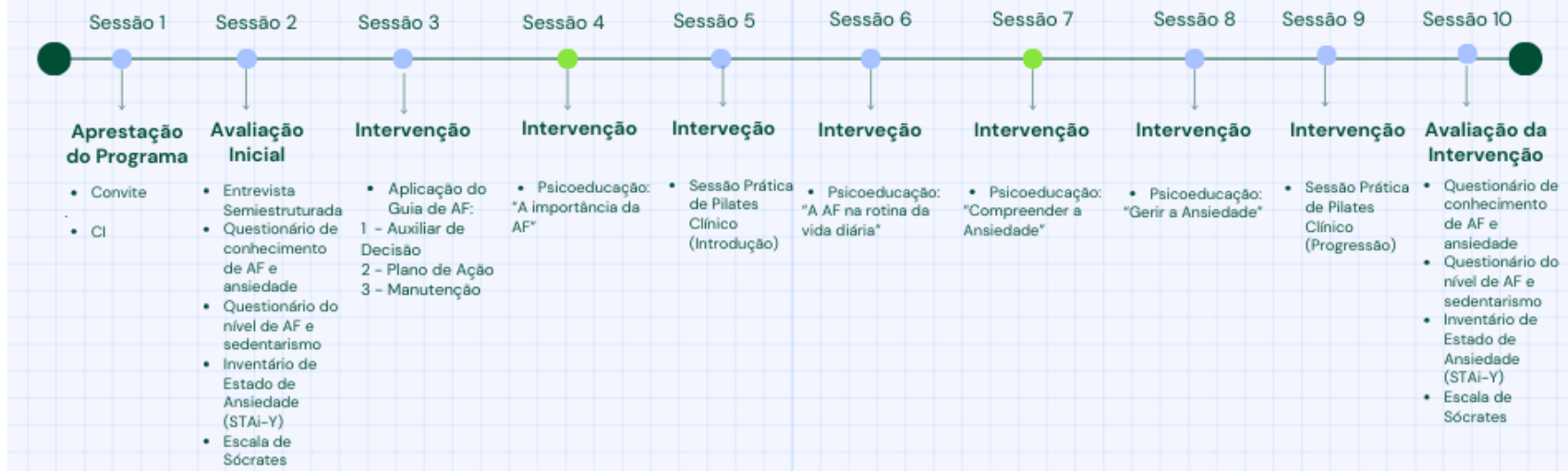
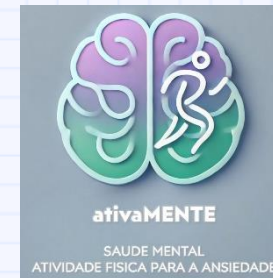
**Tabela 30 – Escala de Sócrates no Contexto Clínico Diferenciado**

Escala de Sócrates								
Participante	Reconhecimento do Problema (Inicial)	Ação (Inicial)	Ambivalência (Inicial)	Estágio de Mudança (Inicial)	Reconhecimento do Problema (Final)	Ação (Final)	Ambivalência (Final)	Estágio de Mudança (Final)
1	32	28	8	Pré-contemplação	27	35	8	Pré-contemplação
2	32	39	12	Ação	37	40	11	Ação
3	34	36	16	Pré-contemplação	36	40	14	Pré-contemplação
4	37	39	9	Ação	36	40	7	Manutenção
5	35	35	17	Pré-contemplação	35	34	18	Contemplação
6	28	40	8	Ação	32	38	12	Ação
7	34	39	17	Pré-contemplação	28	40	14	Contemplação
8	37	39	17	Contemplação	38	39	17	Contemplação
9	37	33	16	Contemplação	35	32	15	Contemplação
10	37	38	11	Ação	36	36	12	Ação
11	36	37	13	Ação	34	40	11	Manutenção

## Planeamento das Sessões do Programa ativamente no Contexto Clínico Diferenciado

# Programa de AF para Adultos com Ansiedade

ativaMente



## Sessão 0/ Inicia: Apresentação e consentimento

<b>Sessão 0/ Inicial – Apresentação e consentimento</b>		
Data: 27/11/2024	Hora: 10h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva	Supervisionado por EESMP	
Destinatários: Adulto com Ansiedade	Duração da sessão: 30 minutos	
Definição: Apresentação individual/grupo e convite de participação no projeto		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consentimento informado livre e esclarecido</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer uma visão geral dos temas que serão abordados, promovendo desde o início a consciência e a participação ativa do participante</li> </ul>	Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clarificar o motivo e a necessidade de intervenção</li> <li>• Negociar a programação da realização da intervenção</li> </ul>	

<b>Sessão Inicial – Apresentação e consentimento</b>		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Introdução do participante à enfermeira e vice-versa Apresentação do programa ao participante	Expositiva Interativa	5 min.
Desenvolvimento	Explicação dos objetivos e os seus benefícios <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclarecimento do motivo e necessidade de intervenção</li> </ul> Consentimento informado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação e leitura do documento de consentimento informado livre e esclarecido.</li> </ul>	Expositiva Interativa	20 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Agendar a próxima sessão e saudações finais	Interrogativa Interativa	5 min.

## 1ª Sessão – Avaliação Inicial: Entrevista e Questionários de Avaliação

1ª Sessão – Avaliação Inicial: Entrevista e Questionários de Avaliação		
Data: 28/11/2024	Hora: 10h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 45 minutos
Definição: Aplicação individual de uma entrevista semiestruturada, do questionário de avaliação de conhecimento sobre a AF e a ansiedade, do questionário de avaliação do nível de AF e sedentarismo e do inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) e da escala de Sócrates		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista semiestruturada</li> <li>• Questionário de avaliação de conhecimento sobre atividade física e ansiedade</li> <li>• Questionário de avaliação do nível de atividade física e sedentarismo</li> <li>• Inventário de Estado de Ansiedade</li> <li>• Escala de Sócrates</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação inicial abrangente para diagnosticar o estado do participante em relação à ansiedade, AF e prontidão para a mudança de comportamento</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o conhecimento do participante sobre a relação entre a AF e a ansiedade</li> <li>• Avaliar os níveis atuais de AF e sedentarismo do participante</li> <li>• Avaliar o nível de ansiedade</li> <li>• Avaliar o nível de prontidão para a mudança de comportamento</li> </ul>

1ª Sessão – Avaliação Inicial: Entrevista e Questionários de Avaliação		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Introdução do tema neutro Breve revisão sobre o programa	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Conduzir a entrevista semiestruturada Aplicar o questionário de avaliação de conhecimento sobre AF e ansiedade Aplicar o questionário do nível de AF e sedentarismo Aplicar o Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) Aplicar a escala de Sócrates	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Agendar a próxima sessão e saudações finais	Interrogativa Interativa	10 min.

## 2ª Sessão – Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física

2ª Sessão – Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física		
Data: 29/11/2024	Hora: 10h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva	Supervisionado por tutor EESMP	
Destinatários: Adulto com Ansiedade	Duração da sessão: 45 minutos	
Definição: Aplicação individual do aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>Guias de Atividade Física imprimidos em folha A3 e plastificados</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a Atividade Física no adulto com ansiedade</li> </ul>	Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar a AF no adulto com ansiedade</li> <li>Reduzir ansiedade</li> <li>Reduzir o sedentarismo do adulto com ansiedade</li> <li>Identificar barreiras que impedem a adesão AF da pessoa com ansiedade</li> <li>Identificar os processos facilitadores que melhorem a adesão à AF da pessoa com ansiedade</li> <li>Aumentar a prontidão para a mudança de comportamento</li> </ul>	

2ª Sessão – Aconselhamento breve para a promoção da Atividade Física		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Explicar o propósito do aconselhamento breve para a promoção de AF Motivar a pessoa para a importância de AF	Expositiva Interativa	5 min.
Desenvolvimento	Níveis de AF	Guia AF a aplicar:	Expositiva Interativa
	Para utentes inativos que não consideram ainda começar a prática de AF (nível de AF = 0)	Auxiliar de Decisão - Apoiar a pessoa na identificação de razões relevantes para se tornar mais ativa fisicamente - Identificar barreiras e fatores facilitadores da prática de AF  Plano de Ação - Apoiar na implementação do novo comportamento, caso o utente esteja inclinado para iniciar a prática de AF, ajudando a traçar objetivos e a definir uma estratégia para os colocar em prática	
	Para utentes para quem a AF ainda não é um hábito, mas já com alguns indicadores de prática (irregular) (nível de AF ≤ 150 minutos por semana)	Auxiliar de Decisão - Apoiar a pessoa na identificação de razões relevantes para se tornar mais ativa fisicamente - Identificar barreiras e fatores facilitadores da prática de AF  Plano de Ação - Facilitar o desenvolvimento de um planeamento mais eficaz, incluindo a antecipação de situações que possam dificultar a prática e desenvolvimento de estratégias para as ultrapassar	
Para utentes que cumprem as recomendações, sugestões e estratégias para que o interesse pela prática possa manter-se (nível de AF ≥ 150 minutos de AF moderada por semana)	Plano de Manutenção - Facilitar o processo de automonitorização, essencial à manutenção da prática - Aumentar o interesse/ desafio envolvido na prática de AF, de modo a promover a manutenção ao longo do tempo - Tornar-se um “líder”, inspirando outros a praticar e simultaneamente aumentando o nível de compromisso para com a prática regular de AF		35 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Reafirmar a importância da AF Estabelecer um plano de acompanhamento do plano pré-estabelecido de forma presencial pelo menos uma vez por semana, Agendar a próxima sessão e saudações finais	Interrogativa Interativa	5 min.

### 3ª Sessão – A importância da Atividade Física

3ª Sessão – A importância da AF		
Data: 03/12/2024	Hora: 10h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos</li> <li>• Recursos para atividades interativas</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador)</li> <li>• Sala e cadeiras</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a AF</li> <li>• Informar os participantes sobre os benefícios da AF</li> <li>• Identificar barreiras comuns à prática de AF</li> <li>• Promover a motivação para a inclusão da AF na rotina diária</li> </ul>

3ª Sessão – A importância da AF		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Explicar brevemente o objetivo das sessões de psicoeducação Clarificar os objetivos geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas expectativas e experiências anteriores com a atividade física.	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	- Benefícios da prática regular AF Apresentar os benefícios físicos (ex: melhoria da condição cardiovascular, força muscular) Discutir os benefícios mentais e emocionais (ex: redução de sintomas de ansiedade e depressão) - Identificar as barreiras à prática da AF Identificar barreiras comuns (ex: falta de tempo, motivação e recursos) Solicitar aos participantes que compartilhem as barreiras pessoais - Motivação e planeamento Discutir estratégias para superar barreiras Explicar a importância do planeamento e estabelecimento de metas realistas Apresentar exemplos de atividade física que podem incluir na rotina diária	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Visualização do vídeo "Avô estrela de natal". Sugerir que os participantes reflitam sobre as possíveis motivações para a realização de atividade física e solicitar que escrevam num papel A3 de cartolina. Solicitar aos participantes para refletirem como incorporam a AF na vida diária para partilharem na sessão seguinte. Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 4ª Sessão – Introdução ao Pilates

4ª Sessão – Introdução ao Pilates		
Data: 05/12/20224	Hora: 10h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de teórico-prática em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>Colchões</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover a AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar os princípios básicos de Pilates</li> <li>Informar os participantes sobre os benefícios de Pilates Clínico</li> <li>Promover a motivação para a inclusão da AF na rotina diária</li> <li>Fomentar a autonomia na prática de Pilates Clínico</li> </ul>

4ª Sessão – Introdução ao Pilates		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Apresentar os objetivos geral e específico da sessão. Breve contextualização sobre a história de Pilates Clínico.	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Ativação dos Músculos Estabilizadores Profundos <ul style="list-style-type: none"> <li>Flexores profundos cervicais: instrução para posicionar a cabeça e o pescoço corretamente e realizar movimentos suaves de flexão cervical, enfatizando o controlo motor.</li> <li>Multífidos: orientação para ativação subtil destes músculos na região lombar enquanto os participantes permanecem em decúbito dorsal.</li> <li>Conjugação da respiração torácica lateral: demonstração de como coordenar a respiração com os movimentos, promovendo a ativação do diafragma e a estabilidade do tronco.</li> </ul> Sequência de Exercícios em Diferentes Posições <ul style="list-style-type: none"> <li>Decúbito dorsal: movimentos como "recolher abdominal" (<i>pelvic tilt</i>) e exercícios de estabilização, para fortalecer a musculatura abdominal profunda.</li> <li>Decúbito lateral: elevação controlada da perna, promovendo a ativação dos músculos do quadríceps e a estabilidade pélvica.</li> <li>Sentado: rotações do tronco, enfatizando a postura e a mobilidade, com controle respiratório.</li> <li>Em pé: realização de exercícios como o "roll-down" para mobilidade vertebral, concluindo com movimentos de equilíbrio e coordenação.</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Realçar como os princípios aprendidos podem ser integrados em atividades do dia a dia. Apresentar o compromisso de replicar os exercícios autonomamente, especialmente em dias de chuva ou em contextos limitados. Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 5ª Sessão – A AF na rotina diária

5ª Sessão – A AF na rotina diária		
Data: 06/12/20224	Hora: 10h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos</li> <li>• Recursos para atividades interativas</li> <li>• Equipamento para apresentações (projetor, computador)</li> <li>• Sala e cadeiras</li> <li>• Colchões</li> <li>• Cronómetro</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a AF</li> <li>• Fornecer informações sobre os tipos de AF</li> <li>• Auxiliar os participantes a planejar uma rotina com AF</li> <li>• Incentivar a automonitorização e manutenção da prática regular de atividade física</li> <li>• Demonstrar e praticar algumas AF simples que podem ser incorporadas no dia-a-dia</li> </ul>

5ª Sessão – A AF na rotina diária		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Recapitular brevemente os pontos principais da sessão anterior Apresentar os objetivos geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas reflexões desde a última sessão e partilhar qualquer tentativa de incorporar a AF na sua rotina	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Tipos de atividades físicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar diferentes tipos de atividades físicas (ex: aeróbias, anaeróbias, alongamento)</li> <li>• Apresentar exemplos práticos e simples para serem realizados no quotidiano.</li> </ul> Planear uma rotina <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudar os participantes a planejar uma rotina de AF adaptada às suas necessidades e limitações.</li> <li>• Discutir a importância de estabelecer metas realistas e progressivas</li> <li>• Fornecer ferramentas para automonitorização (ex: diários de atividade, pedímetro, etc)</li> </ul> Manutenção e Motivação <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar estratégias para manter a motivação (encontrar um amigo que acompanhe)</li> <li>• Discutir a importância da automonitorização e ajustes conforme necessário</li> </ul> Prática de AF/ Competição de desafios físicos (organizar pequenos grupos) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quem consegue manter a posição de prancha por mais tempo (cronometrar)?</li> <li>• Quem pode realizar mais agachamentos em 60 segundos?</li> <li>• Corrida no mesmo lugar em 3 minutos com a maior intensidade.</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Incentivar os participantes a implementar pelo menos uma nova AF nas suas rotinas diárias Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 6ª Sessão – Compreender a Ansiedade

6ª Sessão – Compreender a Ansiedade		
Data: 10/12/2024	Hora: 10h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras.</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a ansiedade</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar os participantes sobre os conceitos básicos de ansiedade</li> <li>• Identificar os sintomas comuns de ansiedade</li> <li>• Explorar fatores que contribuem para a ansiedade</li> </ul>

6ª Sessão – Compreender a ansiedade		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Clarificar o objetivo geral e específico da sessão Perguntar aos participantes sobre as suas expectativas e experiências anteriores com ansiedade	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Apresentar um testemunho fictício de um recluso com ansiedade Definição de ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar o que é ansiedade, diferenciar entre a ansiedade normal e a ansiedade patológica</li> <li>• Utilizar exemplos do quotidiano para ilustrar a diferença.</li> </ul> Sintomas de Ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar os sintomas físicos de ansiedade (ex: palpitações, suor excessivo, tremores) e emocionais (ex: preocupação excessiva, sensação de perigo iminente)</li> <li>• Solicitar aos participantes que compartilhem sintomas que eles ou conhecidos já tenham experimentado</li> </ul> Fatores contribuintes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar sobre os fatores que podem contribuir para a ansiedade, incluindo a genética, o ambiente, as experiências de vida e os desequilíbrios eletroquímicos do cérebro.</li> <li>• Abordar que o stress e a privação de sono podem agravar a ansiedade.</li> <li>• Solicitar aos participantes que partilhem em grupo possíveis fatores de ansiedade.</li> </ul> Dinâmica de grupo "Reconhecer a Ansiedade e usar o movimento" <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organize os participantes em pequenos grupos de 3 pessoas para facilitar a interação e a partilha de ideias.</li> <li>• Apresentar a cada um dos grupos cenários fictícios que podem causar ansiedade, incentivando os participantes a refletirem sobre as sensações e tensões associadas. Exemplos de cenários: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ "Estás prestes a falar em público e sentes o coração a acelerar."</li> <li>○ "Acabaste de receber uma notícia preocupante e não consegues parar de pensar nela."</li> <li>○ "Estás numa situação de espera prolongada e comesças a sentir-te inquieto."</li> </ul> </li> <li>• Cada grupo analisa um dos cenários apresentados e propõe movimentos simples ou estratégias de atividade física que poderiam ajudar a aliviar os sintomas de ansiedade.</li> <li>• Cada grupo apresenta as suas sugestões de movimentos ao restante dos participantes, explicando de que forma acreditam que essas estratégias podem contribuir para reduzir os efeitos da ansiedade.</li> </ul>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Sugerir aos participantes que observem e anotem qualquer sintoma de ansiedade que experimentem até à próxima sessão Sugerir que reflitam sobre possíveis gatilhos de ansiedade nas suas vidas Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 7ª Sessão – Gerir a Ansiedade

7ª Sessão – Gerir a Ansiedade		
Data: 11/12/2024	Hora: 14h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de psicoeducação em grupo		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Material didático como slides, vídeos e folhetos informativos;</li> <li>• Recursos para atividades interativas;</li> <li>• Equipamento para apresentações (projektor, computador);</li> <li>• Sala e cadeiras.</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o conhecimento sobre a ansiedade</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer informações sobre estratégias de autocontrolo de ansiedade</li> <li>• Informar sobre opções de tratamento e recursos disponíveis</li> </ul>

7ª Sessão – Gerir a ansiedade		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Recapitular brevemente os pontos principais da 3ª Sessão Perguntar aos participantes sobre as suas observações e reflexões desde a última sessão Acolher qualquer comportamento voluntário de experiências ou insights. Apresentar o objetivo geral e específico da sessão	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Estratégias para gerir a ansiedade <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de respiração: respiração profunda e diafragmática</li> <li>• Relaxamento Muscular Progressivo</li> <li>• <i>Mindfulness</i> e meditação</li> <li>• Terapias Psicológicas, exemplo, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC)</li> <li>• Medicação: tipos comuns de medicamentos prescritos para ansiedade e seus benefícios e riscos.</li> <li>• Atividade física regular</li> <li>• Abordar a importância do autocuidado e os estilos de vida saudáveis (alimentação, sono, etc)</li> </ul> Solicitar a cada um dos participantes que executem um dos exercícios de Pilates Clínicos que mais gostaram na sessão nº 4.	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Após completar os exercícios, organizar uma roda de conversa e pergunte:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ "Como se sentiram durante os movimentos?"</li> <li>○ "Acharam fácil ou difícil sincronizar a respiração com o movimento?"</li> <li>○ "Conseguem imaginar utilizar estes exercícios em momentos de maior ansiedade?"</li> </ul> </li> <li>• Sugerir aos participantes que incorporem alguns movimentos de Pilates Clínico no dia-a-dia, como:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antes de uma situação stressante.</li> <li>○ Durante momentos de espera (ex.: numa fila ou numa sala de espera).</li> <li>○ Ao final do dia para relaxar antes de dormir.</li> </ul> </li> </ul> Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Permitir as discussões finais Perguntar aos participantes sobre quais as estratégias que eles acham mais úteis ou estão interessados em experimentar. Incentivar os participantes em colocar pelo menos uma estratégia para gerir a ansiedade no dia-a-dia. Distribuir materiais escritos que expliquem as técnicas. Alertar sobre a importância de procurar ajuda profissional caso a pessoa não seja capaz de autocontrolar a ansiedade Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min

## 8ª Sessão – Pilates – Progressão dos Princípios Básicos

8ª Sessão – Pilates – Progressão dos Princípios Básicos		
Data: 11/12/20224	Hora: 14h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EEESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 60 minutos
Definição: Desenvolvimento da sessão de teórico-prática em grupo		
Materiais: Colchões		
Objetivo geral: Promover a AF		Objetivos específicos: - Consolidar os princípios básicos de Pilates apreendidos na sessão 4 - Introduzir exercícios de maior complexidade e variedade - Promover o controlo postural em situações funcionais - Incentivar a autonomia e a repetição consistente dos exercícios - Incrementar os benefícios para o bem-estar geral

8ª Sessão – Pilates – Progressão dos Princípios Básicos		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa aos participantes Apresentar os objetivos geral e específico da sessão. Breve revisão da sessão nº4.	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	<p>Ativação dos Músculos Estabilizadores Profundos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Flexores profundos cervicais:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Instrução para realizar movimentos suaves de flexão cervical, com foco no controlo motor e na estabilidade do pescoço.</li> <li>Integração do movimento com a respiração, garantindo uma ativação eficaz e consciente.</li> </ul> </li> <li>Multífidos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientação para contrações subtis da musculatura lombar, com os participantes em decúbito dorsal, mantendo a coluna em posição neutra.</li> <li>Realce da importância de evitar a sobrecarga de músculos superficiais.</li> </ul> </li> </ul> <p>Conjugação da respiração torácica lateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prática guiada da respiração torácica, com expansão lateral das costelas, promovendo uma base estável para a execução dos exercícios subsequentes.</li> </ul> <p>Sequência de Exercícios em Diferentes Posições</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Decúbito dorsal:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Recolher abdominal (<i>pelvic tilt</i>): Movimentos suaves de inclinação da pelve, sincronizados com a respiração, para ativar o transversos do abdómen.</li> <li>Flexões abdominais controladas: Subida do tronco até a altura dos ombros, com foco em manter a estabilidade pélvica e a respiração coordenada.</li> <li>Pontes de glúteos: Elevação da pelve, mantendo a ativação dos isquiotibiais e glúteos, promovendo a estabilidade lombar.</li> </ul> </li> <li>Decúbito lateral:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Elevação da perna superior: Movimentos controlados para ativar o glúteo médio e melhorar a estabilidade pélvica.</li> <li>Adutor com resistência: Com a perna inferior, realizar movimentos para ativação dos adutores.</li> </ul> </li> <li>Sentado:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Rotações do tronco: Movimentos lentos de rotação, sincronizados com a respiração, com ênfase no alongamento axial e na postura ereta.</li> <li>Flexões laterais: Alongamentos controlados para promover a mobilidade da coluna lateralmente, mantendo o controlo muscular.</li> </ul> </li> <li>Em pé:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Roll-down: Exercício para mobilidade vertebral, descendo vértebra por vértebra, com retorno igualmente controlado.</li> <li>Flexões de braços contra a parede: Promovem a força do core e dos membros superiores, mantendo a estabilidade do tronco.</li> <li>Exercícios de equilíbrio dinâmico: Apoio em um pé e movimentos suaves com a perna livre, desafiando a estabilidade e a coordenação.</li> </ul> </li> </ul> <p>Exercícios finais de alongamento e flexibilidade.</p>	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Incentivar os participantes a formular as questões finais Realçar como os princípios aprendidos podem ser integrados em atividades do dia a dia. Apresentar o compromisso de replicar os exercícios autonomamente, especialmente em dias de chuva ou em contextos limitados. Entregar o questionário de feedback da sessão e solicitar o preenchimento Agendar a próxima sessão e saudações finais.	Interrogativa Interativa	10 min.

## 9ª Sessão – Avaliação dos Resultados

9ª Sessão – Avaliação dos resultados		
Data: 12/12/2024	Hora: 10h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva		Supervisionado por tutor EESMP
Destinatários: Adulto com Ansiedade		Duração da sessão: 45 minutos
Definição: Aplicação individual do questionário de avaliação de conhecimento sobre a AF e a ansiedade, do questionário de avaliação do nível de AF e sedentarismo, do inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) e da escala de Sócrates		
Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionário de avaliação de conhecimento sobre atividade física e ansiedade</li> <li>• Questionário de avaliação do nível de atividade física e sedentarismo</li> <li>• Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y)</li> <li>• Escala de Sócrates</li> </ul>		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma avaliação final abrangente para medir o progresso do participante em relação à ansiedade e AF</li> </ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar qualquer mudança no conhecimento do participante sobre a relação entre a AF e a ansiedade</li> <li>• Avaliar as mudanças nos níveis de AF e sedentarismo do participante</li> <li>• Avaliar a evolução do nível de ansiedade</li> <li>• Avaliar o nível de prontidão para a mudança de comportamento</li> </ul>

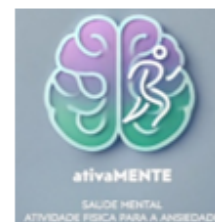
9ª Sessão – Avaliação dos resultados		Metodologia	Duração
Introdução	Saudação calorosa ao participante Introdução do tema neutro Breve revisão sobre o projeto	Expositiva Interativa	10 min.
Desenvolvimento	Aplicar o questionário de avaliação de conhecimento sobre AF e ansiedade Aplicar o questionário do nível de AF e sedentarismo Aplicar o Inventário de Estado de Ansiedade (STAI-Y) Aplicar a escala de Sócrates	Expositiva Interativa	40 min.
Conclusão	Realizar o resumo da sessão Permitir questões finais Saudação final	Interrogativa Interativa	10 min.

## Inquérito de Avaliação das Sessões

Inquérito de avaliação da sessão

1. Como avaliaria a clareza das informações apresentadas durante as sessões?
    - ( ) Muito clara
    - ( ) Clara
    - ( ) Razoavelmente clara
    - ( ) Pouco clara
    - ( ) Nada clara
  
  2. A sessão correspondeu às suas expectativas?
    - ( ) Totalmente
    - ( ) Parcialmente
    - ( ) Neutro
    - ( ) Pouco
    - ( ) Nada
  
  3. Considera os temas abordados relevantes para o seu contexto?
    - ( ) Muito relevantes
    - ( ) Relevantes
    - ( ) Pouco relevantes
    - ( ) Nada relevantes
  
  4. Sentiu-se à vontade para fazer perguntas e interagir durante a sessão?
    - ( ) Sim, totalmente à vontade
    - ( ) Sim, em parte
    - ( ) Não muito
    - ( ) Não, de forma alguma
  
  5. Em que medida as informações recebidas podem ser aplicadas na sua vida diária?
    - ( ) Muito aplicáveis
    - ( ) Aplicáveis
    - ( ) Pouco aplicáveis
    - ( ) Nada aplicáveis
  
  6. Que sugestões tem para melhorar futuras sessões de psicoeducação?
- 

Obrigada por participar.



## Sessão “ativaMente & Arte da Calma”

<b>10ª Sessão – “Movimento e Serenidade: Combinação de Atividade Física, Relaxamento e Mindfulness”</b>		
Data: 15/12/2024	Hora: 14h30	Local: Estabelecimento Prisional
Realizado por: Aluna Helena Silva & Mariana Nina	Supervisionado por tutor EEESMP	
Destinatários: Adultos com Ansiedade	Duração da sessão: 60 minutos	
Definição: União do programa ativaMente e Arte da Calma		
Materiais: Sala, Cadeiras, Lanche, Aparelhagem e música		
Objetivo geral: <ul style="list-style-type: none"><li>Promover a integração de abordagens complementares, combinando atividade física, técnicas de relaxamento e <i>mindfulness</i> para capacitar os participantes na gestão do medo e da ansiedade, fortalecendo o bem-estar físico, emocional e social em um contexto colaborativo e motivador.</li></ul>		Objetivos específicos: <ul style="list-style-type: none"><li>Fomentar a interação entre os participantes através de atividades físicas e lúdicas, promovendo o fortalecimento de laços sociais e o trabalho em grupo.</li><li>Promover a consciência corporal e emocional, integrando técnicas de <i>mindfulness</i> em movimento e relaxamento, para desenvolver a presença no momento atual e a redução da ansiedade.</li><li>Reforçar a importância de práticas de respiração e relaxamento guiado, oferecendo ferramentas práticas para a gestão do stress e do medo no quotidiano.</li><li>Demonstrar como a atividade física pode ser usada como estratégia de autocuidado, combinando movimentos dinâmicos e exercícios de baixo impacto com técnicas de relaxamento.</li><li>Estimular a reflexão sobre os ganhos pessoais e coletivos adquiridos ao longo dos programas, criando um espaço para partilha e valorização dos esforços e progressos dos participantes.</li><li>Celebrar o percurso dos participantes nos programas, reforçando a continuidade das práticas aprendidas como um hábito de vida saudáveis.</li></ul>

<b>10ª Sessão - Movimento e Serenidade: Atividade Física, Relaxamento e Mindfulness</b>		<b>Metodologia</b>	<b>Duração</b>
Introdução	Saudação calorosa ao grupo. Explicação do propósito da sessão conjunta. Breve revisão sobre os objetivos e ganhos dos programas anteriores.	Expositiva Interativa	5 min
Aquecimento Físico	Alongamentos dinâmicos com música, sincronizados com respirações profundas. Movimentos leves para descontração inicial.	Demonstrativa Interativa	10 min
Mindfulness em Movimento	Caminhada consciente no espaço, focando na atenção plena ao corpo, respiração e movimentos. Reflexão curta sobre a experiência.	Demonstrativa Interativa	10 min
Atividade Física Lúdica e Cooperativa	Jogo colaborativo ("Círculo de energia"), com criatividade e interação social. Finalização com alongamentos leves e feedback verbal dos participantes.	Demonstrativa Interativa	15 min
Respiração e Relaxamento Guiado	Prática de respiração 4-7-8, seguida de relaxamento muscular progressivo e visualização guiada de um "lugar seguro".	Interativa Lúdica	10 min
Encerramento Reflexivo e Motivacional	Roda de partilha sobre os conhecimentos partilhados e os ganhos em saúde. Breve prática de gratidão guiada. Momento musical (" <i>Feliz Navidad</i> ") e lanche com bolo.	Interrogativa Interativa	10 min

**ANEXO IV – PLANEAMENTO DE SESSÕES - ESTUDO DE CASO**

**Tabela 38 – Iniciação: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional**

Tema		Sessão 1: Iniciação				
Data	03/12/2024	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Cliente	"T."					
Enfermeiro/a	Helena Salgado					
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Caracterizar os diagnósticos de enfermagem</li> <li>❖ Explicar em que consiste a relação de ajuda, a sua duração e o número de sessões previstas</li> <li>❖ Definir objetivos e avaliar as expectativas</li> <li>❖ Orientar para a importância da participação ativa do utente</li> </ul>					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Acolher a cliente de forma acolhedora e empática, estabelecendo uma atmosfera de confiança</li> <li>➤ Fazer um breve resumo da sessão anterior (entrevista clínica).</li> <li>➤ Explicar o funcionamento da primeira sessão e os objetivos da mesma</li> </ul>				
Desenvolvimento	40min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relembrar o contrato terapêutico abordando sinteticamente a RAP, seus objetivos, duração e número de sessões bem como a clarificação dos papéis dos intervenientes</li> <li>➤ Validar as emoções da cliente enquadrando-as no diagnóstico de enfermagem selecionado.</li> <li>➤ Explorar os fatores que concorrem para o diagnóstico e os fatores protetores</li> <li>➤ Identificar recursos internos que a cliente já possui para regular as suas emoções</li> <li>➤ Sugerir trabalho de casa reforçando a importância da participação ativa da cliente no seu processo cuidativo</li> <li>➤ Capacitar a cliente para a prática da respiração consciente.</li> </ul>				
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Resumir os principais pontos discutidos durante a sessão, reforçando os insights e estratégias identificados</li> <li>➤ Oferecer à cliente a oportunidade de fazer quaisquer perguntas adicionais ou expressar quaisquer preocupações não abordadas.</li> <li>➤ Propor um plano de acompanhamento, fornecendo estrutura e continuidade para o trabalho terapêutico futuro.</li> <li>➤ Obter feedback relativamente à forma como se sentiu durante a sessão.</li> <li>➤ Agendar a próxima sessão</li> <li>➤ Terminar a sessão.</li> </ul>				

**Tabela 39 – Exploração: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional**

Tema	Sessão 2: Exploração					
Data	05/12/2024	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Cliente	"T."					
Enfermeiro/a	Helena Salgado					
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Continuar a construção da relação de confiança e rapport entre enfermeiro - utente</li> <li>❖ Identificar recursos que a cliente utiliza para gerir as suas dificuldades emocionais e promover o seu bem-estar geral</li> <li>❖ Explorar estratégias de resolução de problemas</li> <li>❖ Selecionar uma pessoa de referência</li> </ul>					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cumprimentar a cliente de forma acolhedora e empática, reforçando a atmosfera de confiança</li> <li>➤ Breve revisão da sessão anterior para estabelecer continuidade</li> <li>➤ Explicar que esta sessão se concentrará na exploração mais aprofundada das estratégias para enfrentar o problema</li> <li>➤ Convidar a cliente a partilhar expectativas que tenha para a sessão ou preocupação que possa ter em relação ao processo de aconselhamento</li> </ul>				
Desenvolvimento	40min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explorar os recursos e estratégias que a cliente já utiliza para expressar e regular as suas emoções</li> <li>➤ Validar e reforçar positivamente os recursos que a cliente já possui</li> <li>➤ Avaliar a eficácia dessas estratégias, identificando quais têm sido úteis e quais podem precisar ser ajustadas</li> <li>➤ Orientar na procura de novas estratégias para lidar com o problema</li> <li>➤ Identificar os obstáculos potenciais que o cliente possa enfrentar ao longo do caminho e discutir estratégias para superá-los</li> <li>➤ Selecionar uma pessoa significativa para oferecer apoio durante a implementação das estratégias</li> <li>➤ Desenvolver um plano de ação que inclua etapas específicas para alcançar as suas metas</li> </ul>				
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recapitular os principais temas discutidos durante a sessão, incluindo as questões exploradas e os recursos identificados</li> <li>➤ Rever as metas estabelecidas durante a sessão e o plano de ação desenvolvido para alcançá-las</li> <li>➤ Dar ao utente a oportunidade de dar feedback sobre a sessão; esclarecer questões relativamente ao processo terapêutico</li> <li>➤ Agendar a próxima sessão</li> <li>➤ Terminar a sessão, acompanhando a utente à porta e despedindo-se formalmente.</li> </ul>				

**Tabela 40 – Capacitação: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional**

Tema	Sessão 3: Capacitação				
Data	06/12/2024	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local: Gabinete clínico
Cliente	"T."				
Enfermeiro/a	Helena Salgado				
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Analisar os recursos do indivíduo para a implementação das estratégias selecionadas</li> <li>❖ Orientar sobre a implementação das estratégias</li> <li>❖ Preparar para as dificuldades em contexto real</li> <li>❖ Analisar o potencial de sucesso</li> <li>❖ Orientar para estratégias alternativas.</li> </ul>				
	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos</b>			
Introdução	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cumprimentar a cliente de forma acolhedora e empática, reforçando a atmosfera de confiança</li> <li>➤ Realizar breve revisão da sessão anterior para estabelecer continuidade</li> <li>➤ Explicar que esta sessão se concentrará na capacitação (capacitar para a mudança) das estratégias para enfrentar o problema</li> <li>➤ Convidar a cliente a compartilhar expectativa específica para a sessão ou preocupação que possa ter em relação ao processo de aconselhamento</li> </ul>			
Desenvolvimento	40min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Exploração dos recursos pessoais do cliente, como habilidades, experiências passadas, redes de suporte, etc.</li> <li>➤ Identificação das estratégias selecionadas para enfrentar os desafios</li> <li>➤ Discussão sobre como potencializar o uso dos recursos disponíveis</li> <li>➤ Antecipação e preparação para possíveis obstáculos ou dificuldades durante a implementação de estratégias</li> <li>➤ Avaliação do potencial de sucesso com as estratégias propostas</li> <li>➤ Exploração e orientação para estratégias alternativas, caso necessário</li> <li>➤ Manter suporte emocional</li> </ul>			
Conclusão	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Recapitular os principais temas discutidos e das estratégias propostas.</li> <li>➤ Elogiar e reconhecer os esforços e insight do cliente.</li> <li>➤ Explicar as próximas etapas e como o cliente pode continuar a trabalhar nas estratégias definidas.</li> <li>➤ Dar ao utente a oportunidade de dar feedback sobre a sessão; esclarecer questões relativamente ao processo terapêutico</li> <li>➤ Agendar a próxima sessão</li> <li>➤ Terminar a sessão, acompanhando a utente à porta e despedindo-se formalmente.</li> </ul>			

**Tabela 41 – Instrução e Treino: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional**

Tema	Sessão 4: Instrução e Treino				
Data	10-12-2024	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local Gabinete clínico
Cliente	"T."				
Enfermeiro/a	Helena Salgado				
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Continuar a construção da relação de confiança e rapport entre enfermeiro - cliente</li> <li>❖ Verificar se as estratégias apresentadas nas sessões anteriores estão bem incorporadas nas rotinas da cliente e de que forma impactam a gestão das suas dificuldades emocionais e promoção do seu bem-estar geral</li> <li>❖ Introduzir e praticar a escrita terapêutica como instrumento terapêutico</li> </ul>				
	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos</b>			
<i>Introdução</i>	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cumprimentar a cliente de forma acolhedora e empática, reforçando a atmosfera de confiança</li> <li>➤ Convidar a cliente a partilhar as dificuldades e/ou ganhos sentidos com as estratégias definidas nas sessões anteriores</li> <li>➤ Breve revisão da sessão anterior para estabelecer continuidade e confirmar a boa execução da técnica da respiração consciente</li> <li>➤ Explicar os benefícios da escrita terapêutica como recurso terapêutico eficaz</li> </ul>			
<i>Desenvolvimento</i>	40min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Colocar em prática a escrita terapêutica</li> <li>➤ Explorar as emoções e sentimentos evocados pela cliente pelo exercício da escrita terapêutica.</li> <li>➤ Validar e reforçar positivamente os recursos que a cliente já possui e os benefícios adquiridos pela introdução das diferentes estratégias trabalhadas nas diferentes sessões</li> </ul>			
<i>Conclusão</i>	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rever as estratégias aprendidas e praticadas e convidar a cliente a incorporá-las no seu dia-a-dia</li> <li>➤ Dar à cliente a oportunidade de dar feedback sobre a sessão; esclarecer questões relativamente ao processo terapêutico</li> <li>➤ Preparar a cliente para última sessão, agendando-a.</li> <li>➤ Terminar a sessão, acompanhando a cliente à porta e despedindo-se formalmente.</li> </ul>			

**Tabela 42 – Conclusão: Estudo de Caso no Estabelecimento Prisional**

Tema	Sessão 5: Conclusão				
<b>Data</b>	12-12-2024	<b>Horário</b>	Início: 10:00	Fim: 11:00	<b>Local</b> Gabinete clínico
<b>Cliente</b>	"T."				
<b>Enfermeiro/a</b>	Helena Salgado				
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rever as necessidades da utente no início da intervenção psicoterapêutica;</li> <li>• Avaliar os resultados obtidos;</li> <li>• Verificar se foram atingidos os objetivos e expectativas da utente e orientar;</li> <li>• Preparar a agenda das estratégias a implementar de acordo com os recursos;</li> <li>• Verificar a capacitação do utente;</li> <li>• Promover a reflexão através da avaliação final da intervenção psicoterapêutica –Relação de Ajuda Profissional</li> </ul>				
	<b>Duração</b>	<b>Conteúdos</b>			
<b>Introdução</b>	10min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento da cliente;</li> <li>• Quebra-gelo com recurso a tema neutro;</li> <li>• Explicar o objetivo da quinta sessão;</li> <li>• Realizar breve resumo da sessão anterior.</li> </ul>			
<b>Desenvolvimento</b>	40min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar com a utente um resumo das estratégias encontradas durante o percurso das sessões;</li> <li>• Refletir com a utente sobre as dificuldades sentidas na implementação das estratégias;</li> <li>• Elaborar plano de atividades para o futuro;</li> <li>• Avaliar expectativas e objetivos do início das sessões e qual a perceção da utente na última sessão;</li> <li>• Solicitar á utente uma autoavaliação do percurso, explorando as suas preocupações com o futuro;</li> <li>• Dar feedback positivo á utente pelo seu percurso durante a intervenção;</li> </ul>			
<b>Conclusão</b>	5min	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obter avaliação da utente sobre os benefícios da terapia e sobre a implementação da intervenção;</li> <li>• Clarificar todas as dúvidas existentes, abrindo espaço para que as exponha;</li> <li>• Terminar a sessão, acompanhando-o à porta, com cumprimento de despedida formal.</li> </ul>			