



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções psicoeducativas do Enfermeiro
Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no
controlo da ansiedade, tendo por base o
Mindfulness**

Rita Isabel Nabais Marques

Orientação: Professor Doutor Raul Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Intervenções psicoeducativas do Enfermeiro
Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no
controlo da ansiedade, tendo por base o
Mindfulness**

Rita Isabel Nabais Marques

Orientação: Professor Doutor Raul Cordeiro

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Lara Manuela Guedes de Pinho

Orientador: Raul Alberto Carrilho Cordeiro

Setúbal, 2023

“Give yourself permission to allow this moment to be exactly
as it is, and allow yourself to be exactly as you are.”

Jon Kabat-Zin

AGRADECIMENTOS

Este é um caminho que não se faz sozinho e por isso expresso a minha gratidão às pessoas que me ajudaram a percorrê-lo.

À minha família, por estar sempre presente em todos os momentos, pelas palavras encorajadoras, por compreenderem os meus momentos de ausência. À minha mãe e irmã, por nunca deixarem que nada me faltasse e pelas refeições caseiras e aconchegantes. À minha sobrinha, pelo seu sorriso e momentos de brincadeira que me davam alegria para continuar.

Ao Nuno, que é o meu amor e porto seguro, pelas lágrimas que me limpou, aquele que não me deixa cair e onde sei que há espaço para poder ser eu.

À Marta, pelos conselhos, por ouvir os meus receios, pelos momentos de alegria, por me ajudar neste caminho.

À Raquel e à Ângela, sempre presentes para me ouvir, pela compaixão, pela motivação, pela amizade, pelo carinho e pelos momentos de riso e de descontração.

À Paula, à Sandra e à Vanessa, colegas de mestrado e amigas, unidas desde o primeiro dia, que me acarinham e me deram sempre força para continuar.

Aos profissionais das equipas que me acompanharam neste caminho, em especial aos Enfermeiros Orientadores, pela disponibilidade de ensinar e de aprender e por me ajudarem a construir este percurso e me guiarem para que o aproveitasse da melhor forma.

Ao professor Raul Cordeiro, por me orientar neste percurso.

RESUMO

As perturbações de saúde mental afetam milhões de pessoas no mundo. As mais prevalentes são as perturbações de ansiedade, que podem ser incapacitantes para a pessoa e afetar a satisfação das suas atividades de vida diária. A atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica é fundamental na prevenção das mesmas e na implementação de intervenções de tratamento eficazes.

No presente relatório, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica dá enfoque às intervenções psicoeducativas no controlo da ansiedade tendo como base o *Mindfulness*. Este pretende refletir sobre o percurso desenvolvido para a aquisição de competências de Mestre e das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Baseia-se na Metodologia Projeto utilizando a Revisão Integrativa da Literatura como recurso para reunir evidência científica atual e produzir uma proposta de cuidados para posterior implementação no Estágio Final. Esta metodologia de trabalho permitiu-nos atingir os objetivos definidos.

Palavras-chave: Ansiedade, *Mindfulness*, Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT

Mental health disorders affect millions of people worldwide. The most prevalent are anxiety disorders, which can be incapacitating for individuals and impact their satisfaction with daily life activities. The role of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing is essential to prevent these disorders and implement effective treatment interventions.

In this report, the intervention of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing focuses on psychoeducational interventions for anxiety control, based on Mindfulness. This aims to reflect on the journey undertaken to acquire Master's level competencies and the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing. It is based on the Project Methodology, using an Integrative Literature Review to gather current scientific evidence and produce a care proposal for subsequent implementation in the Final Internship. This working methodology enabled us to achieve the defined objectives.

Key Words: Anxiety, Mindfulness, Mental Health, Psychiatric Nursing

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Resumo do Artigo Científico	99
APÊNDICE 2 - Sessão nº1: Ansiedade – Todos vivemos.....	101
APÊNDICE 3 - Sessão nº2: Introdução ao <i>Mindfulness</i> – “Desligar o Piloto Automático”	106
APÊNDICE 4 - Sessão nº3: <i>Mindfulness</i> – “Ter em Mente o Corpo”	110
APÊNDICE 5 - Sessão nº4: <i>Mindfulness</i> – “O rato no labirinto”	115
APÊNDICE 6 - Sessão nº5: <i>Mindfulness</i> – “Quando é que deixou de dançar”	120
APÊNDICE 7 - Questionário de Avaliação das sessões do programa de intervenção e Resultados obtidos	125
APÊNDICE 8 - Sessão de Relaxamento.....	131
APÊNDICE 9 - Sessão Debate de São Martinho.....	135
APÊNDICE 10 - Sessão Debate sobre Saúde Mental	138
APÊNDICE 11 - Sessão Alimentação Saudável e Saúde Mental	141
APÊNDICE 12 – Autorização para utilização da Escala de Esperança de Herth	147

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Certificado de Curso de Formação Profissional de <i>Mindfulness</i>	150
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama PRISMA do processo metodológico da seleção dos artigos a incluir na RIL. ... 53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Ansiedade - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.	41
Quadro 2 - Formulação da questão de investigação de acordo com o acrónimo PICO.	51
Quadro 3 - Síntese dos estudos selecionados para a RIL.....	54
Quadro 4 - Programa de Intervenção psicoeducativa em grupo realizado pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o <i>Mindfulness</i>	58
Quadro 5 - Pontuação do Inventário de Ansiedade de Beck dos participantes na Entrevista Inicial do Projeto.....	66
Quadro 6 - Pontuação do Inventário de Ansiedade de Beck dos participantes na Entrevista Final do Projeto.....	66

LISTA DE ABREVIATURAS

nº - número

p. – página

LISTA DE SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática em Enfermagem

CBTm – Terapia Cognitivo-comportamental com *Mindfulness*

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CFT – *Compassion Focused Therapy*

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

EE- Enfermeiro Especialista

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

HDP – Hospital de Dia de Psiquiatria

JI- *Joanna Briggs Institute*

MBCT – *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

MBSR – *Mindfulness-Based Stress Reduction Program*

ME – Mestrado em Enfermagem

MeSH – *Medical Subject Headings*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática baseada na evidência


PPT - PowerPoint

RA – Relação de Ajuda

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica

TAG – Transtorno de Ansiedade Generalizada



Intervenções psicoeducativas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*

TCC – Terapia Cognitivo-comportamental

UC – Unidade Curricular

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

UT – Unidade de Transição

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	14
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	17
1.1. Pessoa com Ansiedade.....	17
1.2. Ansiedade como foco de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental	21
1.3. <i>Mindfulness</i> como intervenção no controlo da ansiedade.....	24
1.4. Modelo de Cuidados: Modelo de Sistemas de Betty Neuman	27
1.5. Relação de Ajuda em Enfermagem	29
2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	33
2.1. Estágio I	33
2.1.1. Atividades Desenvolvidas no Estágio I	35
2.2. Estágio Final.....	42
3. METODOLOGIA PROJETO	45
3.1. Diagnóstico da Situação	46
3.2. Definição dos Objetivos.....	48
3.3. Planeamento	50
3.4. Execução.....	57
3.5. Avaliação	64
3.6. Divulgação dos Resultados.....	67
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	69
4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e competências de Mestre	70
4.2. Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....	78
5. CONCLUSÃO	88
6. BIBLIOGRAFIA	90

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório de mestrado na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, é elaborado no âmbito do 6º Mestrado em Enfermagem (ME) em Associação entre Escolas Superiores de Enfermagem e Saúde, designadamente a Instituto Politécnico de Setúbal, Universidade de Évora em associação com o Instituto Politécnico de Beja, o Instituto Politécnico de Castelo Branco e o Instituto Politécnico de Portalegre.

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório Final, é pedido ao estudante a produção escrita deste documento, sendo que o mesmo consiste na análise crítica e reflexiva do percurso e atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. Pretende-se também que o processo de aprendizagem culmine na aquisição de competências, sendo estas, competências do grau académico de Mestre, presentes no Decreto-Lei 65/2018, competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), descritas no Regulamento nº 140/2019, e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), que se encontram no Regulamento n.º 515/2018.

Os estágios foram realizados em diferentes contextos. O Estágio I - num serviço de internamento de psiquiatria de agudos entre 16 de maio a 24 de junho de 2022. O Estágio Final - num Hospital de Dia de Psiquiatria, entre 19 de setembro de 2022 a 27 de janeiro de 2023.

A decisão de estudar as intervenções psicoeducativas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*, surgiu de um conjunto de motivações de nível profissional, pessoal e técnico-científico. Deste modo, no âmbito profissional, ao exercer funções num serviço de Medicina, é necessário obter e mobilizar conhecimentos na área da saúde mental, para que os cuidados sejam centrados na pessoa, onde as preferências, as necessidades e os valores (tanto da pessoa como da sua família), orientem os cuidados prestados. As pessoas a quem prestamos cuidados, por vezes, são diagnosticadas com doenças crónicas, condição que pode mudar as suas vidas e das respetivas famílias. Este tipo de patologias pode provocar consequências a nível físico, psicológico, social, culminando em alterações no grau de dependência e mudanças no estilo de vida. Para além disto, a pessoa alvo de cuidados e a família têm que se adaptar a esta transição do estado de saúde (Freitas & Mendes,

2007). No que concerne às consequências a nível psicológico, frequentemente, encontram-se associadas à ansiedade, devido aos desafios que a doença crónica pode provocar na gestão do dia-a-dia, decorrente do tratamento e de mudanças no estilo de vida (Sardinha et al., 2015). No âmbito pessoal, a preocupação relativa ao bem-estar da pessoa a quem prestamos cuidados é crescente, sendo que esta temática assume um papel de interesse a ser estudado. O interesse pelo *Mindfulness* surge no segundo semestre do primeiro ano deste mestrado, por praticarmos meditação e conhecermos os seus benefícios. No âmbito técnico-científico, a relevância da escolha da temática surge devido à pouca literatura existente, contudo em crescente desenvolvimento, e às necessidades identificadas nos locais de estágio. Com isto, no decorrer do percurso profissional e das vivências a nível pessoal, identificamos a ansiedade como um problema que se encontra cada vez mais presente no dia-a-dia das pessoas.

Atualmente, testemunhamos um aumento do número de pessoas com experiência de doença mental, especialmente em relação a perturbações depressivas, perturbações de ansiedade e demências. No que diz respeito às perturbações de ansiedade, segundo dados da Direção Geral de Saúde (DGS) (2017), estima-se que, mundialmente, 3,6% da população sofra com as mesmas. Na última década, as principais causas de incapacidade, morbilidade e morte prematura encontram-se intrinsecamente ligadas a alterações na saúde mental. Desta forma, é necessário cada vez mais, serem implementadas medidas direcionadas não só para o tratamento deste tipo de perturbações, mas também para a sua prevenção eficaz (DGS, 2017). O tratamento das perturbações de ansiedade deve ser uma aliança entre a abordagem farmacológica e a não-farmacológica, sendo que a última se baseia em intervenções psicossociais e psicológicas que podem ser aplicadas pelo EEESMP, nomeadamente: intervenções psicoeducativas, técnicas de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e terapia de grupo/família (Towsend, 2011; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020).

Neste relatório, a intervenção do EEESMP foca-se nas intervenções psicoeducativas no controlo da ansiedade tendo como base o *Mindfulness*. A realização de intervenções psicoeducativas pelo EEESMP está sustentada e regulamentada na quarta competência do Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (2018), “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.” (p. 21427).

O referencial teórico escolhido foi a Teoria de Sistemas de Betty Neuman. Este modelo, enquanto referencial filosófico, teórico e conceptual, permite alargar a visão da enfermagem, sendo orientada para uma abordagem holística que incentiva a promoção da saúde, manutenção do bem-estar, prevenção e gestão de *stressores* (Neuman & Fawcett, 2011; Jukes & Spencer, 2007).

Neste sentido, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Elaborar o presente relatório de ME seguindo a metodologia de projeto para posterior prova pública perante júri;
- Desenvolver autoconsciência durante a relação terapêutica, através de atividades promotoras de desenvolvimento profissional e pessoal;
- Desenvolver intervenções em grupo de âmbito psicoeducativo que promovam o controlo da ansiedade tendo por base o *Mindfulness*;
- Avaliar reflexivamente a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre, EE e EEESMP no percurso deste Mestrado.

Estruturalmente, o presente relatório encontra-se organizado em cinco partes: a primeira parte diz respeito ao enquadramento conceptual, nomeadamente, a pessoa com ansiedade, a ansiedade como foco de intervenção do EEESMP, *Mindfulness* como intervenção no controlo da ansiedade, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a Relação de Ajuda (RA) em Enfermagem; a segunda parte retrata a caracterização dos locais de Estágio (Estágio I e Estágio Final), assim como os objetivos e as atividades desenvolvidas; na terceira parte é apresentada a Metodologia Projeto, referindo cada uma das suas etapas e a execução do projeto de intervenção no Estágio Final; a quarta parte corresponde à análise reflexiva acerca do desenvolvimento e aquisição das competências adquiridas, sendo dividida em 2 capítulos, onde apresentamos a reflexão crítica da aquisição de competências de EE e de competências de mestre e a reflexão crítica da aquisição e desenvolvimento de competências do EEESMP; por último, as considerações finais, onde se avalia o alcance dos objetivos propostos, bem como sugestões de melhoria para a prática de cuidados e contributos a nível pessoal e profissional.

Para citações em texto e referências bibliográficas, foi utilizado o modelo de referências bibliográficas APA, da American Psychological Association - 7ª edição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo são abordados os fundamentos teóricos que sustentam a problemática em estudo, sendo desenvolvidos os seguintes temas: pessoa com ansiedade, a ansiedade como foco de intervenção do EEESMP, *Mindfulness* como intervenção no controlo da ansiedade, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a RA em Enfermagem.

1.1. Pessoa com Ansiedade

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001), o conceito saúde engloba o bem-estar físico, mental e social e não significa apenas a ausência de doença. Quando existe um desequilíbrio numa destas vertentes, indica que a pessoa se encontra numa situação de doença. A OMS (2014) refere também que a saúde mental pode ser definida como um estado de bem-estar através do qual a pessoa reconhece o seu máximo potencial, é capaz de lidar com os desafios da vida, trabalha de forma produtiva e contribui para a sua comunidade. Para a pessoa ter saúde mental, deve ter a capacidade de “estabelecer relações ajustadas com o outro; Participar construtivamente com o meio e o ambiente; Resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos; Investir em realizações sociais” (Sequeira & Sampaio, 2020, p. 3). Segundo a OMS (2010, 2014), quando se fala de saúde mental, é importante ter em conta os seus determinantes, nomeadamente:

- Individuais - estratégias de *coping*, pensamento positivo, autoestima, esperança, alfabetização, autonomia, resiliência;
- Familiares - ambiente familiar, vinculação entre pais e filhos, apoio familiar;
- Sociais - apoio social, integração nos grupos da comunidade, adequação das estruturas sociais.

Sequeira & Sampaio (2020) definem doença mental como a “a desarmonia ou desequilíbrio da generalidade da organização da personalidade da pessoa, entendendo-se por personalidade os traços próprios e as características constituídas a partir dos fatores afetivos, relacionais, genéticos, biológicos, sociológicos, de aprendizagem, etc.” (p.4). Para que seja considerada doença, a

desarmonia ou desequilíbrio deve ser persistente ou recorrente, causando perturbação na funcionalidade da pessoa. Assim, a doença mental tem impacto na funcionalidade da pessoa, não só devido aos seus sintomas, mas também devido à discriminação impossibilitando, por vezes, a participação em atividades de lazer ou laborais (OMS, 2001). A doença mental não afeta apenas a pessoa que sofre com a mesma, mas também a sua família, resultando em consequências financeiras, psicológicas, restrição em atividades sociais e mudanças nas rotinas diárias (OMS, 2001).

Na Europa, cerca de 165 milhões de pessoas sofrem de algum tipo de doença do foro mental, sendo que a perturbação mental mais comum são as perturbações da ansiedade (Almeida & Xavier, 2013). Em Portugal, estas perturbações encontram-se em 6º lugar relativamente aos problemas de saúde que contribuem mais para a incapacidade (Conselho Nacional de Saúde [CNS], 2019). Com isto, sentimos a necessidade de direcionar a nossa intervenção para a pessoa com experiência de doença mental que sofre de ansiedade.

Todas as pessoas experienciam ansiedade ao longo da sua vida. A ansiedade pode ser sentida quando nos encontramos num evento importante (por exemplo: um exame, uma entrevista de emprego), ou quando percebemos que existe alguma ameaça ou perigo (por exemplo: acordar com sons estranhos durante a noite) (Rector et al, 2008). Esta é uma emoção normal que nos ajuda a ficar alerta, consciencializa-nos dos riscos e motiva-nos a resolver problemas (Rebelo & Carvalho, 2014). É considerada um mecanismo de defesa adaptativo e é essencial para a sobrevivência da pessoa, pois “impõe o indivíduo a tomar as medidas necessárias para evitar a ameaça ou reduzir suas consequências” (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017, p.388). A pessoa com ansiedade pode experimentar diferentes emoções, nomeadamente: tristeza, vergonha, fúria e culpa, assim como interesse, curiosidade e excitação.

Desde a antiguidade que se tenta encontrar uma definição para o conceito de ansiedade, principalmente após o século XX, sendo que Freud foi um dos grandes autores para a definição complexa do conceito, explicando-o do ponto de vista filosófico e psicanalítico (Rebelo & Carvalho, 2014). Pode ser definida como um sentimento desagradável, difuso e vago de apreensão, que é frequentemente acompanhado de outros sintomas como cefaleias, palpitações, desconforto abdominal, aperto no peito, inquietação, síncope, formigueiro, tremores, urgência urinária e hiperidrose (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997; Sadock, Sadock, Ruiz, 2017). De acordo com a

taxonomia CIPE (2019), a ansiedade é descrita como uma emoção negativa, caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

A ansiedade não patológica define-se como um alarme protetor que desencadeia respostas automáticas e imediatas que permitem que a pessoa se encontre preparada para agir em modo de defesa (Rebelo, & Carvalho, 2014). Segundo Townsend (2011), quando se encontra num nível baixo, pode ser uma motivação para que a pessoa desencadeie mudanças positivas, de forma a enfrentar os perigos existentes, adaptando-se a situações geradoras de tensão, nervosismos e preocupação, sem que exista algum prejuízo ou compromisso da qualidade de vida. Quando o perigo ou a ameaça real ou percebida deixa de existir, a ansiedade desaparece (Townsend, 2011). Esta, de acordo com Oliveira (2011), é considerada uma “reação natural e necessária ao corpo, quando em excesso, traz consequências comprometedoras para a vida do indivíduo” (p. 31). Neste sentido, a ansiedade torna-se um problema quando atinge níveis elevados e permanentes no organismo, mantendo a pessoa num estado de alerta constante, acabando por afetar a sua capacidade de viver o dia-a-dia, tornando-se assim patológica (Oliveira, 2011).

De acordo com a American Psychiatric Association (APA) (2014), as principais características do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) são a “ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar.” (p.190). Para além disto, a pessoa também experiencia sintomas físicos, sendo estes a “inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancas”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono” (APA, 2014, p.190). Os transtornos de ansiedade incluem: Transtorno de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Transtorno de ansiedade Social, Transtorno de Pânico, Agorafobia, TAG, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento e Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica (APA, 2014). Estes transtornos diferem entre si de acordo com as situações ou os objetos que induzem o medo, os comportamentos de fuga, a ansiedade e na associação realizada entre os mesmos (APA, 2014). Ainda não existem respostas claras para a razão de algumas pessoas desenvolverem transtornos de ansiedade, contudo, existe uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e experiências de vida desafiadoras, que podem ser geradores dos mesmos (Rector et al, 2008; Sadock, Sadock & Ruiz, 2017). Com isto, é importante compreender como é que esta problemática interfere com a esfera biopsicossocial da pessoa (pessoa e/ou família).

Muitas pessoas que sofrem com perturbações de ansiedade, evitam situações que possibilitem o desencadeamento de sintomas, vivendo de forma mais restrita o que coloca em causa a sua qualidade de vida e o seu bem-estar. Quando a ansiedade se torna patológica e a pessoa já não é capaz de encontrar estratégias de *coping* para lidar com a mesma, é necessário que ocorra uma intervenção terapêutica. De acordo com Peplau, existem quatro níveis de ansiedade: ansiedade ligeira, ansiedade moderada, ansiedade grave e pânico (Townsend, 2011). É fundamental que os enfermeiros conheçam os sintomas que se encontram associados a cada nível de ansiedade para que consigam planear intervenções apropriadas para cada um deles, em conjunto com a pessoa.

- Nível de ansiedade ligeiro - raramente é um problema para a pessoa, faz com que a mesma se prepare para a ação pois existe um aumento da perceção e da concentração, aumentando a sua motivação;
- Nível de ansiedade moderado - a pessoa encontra-se moderadamente ansioso, pelo que a sua concentração e a atenção diminuem, aparece um sentimento de descontentamento e pode ser manifestado na incapacidade das relações interpessoais, a pessoa começa a focar-se em si próprio e na forma como conseguirá aliviar o desconforto pessoal;
- Nível de ansiedade grave - a pessoa concentra-se apenas em si e no desejo que apresenta para aliviar a ansiedade, pois experiencia sentimentos de repugnância e medo;
- Nível de pânico - a pessoa experiencia uma sensação de morte iminente acompanhada por respostas de carácter psicótico (alucinações e delírios), pode apresentar comportamentos bizarros como gritos, correr sem destino, procura agarrar-se a alguém ou algo onde deriva um sentimento de proteção e segurança.

(Townsend, 2011).

Para além dos sintomas anteriormente descritos, a ansiedade pode também levar a alterações cognitivas como:

“dificuldade de concentração, bloqueio de pensamento, capacidade diminuída para a resolução de problemas, capacidade diminuída de perceção, capacidade diminuída de aprendizagem e esquecimento; alterações emocionais e comportamentais como o cansaço, sentimentos de perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhado de pânico, sentimentos de inadequação, falta de confiança, sentimentos de aflição e nervosismo, incertezas, medo de consequências inespecíficas, preocupação, alerta exagerado, irritabilidade, sensação de excitação ou euforia, frustração, comportamento de isolamento social, choro e/ou tendência compulsiva.” (Rebelo & Carvalho, 2014, p. 3)

Segundo Adwas, Jbireal & Azab (2019), o tratamento das perturbações da ansiedade deve ser uma aliança entre a abordagem farmacológica e a não-farmacológica, sendo que a última se baseia em intervenções psicossociais e psicológicas que podem ser aplicadas pelo EEESMP, nomeadamente: intervenções psicoeducativas, técnicas de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e terapia de grupo/família (Towsend, 2011; Sampaio, Gonçalves & Sequeira, 2020). Estas são cada vez mais utilizadas e demonstram resultados duradouros e eficazes no controlo da ansiedade (Stein, 2010).

A ansiedade pode estar presente nas pessoas que recorrem aos serviços de saúde, independentemente da causa dessa necessidade. Compete ao EESMP ajudar a pessoa a identificar o seu estado de ansiedade, assim como as suas causas, e em conjunto com a mesma, encontrar abordagens não-farmacológicas com o objetivo de ajudar a controlá-la.

1.2. Ansiedade como foco de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

O EESMP consegue detetar de forma objetiva na pessoa que se encontra em situação de ansiedade características de vários domínios, sendo estes, somático, cognitivo, emocional e comportamental, como abordado no subcapítulo anterior (Rebelo & Carvalho, 2014). Em contexto hospitalar e comunitário, o enfermeiro é o profissional de saúde que passa mais tempo com a pessoa, conseguindo estar particularmente alerta para o aparecimento de sintomas que possam levar a uma crise de ansiedade.

De acordo com Rebelo & Carvalho (2014), a presença de vários tipos de manifestações de ansiedade nos diferentes domínios, são dados fundamentais para que o EESMP, após a observação/vigilância, possa nomear um foco de enfermagem e realizar o seu diagnóstico. Contudo, não existe consenso acerca do número de dados necessários para a realização do mesmo. Assim sendo, quantas mais manifestações forem detetadas e demonstradas mais sustentado será o diagnóstico de Enfermagem. Quando a ansiedade se torna impeditiva da pessoa realizar as suas atividades de vida diária, cabe ao enfermeiro realizar uma nova colheita de dados de forma a alterar

o seu foco de atenção para outros domínios com o intuito de diminuir o estado de ansiedade da pessoa (Rebelo & Carvalho, 2014).

Para que a avaliação seja mais rigorosa, pode também ser sustentada por instrumentos de avaliação da ansiedade de forma a quantificar a sua gravidade. Entre os instrumentos existentes, os que se encontram validados para a população portuguesa, são os seguintes: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, Escala de ansiedade de Hamilton, Inventário Estado-Traço de Ansiedade, Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung, Resultado *Nursing Outcomes Classification (NOC)* “Nível de Ansiedade” e Inventário de Ansiedade de Beck. A escala utilizada para a implementação do projeto foi o Inventário de Ansiedade de Beck. Esta é um instrumento de autopreenchimento, criado em 1988 por Beck et al. e validado para a população portuguesa em 1995 por Pinto-Gouveia & Fonseca. Constituído por 21 itens, em que para cada um destes existem quatro níveis de resposta possíveis (0 – nunca, 1 – ocasionalmente, 2 – Frequentemente, 3 - quase sempre) e a pessoa deve seleccionar aquele que caracteriza como se sentiu na última semana e no presente dia. A pontuação total varia entre os 0 e os 63 pontos e o nível de ansiedade é definido de acordo com a seguinte pontuação: 0-10 pontos, ansiedade mínima; 11-19 pontos, ansiedade leve; 20-30 pontos, ansiedade moderada; 31-63 pontos, ansiedade grave (Beck et al, 1988).

De acordo com o Regulamento de Competências do EEESMP (2018), os cuidados de enfermagem apresentam como finalidade ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a sua saúde, de forma mais rápida possível. O EESMP tem a capacidade de compreender os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa, tal como as implicações que estes têm na sua vida e o potencial de recuperação. Deste modo, “foca-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” (Regulamento de Competências do EEESMP, 2018, p. 21427).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2015), menciona que o EESMP em conjunto com a pessoa alvo de cuidados, desenvolve processos eficazes de adaptação às situações de vida e condição de saúde mental. A prestação de cuidados psicoterapêuticos, psicoeducacionais e socio terapêuticos, pelo EESMP, permite ao mesmo “ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, atingir um padrão de

funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que se insere” (Regulamento de Competências do EEESMP, 2018, p. 21430).

Das diferentes intervenções que podem ser implementadas pelo EESMP para capacitar a pessoa que sofre de doença mental a controlar e gerir os seus níveis de ansiedade, salientam-se as intervenções psicoeducativas. Estas são uma ferramenta fundamental para o EESMP, pois permitem a capacitação da pessoa que sofre de doença mental e respetiva família, através da educação, facilitando uma compreensão mais abrangente acerca do problema de saúde e uma participação ativa no tratamento. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2022). As intervenções psicoeducativas têm como objetivo principal ajudar a pessoa a desenvolver novas formas de lidar com a sua doença e com os problemas quotidianos decorrentes da mesma (OE, 2022). Esta é considerada uma forma específica de educação e não um tratamento permite à pessoa desenvolver compreensão e aprender novas estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos, sendo projetada para fazer parte de um plano global de tratamento (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015). No âmbito da literacia em saúde mental, este tipo de intervenção pode ser aplicado tanto individualmente, como em grupo, “dedicada a um conjunto de pessoas que partilham um mesmo problema de manutenção de saúde ou alívio dos sintomas da doença, como a uma só pessoa” (Amaral, Almeida & Sousa, 2020, p.174).

No que concerne à tipologia da intervenção psicoeducativa, de acordo com Sousa et al. (2016), cada sessão deve ter a duração de 45 a 90 minutos, devem ser realizadas entre três a seis sessões (uma a duas por semana) com a duração de três a seis semanas, os momentos de avaliação são três (inicial, final e *follow-up*), as sessões podem ser em grupo ou individuais e deve-se ter em consideração os recursos materiais necessários.

A intervenção psicoeducativa em grupo com pessoas que se encontram na mesma condição, promove a partilha de experiências, a identificação, o apoio, o desenvolvimento de objetivos comuns e também a resolução de problemas semelhantes (Bechelli & Santos, 2004). Para além disso, diminui o isolamento social e o estigma, favorece o *insight*, a partilha de problemas existentes na vida de cada pessoa, tranquilização, vantagens de maior coesão no grupo, menos conflitos e a possibilidade de alívio de sintomas (Bechelli & Santos, 2004; Yalom & Leszcz, 2008). Este tipo de intervenção permite que ocorram ligações interpessoais de maior relevância,

comparativamente à intervenção individual (terapeuta-pessoa alvo de cuidados), tendo o grupo um papel importante na representação do mundo real, onde podem existir reações verdadeiras e comentários espontâneos, possibilitando interações solidárias e facilitadoras (Yalom & Leszcz, 2008). Neste sentido, o EESMP pode liderar vários tipos de grupos terapêuticos, sendo primordial reconhecer os vários processos que ocorrem nos mesmos. De acordo com Townsend (2011), devem ser tidas em conta as fases do desenvolvimento do grupo, os vários papéis que as pessoas desempenham nas situações do grupo e a motivação que está adjacente aos diferentes comportamentos. Num estudo realizado por Houghton & Saxon (2007), revela que a intervenção no âmbito da psicoeducação é benéfica para pessoas que sofrem de ansiedade, tendo obtido uma melhoria significativa nos sintomas de sofrimento psicológicos dos participantes.

A psicoeducação como intervenção em enfermagem é abordado por várias teóricas de Enfermagem incluindo Betty Neuman. Para esta, a enfermagem preocupa-se com a pessoa como um ser holístico e pode interferir na resposta da mesma ao stress em três níveis (prevenção primária, secundária e terciária). A educação da pessoa por parte do enfermeiro pode ser realizada num destes três níveis e tem como objetivo a obtenção, recuperação ou manutenção do máximo bem-estar (George, 2002). É também importante salientar que a intervenção psicoeducativa, sendo uma intervenção de EESMP, decorre no contexto da RA, temática abordada num dos subcapítulos seguintes. Assim sendo, o EESMP tem a capacidade para avaliar a pessoa numa perspetiva holística e competência para sistematizar e coordenar estratégias que controlem a ansiedade.

1.3. *Mindfulness* como intervenção no controlo da ansiedade

O conceito *Mindfulness*, tem origem budista, há mais de 2500 anos atrás, e surge da tradução do termo *sati* (proveniente da língua pali) que na religião budista significa “consciência pura”. (Sipe & Eisendrath, 2012; Miguel & Ruiz, 2020). No mundo ocidental o conceito *Mindfulness* é traduzido como “atenção plena” ou “consciência plena” (Gonçalves, Pereira & Basto, 2014). Pode ser definido como um estado inato da mente e faz referência ao prestar atenção intencional ao momento presente, com uma atitude aberta, de curiosidade, sem críticas, julgamentos ou rejeições do que ocorre no aqui e agora, sem que a atenção da pessoa seja desviada com eventos do passado ou do futuro (Kabat-Zinn, 2003; Brown et al 2007; Puddicombe, 2018). Assim sendo, trata-se da

consciência e da atenção de uma forma específica para compreender o momento presente, tanto nos pensamentos como nas emoções.

Na abordagem do *Mindfulness*, o corpo e a respiração são dois elementos fundamentais, no sentido em que ambos se situam no presente (Miguel & Ruiz, 2020). Existem sete pilares que definem esta prática, sendo estes: aceitação, não julgamento, desapego, mente de principiante, paciência, confiança e distensão (Kabat-Zinn, 2012). De acordo com Miguel & Díez (2019), são múltiplos os benefícios da prática do *Mindfulness*, nomeadamente:

- Melhoria da capacidade de concentração e atenção;
- Diminuição da impulsividade favorecendo desta forma o autocontrolo;
- Aumento da tolerância à frustração;
- Facilidade na identificação de pensamentos, emoções e sensações corporais;
- Promover a regulação emocional e a introspeção;
- Facilitar o autoconhecimento;
- Aumentar a empatia e a qualidade das relações sociais;
- Melhorar a qualidade de vida, reduzindo o *stress* e o mal-estar psicológico.

Muitas pessoas no mundo sofrem no seu dia-a-dia com *stress* e ansiedade, sendo que a maior parte das vezes se encontram ansiosas pela sua própria ansiedade (Gonçalves, Pereira & Basto, 2014). Estes conceitos fazem parte do quotidiano e não podem ser controlados ou eliminados constantemente. No entanto, podem ser aplicadas estratégias, como o *Mindfulness*, que permitam lidar com os desafios presentes (Gonçalves, Pereira & Basto, 2014).

De acordo com Miguel & Ruiz (2020), a relação entre o *Mindfulness* e as ciências da saúde, começa no início do século XX. Nos anos 60, a Associação Americana de Psiquiatria propôs proceder-se à avaliação da efetividade clínica da meditação (Teixeira & Perestrelo, 2016; Miguel & Ruiz, 2020). Em 1979, Jon Kabat-Zinn, fundou o Centro de *Mindfulness* na universidade de Massachusetts e desenvolveu a técnica, iniciando o *Mindfulness-Based Stress Reduction Program* (MBSR). Este procura ser um programa que tem como base a psicoeducação, incluindo a gestão emocional e atenção plena (Sipe & Eisendrath, 2012). O MBSR foi desenhado para ajudar a pessoa a lidar com o *stress*, com a dor crónica e a ansiedade, tendo vindo a ser aplicado em hospitais e outras instituições de saúde (Campayo & Demarzo, 2015). Existe também o programa *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), desenvolvido em 2002 por Segal, Williams & Teasdale, tendo

como referência o programa MBSR (Williams & Russel, 2008). O MBCT foi desenvolvido com o objetivo de prevenir recaídas em pessoas com depressão, sendo que também se mostrou eficaz para pessoas que lidam com ansiedade, *stress*, irritabilidade e exaustão (Williams & Russel, 2008).

Segundo Davidson et al (2013) e Consenza (2021), o *Mindfulness* pode promover alterações significativas a nível fisiológico, nomeadamente:

- Aumento da atividade cerebral na região esquerda, resultando numa maior disposição para sentimentos positivos e uma recuperação mais rápida após situações negativas;
- Redução da ansiedade e aumento das emoções positivas;
- Melhorias ao nível do sistema imunológico;
- Mudanças estruturais na plasticidade cerebral, indicando que a perspetiva da pessoa para acontecimentos de vida que lhe causam *stress* pode ser alterada de forma duradoura.

O *Mindfulness* é utilizado enquanto instrumento de intervenção terapêutica no tratamento da ansiedade, sofrimento, *stress* e depressão (Keng, Smoski & Robins, 2011), ajudando a pessoa a reagir de forma mais positiva aos acontecimentos de vida (Gonçalves, Pereira & Bastos, 2014). Existem vários estudos realizados que indicam que este tipo de intervenção é eficaz na redução da ansiedade (Sado et al, 2018; Ninomiya et al, 2019; Ghahari et al, 2020). Consequentemente, possibilita que a pessoa aprenda a lidar com os desafios do dia-a-dia, focando-se no presente, reduzindo a ansiedade e potencializando o afeto positivo (Lima & Sene, 2017). É um método não-farmacológico eficiente na gestão da mesma e podendo prevenir futuros episódios (Lima & Sene, 2017).

Segundo o Regulamento de Competências do EEESMP (2018), o EEESMP deve desenvolver processos psicoterapêuticos de forma a restaurar a saúde mental da pessoa e prevenir a incapacidade, utilizando terapias, neste caso programas baseados no *Mindfulness*, tendo como base as intervenções psicoeducativas para o controlo da ansiedade.

1.4. Modelo de Cuidados: Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Enquanto EE torna-se impreterível a mobilização de conhecimentos conceptuais que conduzam e fundamentem a prática de cuidados. A utilização de teorias de enfermagem proporciona organização e estrutura ao conhecimento de enfermagem. Este é um meio sistemático facilitador para a colheita de dados e para descrever, explicar e prever práticas de enfermagem (McEwen & Wills, 2019). Recorreu-se assim ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman de forma a sustentar as intervenções de enfermagem realizadas pelo EESMP à pessoa com o diagnóstico de enfermagem de ansiedade presente.

Betty Neuman, autora deste Modelo, foi uma das pioneiras que incitou a ligação entre a enfermagem e a saúde mental (Freese, 2002). Utilizou como base de criação do Modelo a Especialização em Enfermagem de Saúde Mental, a experiência clínica em diversas instituições de saúde, as perspetivas teóricas na área do *stress* e sistemas (Neuman, 1995), mobilizando também contributos da Teoria de Gestalt, do modelo conceptual de Caplan, das perspetivas filosóficas de deChardin e Marx e do conceito de *stress* de Selye (Freese, 2002).

No Modelo de Sistemas de Betty Neuman, os cuidados de enfermagem são apresentados numa perspetiva abrangente, sistemática e holística, onde a pessoa é percecionada como um sistema aberto, que se encontra em constante transformação e em interação com o meio ambiente, visando a manutenção do seu estado de equilíbrio (Neuman & Fawcett, 2011; George et al., 2000). A pessoa é vista como sistema cliente, sendo que o mesmo engloba quatro dimensões: individual, família, comunidade e questão social (Fawcett, 2005). Existem fatores que podem colocar em causa a estabilidade ou harmonia do equilíbrio do sistema. Deste modo, quando este se encontra instável por algum tempo pode despoletar um estado de doença (Freese, 2002). A autora denomina estes fatores como *stressores* e são definidos como estímulos que produzem tensão. Estes podem ser externos ou internos, de natureza emocional ou física, afetando o sistema de forma positiva ou negativa (George, 2000; Freese, 2002).

A teoria de sistemas de Betty Neuman apresenta dois componentes principais, o *stress* e a reação ao mesmo. Os *stressores* podem ser: forças interpessoais (forças ambientais externas que ocorrem entre um ou mais indivíduos e fora dos limites do sistema); forças intrapessoais (forças

ambientais internas e que ocorrem dentro do sistema); forças extrapessoais (forças que ocorrem fora dos limites do sistema, a nível financeiro e pessoal) (George, 2000; Fawcett, 2011).

O sistema cliente é constituído por cinco variáveis: psicológica, relacionada aos processos mentais; fisiológica, que inclui o corpo e a sua função; espiritual, que se refere às crenças de cada pessoa; sociocultural, que alude à influência das condições culturais e sociais; desenvolvimento, que está relacionada com as atividades da idade da pessoa. Estas estão em permanente interação e, idealmente, funcionam de forma harmoniosa (Neuman & Fawcett, 2011).

Em redor do sistema encontram-se as linhas de defesa (normal e flexível) e as linhas de resistência. A linha flexível tem a função de proteger o sistema dos *stressores*, impedindo as reações e as manifestações sintomáticas aos mesmos (Neuman & Fawcett, 2011). A linha normal representa aquilo que a pessoa se tornou, o estado para o qual esta evoluiu ao longo do tempo ou o nível de bem-estar habitual (Neuman & Fawcett, 2011). As linhas de resistência são acionadas quando o *stressor* ou *stressores* conseguem atravessar a linha de defesa normal, originando sintomas ou reações no sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Tal como descrito anteriormente, Neuman (2011) define que existem três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Estes são utilizados para "(...) reter, atingir e manter o equilíbrio do sistema." (George, 2000, p.231). Neste sentido, a prevenção primária ocorre antes do sistema reagir ao stressor, identificando em conjunto com a pessoa os fatores de risco, e inclui a promoção da saúde podendo utilizar estratégias como o exercício, a educação para a saúde e as alterações do estilo de vida. A prevenção secundária acontece quando o sistema reage ao stressor e tem como objetivo oferecer um tratamento adequado, de forma a recuperar a homeostasia do sistema, utilizando tanto recursos internos como externos (Neuman, 2011). Por último, a prevenção terciária ocorre após a intervenção secundária e visa manter o bem-estar e prevenir que ocorra uma regressão, sendo que os processos de ajuste que acontecem à medida que se inicia a reconstituição e os fatores de manutenção fazem com que a pessoa regresse de forma circular à prevenção primária (Neuman, 2011).

Neste Modelo o processo de enfermagem é constituído por três fases: diagnóstico de enfermagem, objetivos e resultados (Neuman, 2011). No diagnóstico de enfermagem pretende-se realizar uma colheita de dados apropriada que permita identificar, clarificar e avaliar as interações

do sistema com os elementos *stressores*. Estes podem ser reais ou potenciais e originam alterações no bem-estar e na saúde (Neuman, 2011). Devem ser delineados objetivos em conjunto com a pessoa e, sempre que possível, com a sua família, para que as intervenções se tornem eficazes e para que melhore o seu nível bem-estar (George, 2000). Nesta fase encontram-se presentes os três níveis de intervenção abordados anteriormente. Por último, os resultados são determinados pela intervenção do enfermeiro e pretende-se, em conjunto com a pessoa alvo de cuidados, constituir o limiar de avaliação acerca da mudança pensada e realizada, ou a reformulação de novas intervenções e estratégias (George, 2000).

Para Neuman, o objetivo da Enfermagem é ajudar a pessoa no reconhecimento dos seus recursos internos e externos, para que este seja capaz de lidar com os *stressores*, de forma a atingir o seu potencial máximo de saúde e bem-estar (Fawcett, 2005; Jukes & Spencer, 2007). Assim, de acordo com o Regulamento de Competências EEESMP (2018), “no que tange aos cuidados de enfermagem, estes têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p. 21427). Neste seguimento, o EESMP deve adequar as suas intervenções à pessoa que é alvo de cuidados tendo em conta as respostas da mesma aos *stressores*, em direção ao equilíbrio do sistema.

1.5. Relação de Ajuda em Enfermagem

Nos cuidados de enfermagem, a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados é de extrema importância, pois é o principal meio através do qual as interações são realizadas. Comparativamente a outros profissionais na área da saúde, os enfermeiros são aqueles que passam mais tempo ao lado da pessoa, especialmente quando esta está a passar por momentos difíceis e que causam sofrimento (Phaneuf, 2005).

No decorrer da vida, é natural que em diferentes momentos exista a necessidade de receber ajuda no contexto das nossas relações interpessoais, sejam estas sociais, familiares ou profissionais. Por esta razão, de acordo com Mendes (2006), é fundamental que os cuidados de enfermagem se centrem nas relações interpessoais, e que a base da relação terapêutica, seja a

interação humana. O EESMP estabelece uma relação interpessoal com a pessoa alvo de cuidados e respetiva família, por meio de um processo intersubjetivo de partilha. Esta relação envolve a vulnerabilidade individual, onde existe troca recíproca de afeto entre os intervenientes (Vieira, 2009).

Chalifour (2008), define RA como uma interação entre duas pessoas, o interveniente e a pessoa alvo de cuidados, onde cada uma delas contribui pessoalmente na procura e na satisfação de uma necessidade de ajuda.

“Para tal, o interveniente adota um modo de estar e fazer, e comunica-o de forma verbal e não verbal em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade.” (Chalifour, 2008, p.33).

De acordo com Rogers (1997) e Chalifour (2008), na RA pelo menos uma das partes procura promover o crescimento, desenvolvimento, maturidade e o aumento da capacidade de enfrentar a vida na outra pessoa. O princípio da RA pode determinar o rumo da intervenção, tornando-se fundamental que o profissional de saúde reflita acerca do seu papel, do papel da outra pessoa, da dinâmica da relação e do contexto de intervenção (Chalifour, 2008).

Cada profissional de saúde desenvolve um modo único de se relacionar com as pessoas alvo de cuidados, sendo este influenciado pela sua formação, experiência profissional, personalidade, conhecimentos, pela visão individual de pessoa e saúde, pela compreensão dos motivos que se encontram por detrás da necessidade de ajuda e que estes podem variar conforme o contexto (Chalifour, 2008). Ou seja, “(...) o profissional intervém a partir daquilo que ele é e orienta-se segundo um modelo de ajuda que lhe serve de referência.” (Chalifour, 2008, p.7). Esta perspetiva enfatiza a singularidade de cada profissional de saúde e destaca de que forma as suas características individuais interferem na relação com a pessoa alvo de cuidados.

Jacques Chalifour desenvolveu o Modelo Geral de Relação de Ajuda Profissional, inspirando-se na perspetiva existencial e humanista da relação de ajuda profissional e da intervenção terapêutica. Neste modelo são descritas as diferenças e as ligações que existem entre a comunicação corrente, a relação de ajuda profissional, a entrevista e a intervenção psicoterapêutica (Chalifour, 2008). Este é apoiado por 3 premissas relativas à pessoa alvo de cuidados, ao aspeto relacional e ao interveniente:

- Primeira premissa refere-se à pessoa alvo de cuidados. Esta possui recursos latentes que lhe permitem desenvolver-se de acordo com as suas características. A intervenção do interveniente consiste em ajudar a pessoa a superar obstáculos e a libertar-se de certos entraves que possam impedir o seu desenvolvimento e crescimento, tendo em conta as características inatas da mesma;
- A segunda premissa assenta no ser humano enquanto ser de relação. É necessário considerar as relações que o homem estabelece com o ambiente externo e a qualidade das relações que tem consigo próprio. A necessidade de ajuda de uma pessoa provém da dificuldade em estabelecer relações harmoniosas consigo e com o ambiente;
- A terceira premissa refere-se ao interveniente. É na expressão consciente das qualidades profissionais e pessoais do interveniente que está a base das intervenções. Quando a pessoa expressa necessidade de ajuda, o interveniente deve manifestar respeito e empatia e também exercer as suas funções de perito, relativas às dificuldades e problemas vivenciados pela pessoa. Através da RA o interveniente capacita a pessoa para lidar de forma mais eficaz com as dificuldades sentidas, auxiliando a pessoa a aceder aos seus processos internos e a desenvolver uma maior consciência de si mesmo.

(Chalifour, 2008)

Uma RA eficaz exige que o profissional compreenda e valorize a pessoa alvo de cuidados como um ser único, oferecendo à mesma cuidados individualizados e adaptados às suas necessidades. Esta relação deve ser baseada na empatia e desenvolver-se num clima de respeito e confiança. Para o desenvolvimento da RA, Chalifour (2008) identifica três fases:

- 1ª fase - Orientação da Relação. Caracteriza-se pelo acolhimento, onde se inicia o encontro entre a pessoa e o interveniente e vai até à necessidade de ajuda ser definida. Deve ser mantido um ambiente de abertura, respeito, autenticidade e interesse. É considerado um momento privilegiado onde se criam laços de confiança. Nesta fase o interveniente estabelece um diagnóstico da dificuldade sentida e pode propor um plano de intervenção;
- 2ª fase – O trabalho ou a emergência das identidades. Nesta fase é importante aprofundar a relação de confiança, marcada pelo respeito, compreensão, autenticidade, compaixão e esperança, para que a pessoa ajudada se sinta capaz de tomar decisões e efetuar mudanças na sua vida. O interveniente também mostra os recursos existentes, assim como os seus recursos pessoais;

- 3ª fase – Conclusão. Determina o término da RA, este momento deve ser utilizado para a partilha acerca da experiência comum e facilitar a transferência de aprendizagens realizadas noutras situações de vida.

Para além das fases da relação de ajuda profissional, neste modelo são também abordados outros processos, nomeadamente: a Entrevista e as suas fases (antes, o início, o corpo da entrevista, o fim e após) e a Intervenção Terapêutica (Intervenção Terapêutica expressiva favorecendo a consciência de si, Intervenção Terapêutica de resolução de problemas, Intervenção Terapêutica na crise, Intervenção Terapêutica no luto e Intervenção Terapêutica de suporte). (Chalifour, 2008).

A RA é manifestada através da comunicação verbal (podendo utilizar técnicas como: os reflexos, as questões, a síntese, o feedback e a relação de si, a informação e o conselho), não verbal (podendo utilizar técnicas como: o silêncio, a distância e as posições, o toque, o convite a progredir, a escuta, o odor e o olhar), estratégias relacionais (o suporte, o acolhimento, a exploração, a elucidação, atenção no momento presente, a clarificação e a confrontação). Cabe ao interveniente assegurar a eficácia da RA, “certificando-se que a mensagem comunicada é clara e compreensível e ainda, favorecendo uma estrutura de trocas adaptadas em função do objetivo visado” (Chalifour, 2008, p. 36).

O EESMP deve focar a sua intervenção 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, 2018, p. 21427). Neste sentido, para o enfermeiro a RA desempenha um papel fundamental e facilitador na relação terapêutica, com o intuito de apoiar e orientar a pessoa alvo de cuidados no seu processo de doença. Neste processo terapêutico, o enfermeiro depara-se frequentemente com situações de sofrimento, onde é necessário o envolvimento emocional. O EESMP deve ser capaz de criar um ambiente seguro e acolhedor, tendo por base a confiança, para que a pessoa com experiência de doença mental e respetiva família expressem as suas preocupações e medos. Desta forma, é essencial que o profissional possua capacidade para mobilizar conhecimentos, recursos e estratégias para lidar com as dificuldades encontradas, de forma a prestar cuidados centrados na pessoa.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

Neste capítulo será realizada a caracterização do local de Estágio I e Estágio Final, assim como os objetivos propostos para cada um dos mesmos e as atividades desenvolvidas.

2.1. Estágio I

O estágio I foi realizado num contexto de internamento de agudos numa Unidade de Internamento de Doentes Agudos (UIDA). Esta tem como principais objetivos prestar cuidados de saúde diferenciados a pessoas com patologia do foro psiquiátrico em fase de descompensação da doença, promovendo o tratamento, estabilização clínica e garantindo a articulação e comunicação com outras Unidades, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados após a alta clínica.

A UIDA tem capacidade para 20 camas distribuídas por oito quartos (cinco quartos de três camas, dois de duas camas e um de uma cama), sendo que devido à pandemia de COVID-19 tem um número variável de camas que se destinam a isolamento profilático. Quando a pessoa é admitida no serviço realiza um período de isolamento de cinco dias. Após estes, se o teste Sars-Cov2 apresentar resultado “não detetável”, é transferida para outro quarto e pode circular pela enfermaria. O serviço apresenta também uma sala com quatro camas destinadas a pessoas que realizam tratamento de Eletroconvulsivoterapia. Dentro da UIDA existe um gabinete médico, o gabinete do Diretor de Departamento, o gabinete do Enfermeiro Chefe, sala de tratamentos, salas de registos, sala de observação/reuniões, secretariado, copa, refeitório, vestuário, sala de sujos, sala de limpos/rouparia e três espaços de apoio ao armazenamento

As pessoas internadas têm idade superior a 18 anos e os diagnósticos prevalentes são: Perturbação Afetiva Bipolar, Esquizofrenia, Depressão, Tentativa de Suicídio e Psicoses. A equipa multidisciplinar é composta por auxiliares de ação médica, pela equipa médica, pela equipa de enfermagem, que é constituída por enfermeiros generalistas e EESMP, por duas administrativas e pela assistente social. Semanalmente, é realizada uma reunião multidisciplinar onde são discutidos aspetos relacionados com o plano de cuidados de cada pessoa internada, a sua evolução ao longo

do internamento e planeamento da alta clínica. Para além das reuniões semanais, existe também a discussão de casos clínicos entre a equipa médica e equipa de enfermagem.

A UIDA funciona 365 dias por ano, em regime de porta aberta, com exceção das pessoas que se encontram internadas compulsivamente, sujeitas aos princípios da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de julho). Após a Pandemia COVID-19, as visitas carecem de marcação através das administrativas do serviço e são realizadas no período da tarde. Cada pessoa internada tem a oportunidade de realizar uma chamada durante o período de 1 hora no período da manhã e receber chamadas durante o período de 1 hora e 30 minutos no período da tarde.

Os objetivos de ambos os estágios passaram pela aquisição de competências de EE e de competências de EEESMP. Visto que a nossa área de trabalho não se encontra dentro da especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica (SMP), o primeiro objetivo de cariz pessoal passa por adquirir e desenvolver competências de entrevista clínica e de RA.

No Estágio I delineámos como objetivos gerais e específicos:

1º Objetivo Geral - Desenvolver autoconsciência durante a relação terapêutica, através de atividades promotoras de desenvolvimento profissional e pessoal.

Objetivos Específicos: Identificar emoções e sentimentos durante a relação terapêutica reconhecendo como podem interferir na mesma; identificar respostas comportamentais e reações corporais e emocionais durante o processo terapêutico; identificar processos de transferência e contratransferência.

2º Objetivo Geral – Compreender o impacto da doença mental na pessoa, tendo como foco a ansiedade.

Objetivos Específicos: Desenvolver uma avaliação global que possibilite a descrição da história de saúde da pessoa e família, com enfoque na saúde mental; identificar os fatores que despoletam ansiedade; identificar fatores que promovam o controlo da ansiedade; descrever o nível de ansiedade da pessoa com experiência de doença mental; elaborar planos de cuidados de forma a satisfazer as necessidades da pessoa com experiência de doença mental e família em conjunto com a pessoa alvo de cuidados.

2.1.1. Atividades Desenvolvidas no Estágio I

No Estágio I começámos por nos focar na RA enquanto intervenção de enfermagem especializada, de forma a compreender as necessidades da pessoa internada e respetiva família. Posteriormente, desenvolvemos um plano de cuidados em conjunto. Focámo-nos também na compreensão do impacto que a ansiedade tem na pessoa e quais os fatores que podem promover o controlo da mesma.

O foco principal da Enfermagem de SMP encontra-se nas experiências vivenciadas pela pessoa e reconhece a importância de uma visão holística da mesma, tendo em conta os aspetos que podem influenciar a sua saúde mental e bem-estar. Tal como Townsend (2014) descreve, cada pessoa é única e é influenciada por vários fatores, tanto intrínsecos como extrínsecos, sendo estes o ambiente, a família, o trabalho e a cultura. Torna-se fundamental considerar cada pessoa como um processo contínuo e dinâmico.

Neste sentido, para dar resposta ao objetivo geral 2, foram realizados três estudos de caso e respetivos planos de cuidados de acordo com o Modelo de Betty Neuman. A utilização deste Modelo possibilitou-nos uma visão holística da pessoa e a compreensão de como os elementos *stressores* interagem com a mesma. Tivemos em consideração as cinco variáveis que podem influenciar a pessoa (psicológica, fisiológica, espiritual, sociocultural e desenvolvimento) e os *stressores* (forças interpessoais, forças intrapessoais e forças extrapessoais). Isto permitiu-nos compreender quais os recursos internos e externos que a pessoa alvo de cuidados apresentava para conseguir lidar com os *stressores*, de forma a obter o seu potencial máximo de saúde e de bem-estar (Fawcett, 2005).

Para a realização dos estudos de caso foi necessário recorrer à técnica da entrevista com o objetivo de realizar uma avaliação inicial e delinear, em conjunto com a pessoa, um plano de cuidados de Enfermagem individualizado. Foi criado um instrumento de colheita de dados que serviu para a realização das entrevistas de avaliação diagnóstica. Aprofundar conhecimento teórico acerca da psicopatologia foi essencial para fundamentar o trabalho desenvolvido. Apenas num dos estudos de caso houve oportunidade de incluir a família, consequência da incompatibilidade do horário dos turnos realizados e o horário das visitas.

De acordo com Chalifour (2008),

“a entrevista é um tipo particular de interações verbais e não verbais formas entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim.” (p. 60)

No decorrer da primeira entrevista é de extrema importância o estabelecimento de uma aliança terapêutica, onde se presa um clima de compreensão e aceitação. De acordo com a OE (2021), no início da mesma devem ser tidos em consideração vários fatores como: o acolhimento, a apresentação do enfermeiro, o posicionamento das pessoas envolvidas (a distância nas interações interpessoais, definindo o nível de intimidade pretendido), a definição do tempo da entrevista e os seus objetivos e questões éticas como a garantia da confidencialidade. O corpo da entrevista, é um momento crucial para o estabelecimento de uma relação terapêutica de excelência entre o enfermeiro e a pessoa alvo de cuidados. Nesta fase podem ser utilizadas várias técnicas de comunicação, nomeadamente:

“Escutar; questionar; aprofundar; analisar o comportamento e as palavras da pessoa; interpretar o que é dito e observado; utilizar os silêncios; ter respeito caloroso; empatia; clarificar e validar as nossas perceções e as da pessoa; refletir o que nós compreendemos; identificar claramente os problemas; fazer emergir pistas de soluções; concentrar-se essencialmente nos sentimentos/emoções que a pessoa está a viver e não nos factos que ocorreram.” (OE, 2021, p. 75).

Para além disso o EESMP deve também ter consciência de si e de como pode afetar a relação com o outro (Chalifour, 2008). De acordo com Chalifour (2008), o enfermeiro é, primeiro que tudo, uma pessoa que possui determinadas características e é com elas que entra na relação com o outro. O EESMP utiliza com intencionalidade e excelência as suas habilidades, conhecimentos e atitudes a fim de criar “(...) condições relacionais que constituem o meio de dispensar ajuda ou o seu contexto de aplicação. Um conhecimento aprofundado das motivações pessoais e profissionais que o habitam permitem-lhe dar um sentido a esta relação e dosear a energia nela existente” (Chalifour, 2008, p. 26-27).

Após a entrevista o EESMP deve analisar a interação, refletindo se ocorreram fenómenos de transferência ou contratransferência, como se sentiu no decorrer da mesma, se conseguiu

conduzir a entrevista e se deu espaço à pessoa (OE, 2021). De acordo com os mesmos autores, nesta fase também é importante realizar a análise dos dados recolhidos e dos resultados obtidos, tendo em conta os objetivos da entrevista e identificar situações de risco. Após a realização da avaliação diagnóstica deve ser dada continuidade ao processo de enfermagem (OE, 2021).

Com o intuito de responder ao Objetivo Geral 1 e respetivos objetivos específicos, sentimos a necessidade de refletir diariamente acerca das diferentes situações vividas. Esta reflexão foi feita de forma oral ou escrita (de acordo com o ciclo de Gibbs) em conjunto com a Enfermeira Orientadora. Foi fundamental refletir acerca das entrevistas realizadas e das interações com as pessoas com experiência de doença mental internadas, para desenvolvermos a autoconsciência na relação terapêutica, identificando as nossas emoções, sentimentos, comportamentos e reações corporais e compreender de que forma estes podem interferir na relação terapêutica.

Para além da entrevista de avaliação diagnóstica, foram também realizadas entrevistas de ajuda ou suporte e a participação em entrevistas em situação de crise. Esta última é uma estratégia de comunicação, realizada de forma formal ou espontânea pelo enfermeiro e incide sobre acontecimentos traumáticos ou angustiantes que a pessoa não consegue ultrapassar, levando ao aumento do *stress* e da ansiedade (Phaneuf, 2005).

Na concretização dos estudos de caso, após a colheita de informação clínica junto da pessoa com experiência de doença mental, procedemos à apreciação clínica, a qual englobou a história de doença atual, os antecedentes pessoais e familiares, a história de vida, a história familiar e o exame do estado mental. Para auxiliar na formulação dos diagnósticos de enfermagem, foram utilizados instrumentos como: *Montreal Cognitive Assessment* (MOCA), Escala de Makrová e Berries para avaliação do insight, Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Obsessões e Compulsões, Escala da Esperança de Herth-PT e genograma. Foi também utilizada a linguagem CIPE, que é considerada um instrumento de trabalho de enfermagem universal, de forma a uniformizar e facilitar a comunicação entre os enfermeiros (International Council of Nurses, 2009). Os principais diagnósticos levantados foram: humor comprometido, processo de pensar comprometido, aceitação do estado de saúde comprometida, sono comprometido, gestão do regime terapêutico comprometido, desesperança presente e ansiedade presente em grau moderado.

Recorremos ao MOCA para avaliar a cognição das pessoas internadas sobre as quais realizamos os estudos de caso. Foi um instrumento útil e de fácil aplicação que nos possibilitou avaliar diferentes domínios cognitivos (capacidade visuo-espacial, memória, atenção e concentração, linguagem, cálculo, função executiva, raciocínio abstrato e orientação), que são essenciais para a satisfação das atividades de vida diária. Após o consentimento verbal do Sr. Manuel (nome fictício), foi aplicada a MOCA e o resultado foi de 23 pontos em 30 pontos. Podemos constatar que o Sr. Manuel apresentava dificuldades na atenção e concentração, memória e cálculo. Consequentemente, foi levantado o diagnóstico de risco de cognição comprometida e realizadas as seguintes intervenções de enfermagem: executar intervenção psicoeducativa (informar sobre estimulação cognitiva diária); instruir sobre técnicas de estimulação geral da cognição; treinar técnicas de estimulação geral da cognição (durante cerca de 30 minutos/dia realizar exercícios de cálculo mental, sopa de letras, diferenças, labirintos e treino de memória). Ao fim de cerca de uma semana e meia, o Sr. Manuel referiu que sentia mais facilidade em realizar exercícios de sopa de letras e exercícios de memória, tendo-se refletido numa ligeira melhoria na pontuação da MOCA (25 pontos em 30 pontos).

No início do internamento a D.^a Celina (nome fictício) encontrava-se renitente relativamente à toma da terapêutica instituída e referia que se encontrava internada devido “às fobias com os germes” (sic). Ficou internada com o diagnóstico médico de Perturbação Afetiva Bipolar de episódio misto com sintomas psicóticos (apresentava ideias delirantes de autorreferência e ideias delirantes persecutórias) e por apresentar sintomatologia Obsessiva-compulsiva. Após a avaliação do estado mental constatamos que a D.^a Celina não apresentava *insight* para a sua situação de doença ou para a importância de adesão ao regime terapêutico. Foi aplicada a Escala de Insight Marková e Berrios (adaptada para a população portuguesa por Venalli et al 2010) onde se obteve um valor total de 14 pontos. Nesta escala, a cotação final está compreendida entre 0 e 30 pontos, não existindo um valor a partir do qual se considere a presença de *insight*, sendo que à medida que a pontuação aumenta, maior é o nível de *insight*. Com isto, procedemos ao levantamento dos diagnósticos aceitação do estado de saúde comprometido e gestão do regime terapêutico comprometido. Neste sentido, a nossa intervenção passou por executar intervenção psicoeducativa (ensinar sobre a doença e ensinar sobre o regime terapêutico). No decorrer do internamento, a D.^a Celina apresentou *insight* parcial, compreendendo que o motivo do seu internamento não eram apenas as suas “fobias com os germes” (sic), mas a atividade delirante, “eu sei que há algumas ideias na minha cabeça não fazem muito sentido” (sic).

Compreendeu também a necessidade de adesão ao regime terapêutico, “a medicação que tomo de manhã está-me a ajudar com as minhas fobias e os meus pensamentos e sei que a da noite me ajuda a dormir melhor” (sic). Depois de duas semanas de intervenção, a pontuação da Escala de Insight Marková e Berrios aumentou para os 21 pontos. Após a alta, a D.^a Celina foi aviar a receita médica à farmácia, mas não existia em armazém um dos medicamentos prescritos. Demonstrando preocupação, ligou para a UIDA a informar acerca da situação, tendo voltado ao serviço para ir buscar a terapêutica em falta até a mesma se encontrar disponível na farmácia.

Tendo em conta a sintomatologia Obsessivo-compulsiva que a D.^a Celina apresentava aplicamos o inventário de obsessões e compulsões OCI-R (adaptado por Silva, Costa, Vicente, & Lourenço (2011) para a língua portuguesa), com o consentimento da mesma após 10 dias de internamento (recusou preenchimento da escala no início do internamento). Este é um instrumento de autorresposta, constituído por 18 itens e seis subescalas (Limpeza, Verificação, Ordem, Acumulação, Obsessões e Neutralização). A pontuação mínima da escala são 0 pontos e a máxima 72 pontos, quanto maior a pontuação total na escala, maior a prevalência dos sintomas. O valor obtido foi de 25 pontos, sendo que a pontuação mais elevada se encontrava nas subescalas limpeza e ordem. Contudo, através da observação ao longo do internamento, conseguimos identificar uma diminuição da preocupação relacionada com a contaminação de objetos e superfícies (por exemplo, inicialmente a D.^a Celina lavava os talheres antes de iniciar a refeição e no fim do internamento deixou de o fazer), com a limpeza das mãos e braços e com a ordem dos objetos (por exemplo, não conseguir iniciar a refeição sem organizar previamente todos os objetos que precisava).

Na colheita de dados da D.^a Celina, esta referiu que “viver assim não é vida, nunca pensei em matar-me, mas se morrer também não me importo, é viver um dia de cada vez” (sic) mencionando também que não tinha objetivos de vida. De acordo com Querido (2018), expressões como “já não vale a pena...”, “Deixei de acreditar...”, “Já não sou mais nada...”, “vivemos um dia de cada vez...”, “Isto vai lá... só não sei como...”, “a esperança é a última a morrer...” (...), são indicadores de necessidade de esperança. Com isto, procedemos à aplicação da Escala da Esperança de Herth traduzida para a população portuguesa, obtendo um total de 16 pontos. Esta escala inclui 12 itens, classificados em quatro categorias (1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3- concordo e 4 -concordo totalmente) e a pontuação pode variar entre os 12 e os 48 pontos. Quanto menor a pontuação menor é o nível de esperança (Viana, 2010). Procedemos ao levantamento do

diagnóstico Desesperança presente e realizamos as seguintes intervenções: executar relação de ajuda, disponibilizar suporte emocional, executar intervenção psicoterapêutica (Ajudar a D.^a Celina a estabelecer objetivos de vida realistas, tendo em consideração os seus recursos). Desta forma, planeamos uma sessão individual acerca dos objetivos de vida, através de uma tabela e da aplicação de uma *checklist* de interesses (de acordo com a preferência da pessoa). O reconhecimento de objetivos futuros que sejam realistas e atingíveis, a motivação e a concretização de planos realistas, são elementos do processo de esperança. Assim sendo, é necessário que a pessoa reajuste os seus objetivos em função das suas capacidades. Segundo Querido (2012), com a promoção da esperança, a pessoa apresenta uma maior probabilidade de alcançar os seus objetivos. Não foi possível realizar a aplicação da escala alguns dias após a nossa intervenção pois a D.^a Celina encontrava-se no dia da alta e recusou a aplicação da mesma.

A utilização do genograma possibilitou-nos analisar o contexto psicossocial de cada pessoa e da sua família. Isto foi importante para compreendermos a situação familiar da pessoa internada e quem seriam as pessoas que esta considerava a sua rede de apoio.

O Inventário de Ansiedade de Beck foi aplicado às três pessoas internadas sobre as quais realizamos os estudos de caso, sendo que duas destas apresentavam Ansiedade em Grau Moderado e uma Ansiedade em Grau Reduzido. As causas geradoras de ansiedade nas duas pessoas que apresentavam Ansiedade em Grau Moderado, passavam por: acontecimento de eventos traumáticos na adolescência, sintomatologia obsessivo-compulsiva, problemas financeiros, conflitos familiares, isolamento social e medo relativamente ao futuro. Os sintomas mais comuns eram palpitações, desconforto abdominal, inquietação, sudorese nas mãos, dificuldade na concentração, tensão muscular e dificuldade em adormecer. Uma das pessoas referiu não ter ferramentas não-farmacológicas para o controlo da ansiedade e que recorria ao uso de terapêutica. A nossa intervenção passou por realizar as intervenções de enfermagem que se encontram no quadro 1. No que diz respeito à intervenção “executar intervenção psicoterapêutica”, foram realizadas duas sessões individuais onde recorremos aos mediadores de expressão, nomeadamente o desenho e a pintura. Esta intervenção facilitou a expressão de sentimentos, promoveu a comunicação (verbal e não-verbal) e estimulou o pensamento e a criatividade. Também foram realizadas sessões individuais que tiveram como base a intervenção psicoeducativa, no âmbito de ensinar acerca da ansiedade, os sinais e sintomas que podemos experienciar e as estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas para a gestão da mesma. Foi planeada

uma sessão de relaxamento e realizada uma tentativa de execução, contudo, sem sucesso devido às condições físicas do internamento.

Quadro 1 - Ansiedade - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem (CIPE)	Intervenções de Enfermagem
• Ansiedade em grau reduzido	• Assistir a pessoa a identificar os fatores desencadeantes de ansiedade; • Assistir na ansiedade;
• Ansiedade em grau moderado	• Avaliar ansiedade; • Disponibilizar suporte emocional; • Encorajar expressão de crenças;
• Ansiedade em grau elevado	• Executar intervenção psicoterapêutica; • Executar técnicas de distração; • Incentivar a comunicação de emoções; • Incentivar o envolvimento da família; • Gerir ambiente; • Otimizar ambiente físico; • Planejar técnica de relaxamento; • Orientar para o uso de técnicas de relaxamento; • Executar técnicas de relaxamento.

Apesar do foco da nossa intervenção ser a ansiedade, os planos de cuidados tiveram em consideração todos os diagnósticos levantados e as características individuais de cada pessoa. Este investimento permitiu-nos desenvolver e utilizar intervenções especializadas de enfermagem de SMP e desenvolver competências no âmbito da Era relação terapêutica. Para isto, torna-se essencial que, segundo Chalifour (2008), o profissional manifeste disponibilidade para escutar, gentileza, respeito, proximidade, flexibilidade e ofereça suporte emocional. Este deve também ser detentor de alguns atributos pessoais como ser paciente, não fazer julgamentos, ser genuíno, ser calmo, ser aberto e estável.

2.2. Estágio Final

A Unidade de Transição (UT) é uma Unidade especializada na prestação de cuidados de Saúde Mental. Esta presta assistência a pessoas com experiência de doença mental, procurando satisfazer as expetativas e necessidades das mesmas. Possibilita o acompanhamento e tratamento em contexto de ambulatório, facilitando o processo de reabilitação. Contribui também para uma transição adequada e gradual para a comunidade, tendo em conta a reintegração a nível laboral, social e familiar, a promoção da autonomia e estabilização emocional.

A UT encontra-se fisicamente separada do edifício principal do Centro Hospitalar. É constituída pelo edifício de Hospital de Dia de Psiquiatria (HDP), edifício do refeitório, dois blocos em banda onde estão localizados os Ateliers Ocupacionais, espaço envolvente de jardim e terreno agrícola. Anteriormente à pandemia COVID-19 tinha uma lotação máxima de 40 utentes. Atualmente, a UT tem uma lotação máxima de 16 utentes. Esta unidade é composta por uma equipa multidisciplinar incluindo, médico psiquiatra, EEESMP, enfermeiros de cuidados gerais, terapeuta ocupacional, assistente social, assistentes técnicos (monitores ocupacionais), assistente técnico administrativo e assistentes operacionais. A equipa multidisciplinar reúne-se semanalmente com o objetivo de discutir cada caso e definir um plano de intervenção individualizado para cada uma das pessoas que frequentam a UT.

A referenciação para a integração na UT pode ser interna (realizada por um técnico do departamento de SMP) ou externa (realizada por técnicos dos cuidados de saúde primários, parceiros comunitários e outras estruturas da comunidade). Como critérios de inclusão na unidade apresentam-se os seguintes: pessoa com doença mental clinicamente estável, idade compreendida entre os 18 e os 65 anos, com razoável adesão à terapêutica e com avaliação neuropsicológica sem alterações cognitivas irreversíveis e severas. É disponibilizada a marcação de uma entrevista de triagem a todas as pessoas referenciadas que cumpram os critérios de inclusão para admissão. Nesta entrevista, encontram-se presentes alguns elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente o médico psiquiatra, o enfermeiro e o terapeuta ocupacional. É realizada a validação da informação disponível nos documentos de referenciação, a avaliação do estado psicopatológico, funcional e social da pessoa, o esclarecimento dos objetivos do programa terapêutico, estrutura, conteúdo, duração, horários e conteúdos do contrato terapêutico. O contrato terapêutico é um documento a que todas as pessoas que iniciam o programa têm acesso

e oportunidade de ler, assim como, de esclarecer dúvidas com a equipa multidisciplinar antes de ser assinado. Neste constam as regras que devem ser cumpridas na unidade, tais como a informação acerca das faltas ao programa e dias de dispensa. O contrato é válido por um período máximo de 6 meses, que é estipulado quando assinado pela pessoa com experiência de doença mental e pelo médico psiquiatra ou EESMP. Este período é flexível, sendo que pode terminar o contrato antes do prazo estabelecido ou pode ser aumentado o prazo, de acordo com a avaliação realizada pela equipa multidisciplinar, tendo em conta as necessidades e objetivos da pessoa.

Quando se realiza a admissão, a pessoa é integrada simultaneamente num grupo terapêutico (Grupo A ou Grupo B, com um máximo de 8 utentes por grupo) e num atelier ocupacional (Atelier de Carpintaria, Atelier de Expressão Plástica e Atelier de Jardinagem e Horticultura). O horário de funcionamento da unidade é nos dias úteis das 8:30 horas às 15:30 horas. Relativamente à terapêutica prescrita, esta é cumprida na UT, durante o horário de frequência do programa, com supervisão da equipa de enfermagem, sendo realizado treino de competências na gestão do tratamento farmacológico, sempre que necessário. Neste sentido, a UT facilita o contacto entre a equipa multidisciplinar e a pessoa com experiência de doença mental, possibilitando uma observação detalhada dos efeitos da terapêutica instituída, como também da toma da mesma.

A intervenção terapêutica é multidisciplinar e decorre tanto em grupo terapêutico, como em acompanhamento individualizado. As sessões de grupo terapêutico encontram-se organizadas nos seguintes módulos: estimulação cognitiva, movimento, intervenções psicoeducativas e treino de competências. Semanalmente, é realizada a reunião comunitária dirigida por um técnico de saúde e devem estar presentes todos os utentes que se encontram a frequentar o programa. No fim de cada mês, é realizada uma sessão de planeamento de atividades terapêuticas, para o mês seguinte, com cada grupo terapêutico. Relativamente ao acompanhamento individualizado, o planeamento da alta inicia-se logo após a admissão, envolvendo a equipa multidisciplinar, a pessoa com experiência de doença mental e a família/pessoa significativa, proporcionando o seu envolvimento nos cuidados prestados. Neste momento, é estabelecido um plano de cuidados individualizado, onde se procura estabelecer objetivos para o período de frequência na UT e após a alta. O acompanhamento individual é realizado pelos vários membros da equipa multidisciplinar (médico psiquiatra, enfermeiros e terapeuta ocupacional) e é agendado em conjunto com a pessoa e, quando estipulado, com a família/pessoa significativa. A pessoa que frequenta o programa e/ou

família/pessoa significativa pode também solicitar o apoio de um dos profissionais de saúde presentes na UT, sempre que necessário.

Para além dos objetivos delineados para o Estágio I, que se continuaram a desenvolver no Estágio Final, acrescentamos mais um objetivo geral e respetivos objetivos específicos:

3º Objetivo Geral- Desenvolver intervenções de âmbito psicoeducativo em grupo que promovam o controlo da ansiedade tendo por base o *Mindfulness*.

Objetivos Específicos: Realizar intervenções de grupo de âmbito psicoeducativo que promovam o controlo da ansiedade tendo por base o *Mindfulness*; Avaliar a pertinência das intervenções realizadas com recurso a escalas, observação e entrevista.

As intervenções realizadas neste Estágio que dão resposta ao 3º Objetivo Geral e respetivos objetivos específicos, encontram-se descritas no capítulo seguinte onde é apresentada a Metodologia Projeto. Tal como no Estágio I, sentimos a necessidade de realizar reflexões das diferentes situações vivenciadas (de acordo com o ciclo de Gibbs) e análises diárias com o Enfermeiro Orientador e outros Enfermeiros presentes na equipa, de forma oral ou escritas. Foi fundamental a realização de reflexões escritas acerca de como nos sentimos nas sessões de grupo concretizadas, assim como de que forma poderíamos melhorar a nossa intervenção. Também foram alvo de reflexão os fenómenos de transferência e contratransferência, de forma a desenvolvermos a autoconsciência na relação terapêutica, identificando as nossas emoções, sentimentos, comportamentos e reações corporais, com o objetivo de compreender como estes podem interferir na relação terapêutica.

Para além das sessões de projeto desenvolvidas, efetuámos o planeamento, implementação e avaliação das intervenções terapêuticas de grupo nos módulos de Movimento, Treino de Competências, Estimulação cognitiva e Psicoeducação. As intervenções realizadas como terapeuta foram as seguintes: sessões de projeto, sessões de relaxamento de acordo com a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, debate acerca de saúde mental, sessão sobre Alimentação e Saúde Mental, debate sobre São Martinho. Como coterapeuta, foram realizadas as seguintes sessões: sessões de culinária, coreografia de dança de natal, decorações de natal, peddy-paper, debate comunitário e planeamento mensal de atividades.

3. METODOLOGIA PROJETO

O objetivo principal da Metodologia de Projeto centra-se na resolução de problemas e, consequentemente, na aquisição de competências e capacidades pessoais devido à elaboração e concretização dos projetos em situações reais (Ferrito, et al., 2010). Esta Metodologia é suportada por conhecimento de nível teórico que posteriormente se aplica na prática, sendo vista como uma ponte entre a teoria e a prática. Posto isto, podemos considerar este tipo de Metodologia como uma ferramenta que permite a prática baseada na evidência (PBE), focando-se na resolução de problemas reais por meio do conhecimento teórico.

Na execução desta metodologia são necessárias características fundamentais, sendo estas: uma atividade intencional que prevê o alcance do objetivo proposto; pressupõe iniciativa, autonomia e autenticidade das pessoas envolvidas, focando-se num problema e tendo em conta a originalidade; envolve complexidade e incerteza; tem um carácter prolongado e faseado, que se estende ao longo do tempo e percorre várias fases até à apresentação dos resultados e avaliação (Ferrito, et al., 2010).

Após a identificação das necessidades dos serviços, em conjunto com o Enfermeiro Orientador, Enfermeiro Chefe de ambos os locais de estágio e Professor Orientador, foi necessário direcionar a aquisição de novos conhecimentos sobre a temática em estudo. A Metodologia de Projeto permitiu-nos delinear um projeto de atuação eficaz, que possibilitasse uma alteração na situação-problema identificada. A escolha desta estrutura de trabalho, que foi implementada em contexto de estágio, tornou-se fundamental para a aquisição das competências de EE e das competências do EEESMP.

A Metodologia Projeto, divide-se nas seguintes fases: o Diagnóstico da Situação, a Definição dos Objetivos, o Planeamento, a Execução, a Avaliação e a Divulgação dos Resultados (Ferrito, et al., 2010). Estas fases serão apresentadas seguidamente, tendo em consideração as atividades desenvolvidas.

3.1. Diagnóstico da Situação

De acordo com Ferrito et al., (2010), a etapa inicial da Metodologia Projeto é o diagnóstico da situação que visa “elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (p. 10). Este é um processo dinâmico e contínuo onde decorre a caracterização da situação sendo necessário que seja realizado rapidamente de forma a possibilitar uma ação em tempo útil (Ferrito et al., 2010). Deste modo, a presente etapa deve consolidar a análise do contexto onde o problema se encontra inserido, tendo em conta o seu carácter social, económico e cultural, tal como, as potencialidades e os mecanismos de mudança que existem. De acordo com os mesmos autores, deve assumir um carácter interpretativo, sistémico e prospetivo, sendo que a sua elaboração deve:

“assentar na compreensão do carácter sistémico da realidade; envolver uma relação de causalidade linear numa primeira fase e ser mais integrado numa segunda fase; ser multidisciplinar; ser um instrumento de participação e de consciencialização dos actores; ser um instrumento de pesquisa-ação; ser já intervenção por ser um instrumento de interação e de compreensão do real.” (Guerra, 1994 cit. por Ferrito et al., 2010, p.11).

Como referido anteriormente, o estágio I teve a duração de 6 semanas, onde foram prestados cuidados a pessoas com experiência de doença mental em contexto de internamento de agudos, assim como à sua família. Neste período foi possível realizar três estudos de caso e respetivos planos de cuidados, tendo como base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a linguagem de classificação CIPE para a definição de diagnósticos de enfermagem. Com a realização dos mesmos e no estabelecimento da RA, foi observada e identificada a necessidade de expressão de sentimentos e emoções e o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes para lidar com os mesmos. Neste sentido, foi constatado que a ansiedade se encontrava em grau moderado nas pessoas a quem realizamos os estudos de caso, sendo do nosso interesse aprofundar esta temática. Após ser transmitido o interesse pela temática à Enfermeira Orientadora, foi realizada uma reunião com o Professor Orientador para validar a necessidade e pertinência da mesma. Posteriormente, foi realizada uma entrevista informal não estruturada com Enfermeiro Chefe dos serviços de ambos os estágios (Estágio I e Estágio Final), acerca das necessidades de formação dos mesmos e da pertinência da temática do projeto nestes.

No âmbito do Estágio Final, manteve-se a motivação para investir na área, pelo que esta vontade foi expressa ao Enfermeiro Orientador do mesmo. O *Mindfulness* surge por motivação de cariz pessoal, por sermos praticantes de meditação e conhecermos os seus benefícios, tendo sido realizado um curso *online*, “Curso de Formação Profissional de *Mindfulness*”, antes de iniciar o projeto. Foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) no domínio da intervenção psicoeducativa no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*, em contexto de saúde (hospitalar e comunitário). Posteriormente, tendo em consideração a evidência científica disponível e as competências que se pretendiam adquirir, foi realizado o programa de Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*

Após a descrição realizada para a escolha da temática, é pertinente a apresentação de dados epidemiológicos a nível mundial e em Portugal.

De acordo com dados recolhidos em estudos epidemiológicos nos últimos anos, uma das principais causas de morbilidade nos países da Europa e o principal motivo de incapacidade, são as perturbações psiquiátricas e os problemas associados à saúde mental. A nível mundial, a percentagem das doenças de foro mental é de 12% e quando se fala em países desenvolvidos este valor aumenta para os 23%. Aproximadamente 165 milhões de pessoas na Europa, sofre de algum tipo de doença mental, sendo que só 10% das mesmas recebe um tratamento adequado (Almeida & Xavier, 2013). Na Europa, a perturbação mental mais comum é a perturbação da ansiedade afetando cerca de 25 milhões de pessoas (5,4% da população), seguida das perturbações depressivas, que afetam 21 milhões de pessoas (4,5% da população) (Organization for Economic Cooperation and Development & European Commission, 2018).

A OMS (2017) revela que a percentagem da população mundial com transtornos de ansiedade em 2015 era de 3,6%. Neste momento, devido aos efeitos da pandemia COVID-19, esta percentagem aumentou, provocando um aumento de 25% na prevalência da ansiedade em todo o mundo (OMS, 2022).

Segundo o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), mais de 1 em cada 5 das pessoas presentes no estudo, apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à realização da entrevista, sendo as perturbações de ansiedade o grupo com a

prevalência mais elevada no nosso país (16.5%). Portugal situa-se em segundo lugar, sendo o país com a prevalência de perturbações psiquiátricas mais alta, seguindo a Irlanda do Norte que ocupa o primeiro lugar (Almeida & Xavier, 2013).

Em Portugal, as perturbações de ansiedade encontram-se na 6ª posição “dos problemas de saúde que mais contribuem para a incapacidade” (CNS, 2019, p.24), sendo que é uma demonstração da contribuição destas perturbações para a carga global de doença. As perturbações da ansiedade têm uma prevalência de 16.5%, sendo superior, por exemplo, às perturbações do humor (CNS, 2019). Este tipo de perturbações pode ser incapacitante para a pessoa e colocar em causa a satisfação das suas atividades de vida diária, podendo levar ao desemprego (CNS, 2019).

De acordo com DGS (2017), uma das metas que se pretende atingir é a inversão da tendência de prescrição terapêutica para o tratamento da ansiedade na população. Assim sendo, o EESMP tem um papel fundamental para a aplicação de estratégias não-farmacológicas para o controlo da ansiedade. Com isto, sentimos a necessidade de abordar a temática escolhida para o projeto de estágio “Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*”, sendo que é uma problemática atual não só a nível nacional, mas também internacional. De forma a aumentar o conhecimento teórico na área em estudo e delinear a nossa intervenção, foi realizada uma RIL. Este investimento foi relevante para sistematizarmos conteúdos importantes e delinear o projeto de intervenção, validando a necessidade de intervir.

3.2. Definição dos Objetivos

Após a conclusão da fase de Diagnóstico da Situação, surge a definição dos objetivos que se pretendem atingir. Esta é considerada uma das fases fundamentais da Metodologia Projeto pois é onde os resultados que se pretendem alcançar são definidos, assumindo a função de nortear a investigação (Ferrito et al, 2010).

Tal como descrito na fase anterior, a ansiedade tem um grande impacto na pessoa com experiência de doença mental. De forma a dar resposta à necessidade das pessoas internadas no

HDP, iremos abordar as Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*.

De acordo com o Regulamento de Competências do EESMP (2018), mais especificamente na 4ª competência, o EESMP “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” (p. 21430). No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2015), encontra-se definida a psicoeducação como uma forma específica de educação com o objetivo de “ajudar pessoas com doença mental ou qualquer pessoa com interesse na doença mental, possibilitando a compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa.” (p. 17038). Esta é também uma forma de ajudar a pessoa que sofre de ansiedade a desenvolver compreensão e aprender estratégias que possibilitem lidar com a doença mental e os efeitos que advém da mesma.

No seguimento da linha de pensamento e atendendo às competências específicas do EESMP, definiram-se os seguintes objetivos:

- Realizar uma RIL que permita procurar a evidência científica mais recente acerca Intervenções psicoeducativas no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness* em contexto de saúde;
- Desenvolver um programa no âmbito de Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*;
- Implementar o programa no âmbito de Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*.

3.3. Planeamento

O planeamento é a terceira fase da Metodologia Projeto. Nesta fase é realizado um levantamento dos recursos necessários, um esboço do projeto onde são definidas as atividades a desenvolver e os métodos de pesquisa, assim como o cronograma do mesmo (Hungler et al, 2001 cit. por Ferrito et al., 2010).

Atualmente, os Enfermeiros deparam-se com vários desafios decorrentes da quantidade e qualidade da informação existente. De acordo com o International Council of Nurses (2012), estes desafios passam por reduzir a falha entre a evidência científica atual e as ações implementadas, o que conseqüentemente, promove a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados, podendo também reduzir os recursos financeiros associados. A OE assume, entre outras, “a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem e entende que a Investigação em Enfermagem é um pilar fundamental para alcançar este desiderato” (OE, 2006, p.2). Para dar resposta a estes desafios, os enfermeiros recorrem à PBE, que pode ser descrita como uma abordagem para fornecer cuidados de saúde que incorporem a melhor evidência científica disponível, proveniente de estudos bem delineados assim como dados do cuidado, levando em consideração as preferências e valores da pessoa a quem prestam cuidados e a experiência profissional dos mesmos (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do EE (2019), estas envolvem as dimensões da educação da pessoa alvo de cuidados e “dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (p.4744). Relativamente ao domínio de competência D, que diz respeito ao “Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, o EE deve basear a sua prática clínica especializada na evidência científica, sendo que esta fundamenta os “processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (p. 4749).

De forma a responder aos objetivos do projeto e para que as intervenções implementadas sejam sustentadas pela evidência científica, procedeu-se à concretização da RIL. Com isto,

pretendemos compreender qual o benefício das intervenções psicoeducativas no controlo da ansiedade com base no *Mindfulness*, na pessoa com experiência de doença mental em contexto hospitalar e comunitário e delinear o plano de intervenções para ser implementado no Estágio Final.

A RIL é um método de pesquisa utilizado na PBE, permitindo a inclusão da evidência científica na prática clínica (Souza et al., 2010). Permite também sintetizar e reunir resultados de pesquisa acerca de uma temática ou uma questão de forma sistemática, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (Galvão et al., 2004). Deste modo, recorreremos ao método de pesquisa preconizado pelo Joanna Briggs Institute (JBI), seguindo cada uma das etapas propostas no mesmo. O JBI tem como missão promover e apoiar cuidados de saúde baseados na PBE, reconhecendo que esta é fundamental para orientar o processo de tomada de decisão, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Durante o desenvolvimento da RIL, foram realizadas as seguintes etapas: formulação da questão de investigação, recorrendo ao acrónimo PICO, definição dos critérios de inclusão e de exclusão, realização da pesquisa em bases de dados, recolha dos dados obtidos, discussão dos mesmos e conclusão do estudo. Estas etapas são fundamentais para garantir a abrangência da revisão realizada, a seleção adequada dos estudos e a análise da evidência disponível, contribuindo para a obtenção de resultados e conclusões da literatura existente do tema em estudo.

Para a formulação da questão de investigação recorreremos ao acrónimo PICO, que nos ajudou a esclarecer quais os principais aspetos em estudo e forneceu clareza acerca do foco da RIL (JBI, 2015). Na tabela seguinte apresentamos os critérios utilizados para a formulação da questão de investigação.

Quadro 2- Formulação da questão de investigação de acordo com o acrónimo PICO.

Acrónimo PICO		
P	Participantes	Pessoa com experiência de doença mental
I	Intervenção	Intervenção psicoeducativa com base no <i>Mindfulness</i>
C	Contexto	Hospitalar ou comunitário
O	Outcomes	Intervenção psicoeducativa com base no <i>Mindfulness</i> no controlo da ansiedade

Desta forma, a RIL pretende responder à questão de investigação: “Qual o benefício da intervenção psicoeducativa com base no *Mindfulness* no controlo da ansiedade na pessoa com experiência de doença mental em contexto hospitalar e comunitário?”

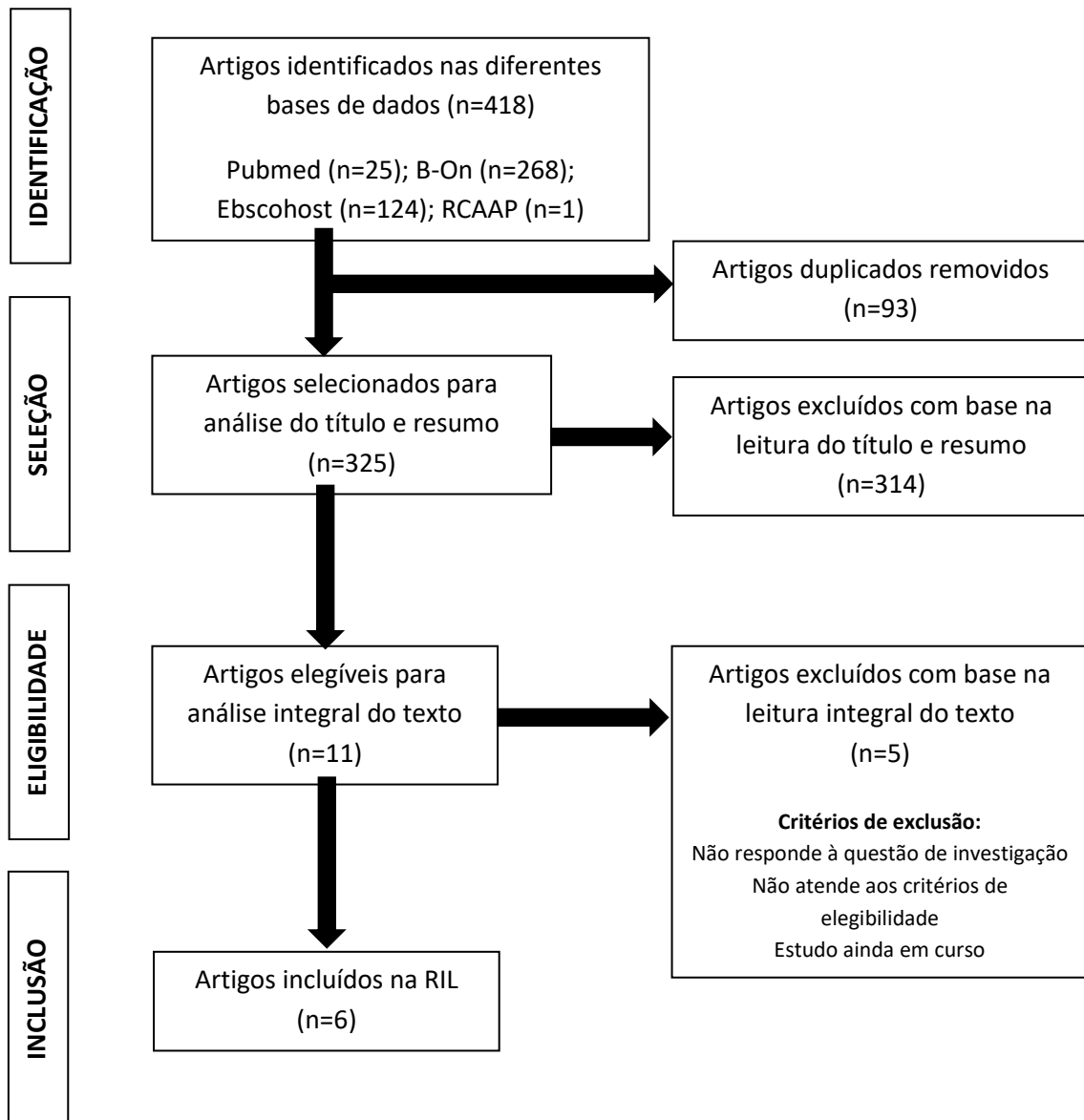
Seguidamente, foram delineados os critérios de inclusão e de exclusão de forma a selecionar a literatura da RIL. Estes devem incluir os participantes, as intervenções e os *outcomes* (JBI, 2015). Os **critérios de inclusão** são os seguintes: estudos que incluíam adultos (idade superior a 18 anos) com experiência de doença mental em contexto hospitalar ou comunitário; estudos que abordem a intervenção psicoeducativa com base no *Mindfulness*; estudos que descrevem intervenções psicoeducacionais efetuadas com base no *Mindfulness* no controlo da ansiedade. O último critério de inclusão torna-se fundamental para a formulação de um plano de intervenção de cuidados de Enfermagem especializados em SMP, no âmbito das intervenções psicoeducativas com base no *Mindfulness* no controlo da ansiedade. Os **critérios de exclusão** são os seguintes: estudos que não se encontrem no período temporal delimitado (entre 2018 e 2022), estudos em que os participantes tenham idade inferior a 18 anos, estudos onde os participantes não são portadores de doença mental, estudos duplicados, estudos que não se encontrem nas línguas Portuguesa e Inglesa e estudos onde não se encontra disponível o texto integral gratuitamente.

Posteriormente, foi delineada a estratégia de pesquisa utilizada, sendo que, de acordo com JBI (2015) passa por: definir as palavras-chave, pesquisa inicial, segunda pesquisa, pesquisa manual, seleção de estudos e manter os registos.

Neste sentido, foi realizada pesquisa científica nas plataformas B-On, Pubmed e EBSCO, sendo selecionadas as bases de dados: *CINAHL Plus with Full Text*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MedicLatina*, *MEDLINE Complete*. A pesquisa foi obtida com recurso aos seguintes descritores em língua inglesa: “*mindfulness*”; “*mental health*”; “*nursing*”, “*anxiety*” com o operador booleano “*and*”. Todos os descritores foram validados nas plataformas Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Devido ao grande número de artigos encontrados, para delimitar o mesmo, foram utilizados como limitadores de pesquisa: descritores “*mindfulness*” e “*anxiety*” selecionados como “*SU subject terms*”, artigos em Português e Inglês, texto integral no intervalo de tempo de 2018 a 2022. A pesquisa foi realizada entre 25 de setembro 2022 e 30 de novembro de 2022.

A pesquisa efetuada, considerando os descritores selecionados e tendo em conta os delimitadores de busca, resultou um total de 418 artigos. Após a exclusão dos artigos duplicados, ficamos com 325 artigos selecionados para a análise do título e resumo. Realizada esta análise com base nos critérios de inclusão e exclusão citados anteriormente, foram excluídos 314 artigos, ficando com um total de 11 artigos para análise de texto integral. Seguidamente, foram excluídos 5 artigos por não responderem à questão de investigação, não atenderem aos critérios de elegibilidade e por serem estudo ainda em curso. Por fim, foram selecionados 6 artigos para a RIL. Na figura seguinte é apresentada a síntese dos resultados obtidos, tendo-se recorrido ao diagrama PRISMA (Peter set al., 2020).

Figura 1- Diagrama PRISMA do processo metodológico da seleção dos artigos a incluir na RIL.



Na fase da Recolha dos dados obtidos o objetivo é de resumir os métodos, intervenções e resultados da pesquisa executada (JBI, 2015). Assim, foi criada uma tabela com a síntese dos artigos selecionados para a realização da RIL. Seguidamente apresentamos os estudos selecionados, com uma tabela síntese que contem os seus objetivos, metodologia e resultados.

A1. Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting (Sado et al., 2018)

A2. An evaluation of large group cognitive behaviour therapy with mindfulness (CBTm) classes (Thakur et al., 2019)

A3. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care settings: A randomized controlled trial (Ninomiya, et al., 2019)

A4. Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress (Frostadottir & Dorjee, 2019)

A5. Mindfulness no contexto dos transtornos mentais: uma revisão integrativa (Pinho et al., 2020)

A6. Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial (Jiang et al., 2022)

Quadro 3 - Síntese dos estudos selecionados para a RIL.

Artigo	Objetivos	Metodologia	Resultados
A1	Investigar a viabilidade e eficácia do MBCT em pessoas com transtornos de ansiedade. Avaliar a eficácia da MBCT no contexto de altas taxas de farmacoterapia	<u>Participantes:</u> 14 pessoas <u>Intervenção:</u> Programa baseado MBCT, 8 sessões de 120 minutos <u>Elementos das sessões:</u> <i>Mindfulness</i> , Psicoeducação, Meditação, Exercícios para casa, Prática em grupo	Os resultados indicam que o programa MBCT aplicado melhora os sintomas associados aos transtornos de ansiedade.
A2	Determinar a aceitabilidade e a eficácia das aulas de	<u>Participantes:</u> 533 pessoas	A maioria dos participantes (90%) expressaram desejo de participar em sessões futuras.

	terapia cognitivo-comportamental com <i>mindfulness</i> (CBTm)	<u>Intervenção:</u> Programa CBTm baseado em MBSR, 4 sessões de 90 minutos <u>Elemento das sessões:</u> <i>Mindfulness</i> , Psicoeducação, Meditação, Exercícios para casa, Prática em grupo	Os participantes que frequentaram as aulas CBTm experimentaram melhorias nos sintomas de ansiedade e depressão, contudo não foi clinicamente significativo.
A3.	Examinar a eficácia do MBCT em contexto hospitalar onde a maioria das pessoas já foi submetida a farmacoterapia, mas não obteve remissão de sintomas	<u>Participantes:</u> 40 pessoas (Grupo controle:20; Grupo de intervenção: 20) <u>Intervenção:</u> Programa baseado MBCT, 8 sessões de 120minutos <u>Elementos das sessões:</u> <i>Mindfulness</i> , Psicoeducação, Meditação, Exercícios para casa, Prática em grupo	A MBCT é eficaz no controlo de sintomas associados aos transtornos de ansiedade em contexto de cuidados secundários, onde a maioria dos participantes não obteve remissão de sintomas com intervenção farmacológica.
A4.	Comparar o impacto do MBCT aplicando instruções implícitas de autocompaixão e CFT aplicando instruções explícitas de autocompaixão na mudança de sintomas, <i>Mindfulness</i> , autocompaixão e ruminação	<u>Participantes:</u> 58 pessoas (Grupo intervenção MBCT: 20; Grupo intervenção CFT: 18; Grupo controle: 20) <u>Intervenção:</u> Programa baseado MBCT e CFT, 8 sessões de 120minutos <u>Elementos das sessões:</u> <i>Mindfulness</i> , Psicoeducação, Meditação, Prática de autocompaixão, Exercícios para casa, Prática em grupo	Ambos os tratamentos resultaram em aumentos significativos na atenção plena (<i>Mindfulness</i>) e na autocompaixão e redução na ruminação, depressão, ansiedade e stress.
A5.	Analisar as evidências de como a prática das intervenções baseadas em <i>Mindfulness</i> tem sido utilizada terapeuticamente e quais os efeitos dessas intervenções em adultos e idosos que sofrem de transtornos mentais	<u>Participantes:</u> Não Aplicável <u>Intervenção:</u> Não Aplicável <u>Elementos das sessões:</u> Não Aplicável	Foram incluídos 37 estudos. Os programas de <i>Mindfulness</i> mais utilizados são MBSR e MBCT. A prática das intervenções baseadas em <i>Mindfulness</i> proporcionou reduções significantes nos sintomas de ansiedade, aumento no bem-estar e na qualidade de vida.
A6.	Comparar a eficácia do grupo MBCT adaptado para o tratamento de TAG (MBCT-A) e a terapia cognitivo-comportamental (TCC) de grupo projetada para tratar o TAG (CBT-A), considerada uma das	<u>Participantes:</u> 138 pessoas (Grupo intervenção MBCT-A: 69; Grupo controle CBT-A: 69) <u>Intervenção:</u> Programa baseado MBCT, 8 sessões, 120 minutos. Reavaliação após 3 meses. <u>Elementos das sessões:</u> <i>Mindfulness</i> , Psicoeducação,	O MBCT-A foi eficaz na redução de sintomas de ansiedade em pessoas com TAG. Os resultados demonstram que esta intervenção não é inferior a CBT-A no que concerne à redução dos sintomas de ansiedade. Ambas as

terapias de primeira linha tratamentos para pessoas com TAG.	Meditação, Exercícios para casa, Prática em grupo	intervenções são eficazes a longo prazo, sendo estas consideradas viáveis para tratamentos opcionais para a pessoa com TAG. O MBCT-A foi também eficaz na melhoria do bem-estar, gravidade geral da doença e sintomas de depressão.
--	---	--

Segundo os resultados obtidos nos estudos selecionados, é possível verificar que a intervenção com base no *Mindfulness* difere nos diferentes artigos sofrendo adaptações. Contudo, os elementos das sessões são semelhantes em todos eles, à exceção do A5 que não se aplica. Entre os elementos das sessões nos diferentes estudos, a psicoeducação encontra-se sempre presente, assim como a prática de *Mindfulness* realizada individualmente, como prática no domicílio, e em sessões de grupo.

A duração dos programas de intervenção nos diferentes estudos é semelhante, com exceção para o A2 e A5. Nos estudos A1, A3, A4 e A6, a duração das sessões é de 120 minutos, sendo os programas com base no *Mindfulness* constituído por 8 sessões. No estudo A2 o programa prevê quatro sessões com a duração de 90 minutos cada. Os programas de *Mindfulness* mais utilizados nos estudos selecionados são MBSR e o MCBT (no A6 com ligeira alteração focando-se no tratamento de TAG), sendo estes também os mais conhecidos. No estudo A2 é utilizado o programa CBtm, sendo este baseado no MBSR.

Nos resultados apresentados em todos os estudos, é possível averiguar que os programas com base no *Mindfulness* têm repercussões positivas no que diz respeito ao controlo da ansiedade. Os estudos A5 e A6 referem também o aumento do bem-estar e os estudos A2, A4, A5 e A6 mencionam melhorias no que diz respeito aos sintomas de depressão. Estes programas podem ser uma alternativa não-farmacológica para a redução significativa dos sintomas de ansiedade na pessoa com experiência de doença mental.

Em suma, através da RIL, confirmamos que a intervenção psicoeducativa com base no *Mindfulness* tem efeitos benéficos no controlo da ansiedade na pessoa com experiência de doença mental.

3.4. Execução

Na etapa da Execução da Metodologia de Projeto é colocado em prática tudo o que foi planeado. Esta fase apresenta uma “importância significativa para o(s) participante(s) do projeto dado que possibilita a realização das vontades e necessidades através das ações planeadas” (Ferrito et al., 2010, p.23). Nesta damos resposta ao objetivo: Desenvolver um programa no âmbito de Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*.

Como referido anteriormente, segundo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (2015), a psicoeducação é descrita como uma forma específica de educar, destinada a ajudar as pessoas que sofrem de doença mental ou qualquer outra com interesse na doença mental. Segundo Houghton & Saxon (2007), a intervenção no âmbito da psicoeducação é considerada benéfica para pessoas que sofrem de ansiedade. Ao considerarmos também que a intervenção psicoterapêutica em grupo, tendo por base o *Mindfulness*, demonstra efeitos positivos no controlo da ansiedade (de acordo com a RIL realizada), apresentamos a seguinte proposta de programa no âmbito de Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*.

Para a elaboração do programa tivemos em consideração tanto a RIL como o livro com o título “*Mindfulness* Atenção Plena: O plano de oito semanas que libertou milhões de pessoas do stress e da ansiedade”, dos autores Mark Williams e Danny Penman (2022).

Após a primeira semana de integração no contexto de Estágio Final, de forma a concebermos um programa realista e adequado às necessidades das pessoas que se encontravam no mesmo, em conjunto com o Enfermeiro Orientador, foi delimitado o número de sessões a realizar, assim como a duração das mesmas, os conteúdos a desenvolver em cada uma delas e as estratégias utilizadas. Delineamos um total de cinco sessões com a duração de aproximadamente 60 minutos cada. Como descrito na caracterização do local de Estágio final existem dois grupos terapêuticos (A e B), sendo que cada sessão de grupo foi apresentada a cada um deles separadamente. No que diz respeito à constituição dos grupos, o número máximo de participantes

em cada um deles é de 8 pessoas, com idade superior a 18 anos, tendo na sua constituição pessoas do sexo feminino e masculino. Como critérios de exclusão: participantes que não aceitem participar no projeto, que apresentem atividade delirante e/ou alucinatória exacerbada, agitação psicomotora, incapacidade de concentração, défice cognitivo acentuado e estado confusional (Coelho & Sousa, 2020).

No decorrer do programa serão realizadas duas entrevistas formais, semiestruturadas, individualmente, a todos os participantes no mesmo. A primeira entrevista será programada no início, previamente à realização das sessões de grupo, com os objetivos: criar uma aliança terapêutica que promova a participação da pessoa; compreender qual o impacto da ansiedade no seu quotidiano; obter informação necessária para estabelecer um diagnóstico, aplicando escala para avaliação da ansiedade (Inventário de Ansiedade de Beck); informar a pessoa acerca do programa e obter o seu consentimento para a participação no programa. A segunda entrevista será realizada no final, após a intervenção psicoeducativa em grupo, tendo como objetivos: avaliar os resultados do programa de intervenção, através da aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck e do questionário de avaliação das sessões; promover a partilha de experiências acerca das sessões realizadas; informar a pessoa acerca do término do programa.

Em seguida apresentamos o programa de Intervenção psicoeducativa em grupo realizado pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*. O plano das sessões desenvolvidas encontra-se em Apêndice.

Quadro 4 - Programa de Intervenção psicoeducativa em grupo realizado pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*.

Programa de Intervenção psicoeducativa em grupo realizado pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o <i>Mindfulness</i>.	
Sessão nº 1	Preletor: Enf ^a Rita Marques
Tema: Ansiedade – “Todos Vivemos”	
Objetivo Geral: Abordar o tema ansiedade;	População Alvo: Utentes do HDP
Objetivos Específicos: Definir ansiedade; Identificar fatores stressores; Identificar estratégias para controlo da ansiedade;	
Estimular e promover a interação social; Desenvolver a	Duração: 60 min

comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção e concentração.	
Descrição: Sessão realizada em grupo com lotação de 8 pessoas sendo utilizada a intervenção psicoeducativa como estratégia terapêutica. A sessão é constituída por três fases: Introdução (apresentar o tema e os objetivos da sessão e realizar exercício de quebra-gelo); Desenvolvimento (Apresentação em Powerpoint (PPT) acerca da temática onde se fomenta a reflexão e discussão em grupo e introdução da sessão seguinte); Conclusão (Exercício para reflexão em grupo acerca das estratégias de gestão da ansiedade que podem ser utilizadas em diferentes situações, síntese da sessão e agradecimento ao grupo)	
Enquadramento Teórico: As intervenções psicoeducativas apresentam como objetivo principal auxiliar a pessoa a desenvolver novas formas de lidar com a sua doença e com os problemas quotidianos decorrentes da mesma (OE, 2022). Esta é considerada uma forma específica de educação e não um tratamento, é uma forma da pessoa desenvolver compreensão e de aprender novas estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos, sendo projetada para fazer parte de um plano global de tratamento (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, 2015). A ansiedade não patológica caracteriza-se como “um alarme protetor desencadeando respostas automáticas e imediatas que estimulam o ser humano a agir em modo de defesa” (Rebelo, & Carvalho, 2014). Segundo Townsend (2011), quando o perigo ou a ameaça real ou percebida deixa de existir, a ansiedade desaparece. De acordo com Oliveira (2011), é considerada uma “reação natural e necessária ao corpo, quando em excesso, traz consequências comprometedoras para a vida do indivíduo” (p. 31). A ansiedade está presente em muitas das pessoas que sofrem de doença mental. Compete ao EESMP ajudar a pessoa a identificar o seu estado de ansiedade, assim como as causas da mesma, os sinais e sintomas que pode provocar e estratégias não-farmacológicas para a sua gestão.	
Sessão nº 2 Tema: Introdução ao <i>Mindfulness</i> – “Desligar o Piloto Automático” Objetivo Geral: Abordar o tema <i>Mindfulness</i> ; Praticar a técnica de <i>Mindfulness</i> através de um exercício de <i>Mindfuleating</i> Objetivos Específicos: Definir <i>Mindfulness</i> e os seus benefícios; Despertar os sentidos através do ato de comer com atenção	Preletor: Enfª Rita Marques População Alvo: Utentes do HDP Duração: 60 min

<p>plena “<i>Mindfulness</i> do chocolate”; Explorar o que acontece quando saímos do “Piloto automático”; Estimular e promover a interação social, Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção e concentração.</p>	
<p>Descrição: Sessão realizada em grupo com lotação de 8 pessoas sendo utilizada a intervenção psicoeducativa como estratégia terapêutica. A sessão é constituída por três fases: Introdução (apresentar o tema e os objetivos da sessão); Desenvolvimento (Apresentação em PPT acerca da temática <i>Mindfulness</i> e o que significa “Desligar o Piloto automático”, onde se fomenta a reflexão e discussão em grupo, e realização de exercício de <i>Mindfuleating</i> designado “<i>Mindfulness</i> do chocolate”); Conclusão (Partilha da experiência vivenciada no exercício, proposta de exercício para ser realizado no dia-a-dia, síntese da sessão, agradecimento ao grupo)</p>	
<p>Enquadramento Teórico: O conceito <i>Mindfulness</i> tem origem budista, há mais de 2500 atrás, e surge da tradução do termo sati (proveniente da língua pali) que na religião budista significa “consciência pura”. (Sipe & Eisendrath, 2012; Miguel & Ruiz, 2020). No mundo ocidental, este conceito é traduzido como “atenção plena” ou “consciência plena” (Gonçalves, Pereira & Basto, 2014). Pode ser definido como um estado inato da mente e faz referência à prestação de atenção intencional no momento presente, com uma atitude aberta, de curiosidade, sem críticas, julgamentos ou rejeições do que ocorre no aqui e agora, sem que a atenção da pessoa seja desviada com eventos do passado ou do futuro (Kabat-Zinn, 2003; Brown et al 2007).</p> <p>O nosso “Piloto Automático” pode ser inconveniente, mas não é um erro. Por vezes, este pode deixar-nos mal em momentos inesperados. Contudo, continua a ser um dos grandes recursos evolutivos da humanidade, permitindo-nos ampliar a memória operativa criando hábitos (Williams & Penman, 2022). Se uma tarefa for repetida mais do que duas vezes, a mente é capaz de fazer uma ligação das ações realizadas, de forma perfeitamente contínua, sendo que o nosso cérebro pode encadear esses hábitos, de forma a realizarmos tarefas longas e complexas, com um contributo pequeno da nossa mente consciente. (Williams & Penman, 2022).</p>	
<p>Sessão nº 3</p> <p>Tema: <i>Mindfulness</i> – “Ter em Mente o Corpo”</p> <p>Objetivo Geral: Compreender a diferença entre pensar e viver uma situação; Preparar a mente para focar atenção nas sensações corporais sem julgamentos.</p>	<p>Preletor: Enf^a Rita Marques</p> <p>População Alvo: Utentes do HDP</p>

Objetivos Específicos: Explorar a diferença entre pensar viver uma situação e vivê-la; Treinar a mente de forma a focar a atenção nas sensações corporais; Treinar a mente para não julgar os pensamentos; Estimular e promover a interação social, Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas de atenção e concentração.

Duração: 60 min

Descrição: Sessão realizada em grupo com lotação de 8 pessoas sendo utilizada a intervenção psicoeducativa como estratégia terapêutica. A sessão é constituída por três fases: Introdução (apresentar o tema e os objetivos da sessão); Desenvolvimento (Introduzir o tema “Ter em Mente o Corpo”); Realizar exercícios de alongamentos e respiração consciente; Realizar o exercício “Meditação – Rastreio Corporal”); Conclusão (Partilha da experiência vivenciada no exercício, proposta de exercício para ser realizado no dia-a-dia, síntese da sessão e agradecimento ao grupo).

Enquadramento Teórico: O corpo não reage apenas àquilo em que a mente está a pensar, também alimenta reactivamente o cérebro com informação emocional, que pode ampliar medos, preocupações, angústia e infelicidade em geral (Williams & Penman, 2022).

O “Modo Fazer” envolve analisar um problema, dividi-lo em partes e encontrar soluções que o aproximem da sua resolução. É uma abordagem prática na resolução de problemas, que inclui estar em “Piloto Automático” a maior parte do tempo e ficar perdido em pensamentos. Este modo inclui viver no passado ou no futuro, evitando aquilo que não gostamos. Quando nos sentimos stressados ou infelizes, tentamos compreender a sua razão e encontrar uma forma de resolução. Contudo, não podemos encontrar soluções para as nossas emoções, apenas podem ser sentidas (Williams & Penman, 2022).

Quando a nossa mente se torna consciente do que está a pensar e sai do “Modo Fazer”, permitenos “sair do diálogo negativo que temos connosco” (Williams & Penman, 2022, p. 37) e há um sentimento de maravilha e de satisfação calma que volta a aparecer.

A “Meditação – Rastreio Corporal” ajuda-nos a treinar a mente, de forma a focarmos a atenção diretamente nas sensações corporais, sem julgamentos ou análise. Esta meditação ajuda-nos a explorar a diferença entre pensar acerca de uma situação ou vivê-la (Williams & Penman, 2022).

<p>Sessão nº 4</p> <p>Tema: <i>Mindfulness</i> – “O rato no labirinto”</p> <p>Objetivo Geral: Compreender quais os limites mentais e físicos e a forma como reagir quando confrontado com os mesmos.</p> <p>Objetivos Específicos: Perceber que podem surgir sentimentos perturbadores quando estamos muito focados no objetivo; Treinar a mente de forma a focar a atenção nas sensações corporais; Estimular e promover a interação social; Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção e concentração.</p>	<p>Preletor: Enf^a Rita Marques</p> <p>População Alvo: Utentes do HDP</p> <p>Duração: 60 min</p>
<p>Descrição: Sessão realizada em grupo com lotação de 8 pessoas sendo utilizada a intervenção psicoeducativa como estratégia terapêutica. A sessão é constituída por três fases: Introdução (apresentar o tema e os objetivos da sessão e realizar exercício de quebra-gelo); Desenvolvimento (Introduzir o tema “O rato no labirinto”, Leitura da história – “O Menino e o Burro”, Partilha e reflexão acerca da história lida, Meditação Movimentos com atenção Plena); Conclusão (Partilha da experiência vivenciada no exercício, proposta de exercício para ser realizar em casa para trazer na próxima sessão, síntese da sessão e agradecimento ao grupo).</p>	
<p>Enquadramento Teórico: O sistema de aversão da mente é ativado quando fazemos algo de forma negativa ou crítica, tornando-nos mais ansiosos, menos flexíveis e criativos. Por outro lado, realizar a mesma ação de “coração aberto” e de forma recetiva, ativamos o sistema de aproximação da mente, permitindo uma vida mais calorosa, criativa e flexível (Williams & Penman, 2022).</p> <p>Quando nos sentimos esgotados, tendemos a deixar de correr riscos e a isolarmo-nos. Estes padrões de comportamento podem infligir um fardo psicológico intolerável, levando à depressão, ansiedade e exaustão. Embora estas “espirais negativas” possam ser muito poderosas, quando tomamos consciência das mesmas, estamos no primeiro passo para as dissipar (Williams & Penman, 2022).</p> <p>A história “O Menino e do Burro” faz alusão ao facto de que quanto mais colocarmos o foco no problema, mais a mente se fecha a um modo de pensar criativo e flexível, ativando o sistema de evitamento da mente. Isto acontece uma vez que se vê o problema de forma negativa, crítica e preocupada (Williams & Penman, 2022).</p>	

<p>Sessão nº 5</p> <p>Tema: <i>Mindfulness</i> – “Quando é que deixou de dançar”</p> <p>Objetivo Geral: Capacitar a pessoa de forma a equilibrar as atividades que a preenchem e as atividades que a esgotam.</p> <p>Objetivos Específicos: Explorar quais as atividades diárias que nos esgotam e que nos preenchem; Capacitar a pessoa a gerir as suas atividades do dia-a-dia; Capacitar a pessoa para encontrar estratégias para lidar com a ansiedade e preocupações; Estimular e promover a interação social, Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção e concentração.</p>	<p>Preletor: Enf^a Rita Marques</p> <p>População Alvo: Utentes do HDP</p> <p>Duração: 60 min</p>
<p>Descrição: Sessão realizada em grupo com lotação de 8 pessoas sendo utilizada a intervenção psicoeducativa como estratégia terapêutica. A sessão é constituída por três fases: Introdução (apresentar o tema e os objetivos da sessão); Desenvolvimento (Partilha do exercício proposto na sessão anterior, Introdução da temática “Quando é que deixou de dançar, com recurso a PPT, Realização de exercício “Teste de atividades”, Meditação “Atenção à respiração”); Conclusão (Partilha da experiência vivenciada em cada exercício, Informar acerca do término das sessões, síntese da sessão e agradecimento ao grupo).</p>	
<p>Enquadramento Teórico: Por vezes, levamos uma vida agitada, tornando-nos vítimas da mesma. Somos incapazes de, por exemplo, sair de um horário laboral asfixiante e de uma vida com <i>stress</i> constante e onde nos sentimos exaustos. O <i>Mindfulness</i> é uma ferramenta que pode melhorar a qualidade de vida, permitindo-nos lidar melhor com situações de <i>stress</i> e ansiedade. O “Funil do Esgotamento” possibilita-nos compreender como os problemas podem afetar cada um de nós. Em algumas culturas os terapeutas não questionam “Quando começou a sentir-se deprimido, mas sim “Quando é que deixou de dançar?” (William & Penman, 2022).</p> <p>O exercício “Teste de atividades” tem como objetivo proporcionar uma ideia de equilíbrio na nossa vida entre as atividades do dia-a-dia que nos “esgotam” e as que nos “alimentam”. Quando estamos esgotados e sob <i>stress</i> temos tendência a desistirmos das atividades que nos “alimentam” de forma a dedicarmo-nos às coisas que consideramos mais “urgentes” e “importantes” (William & Penman, 2022).</p>	

Os métodos a utilizar nas diferentes sessões são de cariz expositivo, interrogativo, ativo e demonstrativo. Relativamente aos recursos humanos, para além do preletor deve fazer parte em todas as sessões um EESMP.

A presente proposta do Programa de intervenção, foi colocada em prática na sua totalidade em contexto do Estágio Final entre os meses de setembro a dezembro de 2022.

3.5. Avaliação

A fase da Avaliação deve ser rigorosa e fornecer elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência, a eficiência e a eficácia. Nesta é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação de forma a analisar os resultados alcançados (Ferrito et al, 2010). Segundo Nogueira (2005), durante esta fase da Metodologia Projeto, é essencial ponderar acerca das modificações que podem ser implementadas após a conclusão do projeto, reconhecer os pontos negativos e positivos e avaliar se os resultados obtidos dão resposta à problemática inicialmente identificada.

O projeto teve a participação de 13 pessoas com experiência de doença mental que se encontravam a frequentar o HDP, sendo que 12 destas terminaram o mesmo (um participante teve alta do HDP), assistindo ao mínimo de 3 sessões cada. Por vezes, alguns dos participantes não conseguiam estar presentes nas diferentes sessões. Quando a pessoa faltava à sessão e se a mesma o consentisse, era realizado um momento individual, onde eram abordados os objetivos da sessão, os conteúdos e os exercícios realizados, com o intuito a todos os participantes poderem conhecer o conteúdo de todas as sessões.

No decorrer do Projeto, foram aplicados alguns instrumentos de avaliação, sendo estes: entrevista semiestruturada aos participantes (no início e no final do projeto), a observação, a aplicação do Inventário de Beck e o Questionário de Avaliação das sessões de projeto.

De acordo com Phaneuf (2005), através da observação o enfermeiro é capaz de apreender a informação transmitida e realizar a sua descodificação. Esta permite avaliar a pessoa alvo de

cuidados de forma completa, não tendo apenas em consideração o que a pessoa transmite verbalmente, mas também os seus comportamentos. A observação ao longo das sessões psicoeducativas implementadas foi realizada de forma discreta e com o intuito de compreender se a nossa intervenção estava a ser eficaz. Constatámos que no decorrer de cada sessão os participantes se sentiam mais à vontade com o grupo ao qual pertenciam e com o preletor. O desenvolvimento da RA com cada pessoa individualmente e com o grupo, baseada no respeito, na empatia e na confiança foi responsável pela participação e pelo interesse de cada elemento nas diferentes sessões. Também observámos a comparação de alguns sinais e sintomas característicos de ansiedade no início e no final de cada sessão. No início das sessões a maioria dos participantes encontrava-se com menor capacidade de concentração, irritabilidade, inquietude e tensão muscular. No final da sessão, conseguimos compreender que a intervenção foi eficaz na redução desta sintomatologia, sobretudo nas sessões que apresentavam meditação.

No final de cada sessão psicoeducativa era realizado um momento de reflexão, onde cada participante mencionava se esta tinha sido útil para melhorar a gestão da sua ansiedade, de que forma tinha melhorado, e se tinham gostado da mesma. Na maioria das sessões os participantes referiram que estas foram úteis para a gestão da sua ansiedade, compreendendo melhor a mesma e conhecendo novas estratégias para lidar com esta. Para além disto, referiram a partilha de experiências, de conhecimentos e de estratégias individuais para lidar com a ansiedade como um ponto positivo. Várias pessoas mencionaram que já não se sentiam sozinhas e que sabiam que tinham um grupo com quem poderiam falar acerca dos seus problemas. Alguns dos participantes formaram um grupo via *online* para programarem momentos de lazer (como por exemplo: fazer caminhadas).

No que diz respeito à aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck na entrevista inicial e na entrevista final do projeto, verificámos que programa no âmbito de Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness* foi eficaz. Ocorreu uma redução na pontuação dos participantes que apresentavam Ansiedade Moderada e Grave no decorrer do programa, como apresentado nas tabelas seguintes:

Quadro 5 - Pontuação do Inventário de Ansiedade de Beck dos participantes na Entrevista Inicial do Projeto.

Entrevista Inicial	
Pontuação Inventário de Ansiedade de Beck	Número de Participantes
Ansiedade Mínima	3
Ansiedade Leve	3
Ansiedade Moderada	3
Ansiedade Grave	3

Quadro 6 - Pontuação do Inventário de Ansiedade de Beck dos participantes na Entrevista Final do Projeto.

Entrevista Final	
Pontuação Inventário de Ansiedade de Beck	Número de Participantes
Ansiedade Mínima	5
Ansiedade Leve	5
Ansiedade Moderada	1
Ansiedade Grave	1

Na entrevista final do Projeto, foi realizado o Questionário de Avaliação das Sessões do Projeto aos 12 participantes. Era constituído por seis questões com o intuito de avaliar as sessões de projeto implementadas. Através deste, foi possível compreender de que forma a nossa intervenção contribuiu para o controlo da ansiedade de cada pessoa, a satisfação dos participantes e o que poderia ser melhorado. Concluímos que, para a maioria dos participantes, as sessões psicoeducativas realizadas foram benéficas para estes adquirirem novas estratégias de gestão da ansiedade. Contudo, dois dos participantes referiram que não foram benéficas. As sessões foram apresentadas de forma clara e os participantes compreenderam os objetivos das mesmas. Aquelas que foram mais ao encontro das necessidades dos participantes foram a sessão nº1, a sessão nº2 e a sessão nº3. O que mais agradou aos participantes foi a aprendizagem de novas estratégias para controlar a ansiedade, especificamente, os exercícios de meditação. Também salientaram como aspetos positivos, uma maior compreensão dos sinais e sintomas que podem experienciar quando se sentem ansiosos, a abordagem de temas que nunca tinham falado e ser possível a partilha com o grupo de experiências que vivem no dia-a-dia. A maioria dos participantes não mudaria nada nas sessões psicoeducativas realizadas. Contudo, alguns referiram que gostariam que fossem mais longas, para que fosse possível a realização de mais exercícios práticos e momentos de partilha

mais demorados. Foi referido pelos participantes que gostariam que existissem panfletos acerca de cada sessão apresentada ou algum suporte em papel, com o objetivo de relembrar os conteúdos aprendidos. Relativamente à satisfação das sessões psicoeducativas implementadas, podemos concluir que os participantes ficaram “Muito Satisfeitos”.

É possível aferir que os objetivos delineados para o projeto foram alcançados. Foi realizada uma RIL que permitiu a recolha de evidência científica para, conseqüentemente, ser desenvolvidos um programa no âmbito de intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*. O mesmo foi implementado em contexto de Estágio Final, constituindo-se como um elemento orientador na prática clínica como estratégia não-farmacológica no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*, em pessoas com experiência de doença mental.

3.6. Divulgação dos Resultados

A fase da Divulgação dos Resultados obtidos após a implementação de um projeto é considerada, por Ferrito et al (2010), a mais importante. É através da mesma que a população conhece o caminho percorrido para a resolução de um problema. A implementação da Metodologia Projeto no âmbito da saúde, promove o desenvolvimento dos profissionais e contribui-se uma mais valia para a melhoria dos cuidados prestados. Assim, através da Divulgação dos Resultados é possível dar a conhecer os esforços realizados pela instituição na melhoria dos cuidados, fornecer informação científica à pessoa alvo de cuidados e a profissionais, servindo de exemplo para outros serviços e instituições (Ferito et al, 2010).

Neste sentido, o projeto desenvolvido no presente relatório de ME foi divulgado:

- À equipa multidisciplinar presente no serviço do contexto de Estágio Final, onde foi disponibilizado um dossier com o projeto, o planeamento das sessões desenvolvidas, assim como os materiais utilizados nas mesmas;
- Através da apresentação em prova pública, perante júri.

A elaboração do projeto de estágio possibilitou-nos organizar e implementar na prática o conhecimento científico adquirido ao longo da pesquisa. Além disso, permitiu-nos ressaltar a relevância da investigação em enfermagem e os benefícios que esta traz para a profissão. Assim sendo, demonstramos a importância dos elementos acima referidos para a divulgação da temática estudada, contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O ato de cuidar está inerente à profissão de enfermagem. Existem diversas alternativas para o cuidar, e é responsabilidade do enfermeiro, com base nos seus conhecimentos e habilidades, determinar qual é a mais adequada para cada situação (Krug, & Somavilla, 2004). Ao longo do tempo os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem têm-se tornado cada vez mais importantes. Isto requer um maior nível de exigência técnica e científica, sendo que a diferenciação e a especialização são uma realidade que se está a tornar cada vez mais comum entre os profissionais de saúde. Desta forma, segundo o Regulamento de Competências Comuns do EE (2019), o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744). De acordo com o 2º artigo do Regulamento de Competências do EEESMP, (2018), o perfil de competências do EEESMP, em conjunto com o perfil das competências comuns, integram o “conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar” (p.21427).

O Decreto-Lei nº 65/2018, publicado no Diário da República nº157/2018, 1ª Série, estabelece que no âmbito do ME, o grau será concedido aos estudantes que demonstrem um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências que se encontram no mesmo.

Com isto, no presente capítulo pretende-se analisar detalhadamente a aquisição de competências, recorrendo à reflexão sobre os conhecimentos adquiridos e implementação dos mesmos no Estágio I e Estágio Final. Para isso, é necessário analisar os seguintes documentos:

- Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República, 1ª Série. Nº 157 de 16 de agosto de 2018;
- Regulamento nº 140/2019 inerente ao Regulamento das Competências Comuns do EE, publicado em Diário da República, 2.ª Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019;
- Regulamento n.º 515/2018 inerente às Competências Específicas do EEESMP publicado em Diário da República, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018.

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e competências de Mestre

As competências comuns do EE, são transversais a todas as áreas de especialidade e são demonstradas através da “(...) elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e acessória.” (OE, 2019, p. 4745). Têm como objetivo atender às necessidades de cuidados relacionadas com a educação da pessoa alvo de cuidados e “dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem.” (OE, 2019, p. 4744). Encontram-se agrupadas em quatro domínios de competência, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

As competências de grau de mestre, encontram-se no Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República, 1ª Série. Nº 157 de 16 de agosto de 2018. São cinco e dizem respeito à: detenção de conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permita o desenvolvimento do saber na área em estudo; aplicação dos conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em novas situações, em contextos alargados e multidisciplinares; capacidade para integrar novos conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais; capacidade de comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; capacidade de aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O primeiro domínio de competência do Regulamento nº 140/2019, Competências Comuns do EE é a “**Responsabilidade profissional, ética e legal**” (p. 4745) que inclui duas competências: “a) 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 (A1); b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)” (4745). Este domínio relaciona-se com as Competência de Mestre, presentes no artigo 15º, do Decreto-Lei 65/2018,

“a) Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação” (p. 4162)

“c) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (p. 4162).

Durante o exercício profissional, o EE encontra-se frequentemente diante de uma variedade de situações que podem gerar dúvidas, tornando-se em dilemas de difícil resolução. Para suportar a tomada de decisão durante os estágios, foi necessário recorrer às normas legais, assim como aos princípios éticos e deontológicos da profissão, presentes no Código Deontológico de Enfermagem (2015) e no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermeiro (2015). Através do contato direto com a pessoa com experiência de doença mental, denota-se que é frequente os profissionais depararem-se com situações complexas que geram dúvidas sobre a melhor forma de agir perante as mesmas. As estratégias adotadas para a resolução destas situações foram realizadas em parceria com a pessoa alvo de cuidados, incluindo a família, sempre que necessário e se a pessoa assim o desejasse, com a equipa de enfermagem e, muitas das vezes, com a equipa multidisciplinar.

Na prestação direta de cuidados ao longo dos estágios a responsabilidade profissional, a importância da vida humana e dos direitos universais foram constantemente considerados. Estes princípios foram suportados pelo Artigo 1º da Declaração dos Direitos Humanos, que afirma a liberdade, a igualdade e a dignidade em direitos de todos os seres humanos, pelo seu Artigo 3º, que afirma que todo o ser humano deve ter direito à vida, à segurança pessoal e à liberdade, assim como pelo Artigo 8º do REPE e pelo Artigo 99º do Código Deontológico do Enfermeiro (2015), que enfatiza a importância das intervenções de enfermagem serem realizadas tendo em conta a defesa pela liberdade e dignidade humana e do enfermeiro. Foram tidos também em consideração os Artigos 102º - Dos Valores Humanos, 103º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida e 110º - Da Humanização dos cuidados, presentes no Código Deontológico do Enfermeiro (2015).

No que concerne ao artigo 102º - Dos Valores Humanos, do Código Deontológico do Enfermeiro (2015), foram tidos em conta o princípio do respeito pela autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência, o princípio da justiça e o princípio da vulnerabilidade.

Ao longo dos estágios, garantimos a confidencialidade e a privacidade das pessoas com experiência de doença mental envolvidas nas intervenções implementadas, assim como um ambiente terapêutico seguro.

No contexto do Estágio I deparámo-nos com frequência com situações de Internamento Compulsivo. Este tipo de internamento encontra-se regulado pela Lei nº 35/2023 de 21 de julho e suscitou em nós vários momentos de reflexão acerca da dignidade da pessoa internada, da sua liberdade e do direito de informação. Nesta Lei são estabelecidos critérios específicos que devem ser cumpridos para que a pessoa com experiência de doença mental seja sujeita a internamento compulsivo. Isto ocorre quando a pessoa com uma perturbação psíquica grave representa uma ameaça para bens jurídicos de especial importância, quer sejam de natureza pessoal ou patrimonial, tanto os seus quanto de terceiros, e não se submeta ao tratamento médico necessário. Nesses casos, o tribunal tem a autoridade para ordenar o internamento da pessoa numa instituição adequada. Foi possível averiguar que regularmente, as pessoas internadas não apresentavam *insight* para a sua situação de doença, pelo que conseqüentemente, não compreendiam o motivo para se encontrarem em regime de internamento compulsivo. Em determinadas situações, este regime era mantido após a alta, principalmente quando a pessoa com experiência de doença mental internada era um risco para si ou para os outros. Estes casos eram discutidos em reuniões multidisciplinares, demonstrando a complexidade deste tipo de decisão e a necessidade de existir uma grande ponderação antes da concretização destas medidas.

Para a aquisição e desenvolvimento destas competências, foi essencial refletir acerca dos valores e crenças existentes, e de que forma estes interferem no desenvolvimento da relação terapêutica. Através do autoconhecimento e consciencialização dos mesmos, foi possível superar preconceitos, proporcionando cuidados num ambiente de aceitação e de respeito pelos valores, crenças espirituais, costumes e práticas específicas de cada pessoa.

O segundo domínio de competências comuns do EE, de acordo com o Regulamento nº 140/2019, diz respeito à “**Melhoria Contínua da Qualidade**”. Este inclui três competências, nomeadamente: “a) Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas

estratégicas institucionais na área da governação clínica (B1); b) Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2); c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3)” (p. 4745).

Neste domínio, podem ser relacionadas duas competências que se encontram no artigo 15º do decreto Lei 65/2018, que dizem respeito à aquisição de competências para grau de mestre, sendo estas: “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p.4162) e “d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e se ambiguidades” (p.4162).

No Código Deontológico do Enfermeiro (2015), Artigo 101º - Do dever para com a comunidade, o enfermeiro tem a responsabilidade de identificar as necessidades da população e da comunidade onde atua profissionalmente, tal como, de participar na procura de soluções para os problemas identificados, trabalhando em conjunto com outros profissionais em programas que atendam as necessidades da comunidade. Também no Regulamento de Competências Comuns do EE (2019), colaborar na conceção e na operacionalização de projetos faz parte da função do mesmo. Posto isto, tendo por base o conhecimento acerca das necessidades das pessoas a quem foram prestados cuidados no Estágio I e Estágio Final, foi escolhido o tema Intervenções psicoeducativas do EESMP no controlo da ansiedade, tendo como base o *Mindfulness*. De maneira a suportarmos cientificamente a intervenção desenvolvida, foi necessário realizar uma RIL para servir de base aos cuidados a serem prestados. Foi também fundamental aprofundar conhecimentos acerca da temática ansiedade, para que na tomada de decisão e implementação das intervenções de enfermagem fosse tida em consideração a melhor evidência científica.

A realização de estudos de caso no decorrer dos estágios foi uma ferramenta indispensável para aprofundar conhecimentos teóricos e relacioná-los com a prática clínica. A elaboração de planos de cuidados em conjunto com a pessoa alvo de cuidados e a sua constante avaliação e reformulação foi uma das formas utilizadas para adquirir esta competência.

Na prestação de cuidados de enfermagem, a pessoa alvo de cuidados teve um papel central, pois o plano de cuidados era delineado em conjunto com a mesma e com a equipa multidisciplinar,

tendo em conta os seus objetivos. Com isto, foi possível assegurar um ambiente terapêutico seguro, onde as crenças, os valores, as necessidades e a individualidade da pessoa foram respeitadas. A preocupação pela escolha de locais tranquilos, reservados, tendo em consideração o conforto da pessoa também esteve sempre presente na nossa prática, assim como a garantia da confidencialidade dos dados. Denotou-se que graças a isto, houve uma maior envolvimento da mesma nas atividades psicoterapêuticas desenvolvidas ao longo dos estágios influenciando positivamente a evolução da relação terapêutica. A administração de terapêutica prescrita foi realizada de forma a garantir os procedimentos de segurança, tendo sido feito um estudo dos fármacos utilizados para o domínio de conhecimentos nesta área. Relativamente aos cuidados de enfermagem prestados, estes foram sempre realizados com supervisão do Enfermeiro Orientador, tendo em consideração a partilha de resultados e a reflexão acerca da tomada de decisão. Com isto, foi possível a análise dos resultados obtidos e a identificação de sugestões de melhoria.

Ao longo dos estágios, foi tido em consideração o Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, dando resposta aos indicadores de cuidados de qualidade realizando a sua monitorização e avaliação, nomeadamente, parâmetros como úlceras por pressão, quedas e controlo de infeção. Os registos dos cuidados prestados foram elaborados de acordo com o programa SClínico, o que permite a continuidade dos mesmos. Para além disto, o EE deve também respeitar as normas e os procedimentos presentes nos serviços.

Em síntese, consideramos que as competências inerentes ao domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e as competências anteriormente enumeradas relativas ao grau de mestre, foram atingidas.

O terceiro domínio de competência do Regulamento nº 140/2019, Competências Comuns do EE é a “**Gestão de Cuidados**” (p. 4745) e inclui duas competências: “a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (p.4745).

De acordo com os artigos 100º e 109º do Código Deontológico do Enfermeiro (2015), o enfermeiro é responsável pela prestação e a gestão dos cuidados que realiza, assim como pelos atos que delega, tendo o dever de assegurar a continuidade e qualidade dos mesmos (OE, 2015).

Para a aquisição destas competências, foram mobilizados conhecimentos adquiridos nalgumas UCs do presente mestrado, incluindo: Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica e Gestão em Saúde e Governação Clínica.

De acordo com Almeida de Moura et. Al (2017), com a constante inovação das tecnologias e das exigências mercadológicas decorrentes, é necessário que os profissionais de saúde desempenhem novas funções, adquiram novos conhecimentos e desenvolvam competências nas áreas de trabalho em equipa, liderança e coordenação de grupos. Nesta perspetiva, a liderança em enfermagem “tem um impacto significativo no ambiente de trabalho como a satisfação do trabalho e, conseqüentemente, no desempenho e na motivação dos profissionais” (Almeida de Moura et. Al, 2017, p. 443).

Os enfermeiros estão capacitados para delegar tarefas de forma eficaz. Isto ressalta a importância do trabalho em equipa e de um ambiente saudável de trabalho, sendo o bem-estar da pessoa o principal objetivo dos cuidados prestados. Em ambos os contextos de estágio, para além da constante observação das práticas, houve a necessidade de colocar questões aos Enfermeiros Orientadores e outros profissionais para compreender o funcionamento dos serviços. Neste sentido, foi possível compreender quais as tarefas delegadas, por exemplo aos assistentes operacionais, para posteriormente delegarmos e supervisionarmos, sempre que achássemos adequado à situação.

Ao longo da realização do Estágio I e Estágio Final foi possível promover um ambiente positivo com a equipa multidisciplinar, através de uma postura que demonstra interesse, disponibilidade, proatividade, responsabilidade, tranquilidade, segurança, procura de situações de aprendizagem e empenho na aquisição de competências e no desenvolvimento dos objetivos propostos. Consideramos que a postura adotada foi crucial para a integração na equipa de enfermagem e multidisciplinar, sendo um ganho para a relação de confiança estabelecida por parte de toda a equipa e conseqüente ganho de autonomia na prestação de cuidados. Outro aspeto importante foi a articulação com a equipa multidisciplinar no que diz respeito à passagem de informação pertinente acerca de cada pessoa internada.

A gestão eficaz do tempo e dos recursos existentes foi também perceptível na execução das atividades propostas no projeto e pelos serviços. Previamente foi realizada a planificação das

mesmas, visando a conciliação dos horários com outras atividades a decorrer nos serviços (por exemplo, na marcação de entrevistas ou sessões de projeto), assim como os recursos materiais a utilizar para evitar o desperdício. Por este motivo, e pelos enumerados anteriormente, consideramos que as competências acima descritas do domínio da Gestão de Cuidados, presente no Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, foram atingidas.

Por fim, o quarto domínio de competência do Regulamento nº 140/2019, Competências Comuns do EE é o “**Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**”, este inclui duas competências: “a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2).” (p. 4745). Para a aquisição destas competências, foram mobilizados conhecimentos adquiridos nalgumas UCs do presente mestrado, incluindo: UC Relação de Ajuda, UC Relação de Ajuda em Saúde Mental e UC Investigação em Enfermagem. Foi também fundamental a realização da RIL e o desenvolvimento de reflexões escritas individuais e com o Enfermeiro Orientador e outros enfermeiros especialistas presentes nos serviços, o que fomentou o processo de autorreflexão e autoconhecimento.

Neste domínio, podem ser relacionadas duas competências que se encontram no artigo 15º do decreto Lei 65/2018, que dizem respeito à aquisição de competências para grau de mestre, sendo estas: “b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (p.4162) e “e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (p.4162).

O reconhecimento de fatores pessoais que influenciavam a relação terapêutica com a pessoa com experiência de doença mental e respetiva família, foi um processo complexo e que nem sempre foi fácil, contudo, desafiador e gratificante quando alcançado. A necessidade de refletir e conhecer quais os sentimentos e crenças implícitos neste processo foi constante. A reflexão acerca das experiências vivenciadas em contexto clínico com o Enfermeiro Orientador e a realização de reflexões escritas, foi crucial para o desenvolvimento de autoconhecimento e para uma atuação mais eficaz nos desafios do dia-a-dia.

O desenvolvimento e treino da comunicação assertiva demonstrou-se importante tanto a nível pessoal como profissional, pois “(...) ajuda-nos a sentirmo-nos bem connosco próprios e a aumentar a nossa autoestima. Ajuda-nos a sentirmo-nos bem em relação a outras pessoas e aumenta a nossa capacidade de desenvolver relações satisfatórias com as outras pessoas.” (Towsend, 2011, p.238). Tudo isto é alcançado através da frontalidade, honestidade, respeito pelos direitos do próprio e pelos dos outros (Towsend, 2011). Desta forma, através da reflexão, do treino da assertividade e do autoconhecimento, foi possível identificarmos sentimentos, características de personalidades, valores, limites pessoais e profissionais existentes. Ao reconhecer e adaptar estes aspetos, o EE pode melhorar continuamente a sua prática de cuidados procurando o crescimento pessoal e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem diferenciados. Todo este processo permitiu-nos também adquirir recursos eficazes para gerir situações que podem ser causadoras de *stress*, proporcionando um melhor conhecimento e gestão dos nossos sentimentos e emoções.

Para que os cuidados especializados prestados sejam de qualidade, tornou-se indispensável conhecer a evidência científica mais atualizada e baseá-los na mesma. Neste sentido, a concretização do protejo teve início com a pesquisa bibliográfica em livros e bases de dados relevantes para a temática em estudo, o que apoiou a aprendizagem e o desenvolvimento profissional. Esta foi um alicerce na fundamentação para a tomada de decisão e para a realização das intervenções de enfermagem especializadas. Também foi deixado o nosso contributo no serviço com a elaboração de um dossier que continha as sessões de projeto e a sua descrição, com fundamentação teórica associada a cada uma destas, para poderem ser posteriormente aplicadas pelos EESMP presentes no HDP. A partilha das experiências com a equipa multidisciplinar e o esclarecimento de dúvidas acerca do projeto e das sessões realizadas também foram pontos que consideramos muito positivos.

Houve a oportunidade de assistir a formações em serviço apresentadas por enfermeiros dos serviços onde nos encontrávamos a estagiar e de participar na discussão de ideias e de sugestões de melhoria. Durante o mestrado foi realizado um curso de Formação Profissional de *Mindfulness* que durou quatro semanas, o que possibilitou adquirir e aprofundar conhecimentos acerca da temática para a realização do projeto de estágio e do presente relatório.

Em suma, as competências acima descritas do domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, presente no Regulamento nº 140/2019 inerente às Competências Comuns do EE, e as competências de Grau de Mestre previamente descritas, foram atingidas. Neste percurso, o desenvolvimento do autoconhecimento e a autorreflexão, assim como a procura de evidência científica, foram fundamentais para o crescimento tanto no âmbito pessoa como profissional, para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem especializados.

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

Para além das competências comuns do EE, o EESMP agrega também as competências Específicas da área de especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica. Estas auxiliam o enfermeiro a “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando -o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (OE, 2018, p. 21427).

A enfermagem de SMP adota um papel fundamental na promoção e prevenção da saúde mental, no diagnóstico e intervenção junto da pessoa com experiência de doença mental, sempre que ocorre um processo de transição na sua vida que seja gerador de sofrimento. O EESMP por excelência é o que melhor compreende “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais.” (OE, 2018, p. 21427).

No decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, o EESMP experiencia variados processos, sendo estes: “mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.” (OE, 2018), p. 21427). Deste modo, o processo de aprendizagem foi orientado com o objetivo de prestar cuidados de Enfermagem de SMP de qualidade, visando o bem-estar e o alcance dos objetivos das pessoas alvo de cuidados e, sempre que possível, respetiva família. Esta abordagem foi baseada em conformidade com as competências específicas do EEESMP, que se

encontram no Regulamento n.º 515/2018, publicado em Diário da República nº515/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, sendo estas:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
- c) 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;
- d) 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.

Seguidamente, realizaremos a análise e reflexão da aquisição das competências acima referidas, tendo em consideração os conhecimentos adquiridos e mobilizados e as experiências vivenciadas em contexto de estágio.

De forma a adquirir a primeira competência específica do EEESMP, "**a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional**" (OE, 2018, p. 21428), é crucial desenvolver o autoconhecimento e realizar reflexões constantes sobre nós próprios. Na aquisição desta, é fundamental compreender o seu descritivo, pois quando estabelecemos a relação com a outra pessoa é essencial termos consciência acerca de nós mesmos, visto que

“a capacidade de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, mediante a vivência de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas, é central para a prática de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados.” (OE, 2018, p.21428).

No decorrer dos estágios, esta competência foi bastante desenvolvida, através da constante reflexão das nossas ações e práticas. Estas tiveram por base o Ciclo Reflexivo de Gibbs.

Durante a relação de ajuda, o EESMP deve demonstrar uma tomada de consciência de si mesmo, identificando “(...) no aqui-e- agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” (OE, 2018, p. 21428) e monitorizando “(...) as suas reações corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica.” (OE, 2018, p.21428). Ao estar mais consciente de si mesmo, o EESMP pode ser mais sensível às suas próprias reações e respostas emocionais, reconhecendo como os seus aspetos pessoais podem influenciar positiva ou negativamente a relação terapêutica. Conforme defende Chalifour (2018), é na expressão consciente das suas qualidades profissionais e pessoais “(...) que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios” (p. 9-10). A monitorização das nossas reações corporais, respostas comportamentais e emocionais durante o processo terapêutico, careceu de um grande investimento pessoal e de momentos de reflexão escrita realizados após as entrevistas e das sessões psicoterapêuticas de grupo. Após estes e com o aumento de conhecimentos teóricos e práticos, com o auxílio do Enfermeiro Orientador e partilha de situações com a equipa de enfermagem, permitiu-nos adaptá-los e melhorar a nossa prática de cuidados. Foram utilizadas técnicas de comunicação verbal e não verbal (a proxémia, o respeito, a compreensão empática, a compaixão, entre outras), de forma intencional e consciente, para o desenvolvimento e estabelecimento da relação terapêutica. Uma das grandes dificuldades sentidas foi a gestão do silêncio, contudo, no decorrer dos estágios compreendemos que o mesmo faz parte das trocas interpessoais (enfermeiro-pessoa), sendo que uma boa escuta supõe que a enfermeira preste atenção à outra pessoa, de forma a colocar de lado os seus próprios pensamentos e emoções, dando-lhe espaço para responder (Phaneuf, 2005). O silêncio, de acordo com Sequeira (2016), quando é utilizado de forma correta, manifesta respeito e permite a introspeção. Para além disto, o mesmo autor, refere que permite também, a reflexão e o contacto com as emoções. Neste sentido, por vezes, sentimos dificuldade na gestão dos silêncios, principalmente quando estes se tornavam prolongados e não sabíamos como agir. Ficávamos na dúvida se deveríamos interromper aquele silêncio ou se daríamos espaço ao outro para pensar e posteriormente responder. Ao longo dos estágios, conseguimos aprender a gerir os mesmos, compreendendo a sua importância na comunicação, de forma que não se tornassem tão desconfortáveis para nós. Após reflexão, podemos constatar que este desconforto resultava da nossa insegurança em interromper o silêncio

pois poderíamos não permitir que a pessoa se expressasse e, por outro lado, sentíamos receio que a pessoa não conseguisse dar resposta às questões colocadas e que a intervenção não fosse eficaz.

O uso terapêutico de si, de acordo com Townsend, 2011, requer que o enfermeiro tenha grande autoconsciência e autoconhecimento e deve entender que a “capacidade e extensão à qual consegue efetivamente ajudar outros, quando necessário, é fortemente influenciada pelo seu sistema interno de valores – uma combinação do intelecto e emoções.” (p.122).

A autoconsciência possibilita a envolvimento de forma autêntica e empática na relação terapêutica com a pessoa com experiência de doença mental, mantendo sempre uma postura profissional, de respeito e aceitação do outro (Phaneuf, 2005). Através da autoconsciência, foi-nos possível refletir acerca do processo de aceitação do outro. Existiu a necessidade de ver o outro como um ser único e considerar as suas particularidades no plano de cuidados, realizado em conjunto com a pessoa alvo de cuidados e, sempre que possível com a família, e ter em consideração que estes últimos podem escolher o que acham mais adequado para si (Chalifour, 2008). Para que tal fosse possível, foi necessário adotarmos o quadro e referência do outro, as suas crenças, valores e objetivos pessoais, livre de julgamentos, de forma a que a pessoa se sentisse aceite por nós (Rogers, 2010). No entanto, no contexto de estágio de SMP, lidar com pessoas com características tão específicas, na maioria das vezes com histórias de vida complexas e comportamentos imprevisíveis, fez com que a tarefa de gerir sentimentos, emoções, comportamentos e juízos de valor, não fosse fácil e, por vezes, mesmo desafiadora. Ao longo desta experiência foi essencial aprendermos a desenvolver a consciência das nossas emoções, valores e limites pessoais. No início e durante a realização de entrevistas, assim como de sessões psicoterapêuticas, foi necessário clarificar o nosso papel como enfermeira, tal como descrito Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (2018), é essencial manter “o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico” (p. 21428).

Durante os estágios, foram identificados fenómenos de contratransferência, tendo sido realizados reflexões escritas acerca dos mesmos e posterior reflexão com o Enfermeiro Orientador. Estes referem-se à resposta tanto emocional como comportamental do enfermeiro para com a pessoa alvo de cuidados e podem estar relacionadas com “sentimentos mal resolvidos em relação a pessoas próximas do passado do enfermeiro, ou podem ser geradas em resposta a sentimentos de transferência da parte do cliente” (Townsend, 2011, p.130). Estes fenómenos têm o potencial

de influenciar a dinâmica da relação terapêutica, sendo fundamental estarmos atentos quando ocorrem, reconhecermos as nossas reações e emoções, para as conseguirmos gerir de forma adequada e manter a qualidade dos cuidados prestados.

Criar e estabelecer a relação terapêutica com a pessoa com experiência de doença mental, nem sempre correu da forma esperada, sendo muitas das vezes um desafio. Consideramos que este tenha sido superado com sucesso, tendo sido o resultado de reflexões constantes, tanto individuais como com o Enfermeiro Orientador e vários elementos da equipa de enfermagem. Este trabalho permitiu a análise das nossas barreiras pessoais e dificuldades, e de que forma é que estas poderiam ser ultrapassadas. As reflexões realizadas tinham por base pesquisa bibliográfica e contribuições teóricas, de maneira a aprofundar conhecimentos e sustentar a tomada de decisão. Para além disto, foi também necessário o estudo contínuo da RA e de técnicas de comunicação, onde destacamos o contributo das UCs de RA e RA em Saúde Mental, assim como a sua implementação no dia-a-dia, mesmo fora do contexto de estágio.

A segunda e terceira competências específicas do EEESMP são as seguintes “**b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**” (OE, 2018, p. 21427) e “**c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto**” (OE, 2018, p. 21427). Estas competências encontram-se relacionadas com o processo de enfermagem e a importância que este tem na prestação de cuidados de enfermagem realizados pelo EESMP.

Para Neuman (2011), o processo de enfermagem é operacionalizado através de três etapas: Diagnóstico de enfermagem, onde é realizada a colheita de dados de forma a identificar, clarificar e avaliar as interações com os elementos *stressores* e a pessoa alvo de cuidados e que originam alterações no bem-estar e na sua saúde; os Objetivos, estes devem ser sempre delineados em conjunto com a pessoa alvo de cuidados e, se possível, com a respetiva família ou pessoa significativa, para que as intervenções de enfermagem realizadas sejam eficazes; os Resultados, sendo que estes são determinados pela intervenção de enfermagem e, em conjunto com a pessoa e sempre que possível respetiva família ou pessoa significativa, avaliar as mesmas e reformulá-las sempre que necessário. Ao longo dos estágios, a metodologia de gestão de caso foi essencial e

tivemos a oportunidade de realizar três processos de enfermagem, tendo em conta o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Para alcançar estas competências, é fundamental trabalhar tanto a observação, como a comunicação para melhor compreender a pessoa com experiência de doença mental, assim como o seu meio envolvente. No decorrer dos estágios, foi-nos possível desenvolver a técnica de entrevista. Chalifour (2009), considera a entrevista como um tipo particular de interações verbais e não verbais formas entre um interveniente e a pessoa alvo de cuidados ou um grupo, ao longo das quais os participantes usam determinados “modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objetivos visados e do tempo que acordam para este fim.” (p.60). Na prática clínica do EESMP, o uso da entrevista é de extrema importância pois permite realizar uma colheita de dados relevantes e desempenha um papel fundamental na construção da relação terapêutica. Através desta, o enfermeiro pode estabelecer um ambiente terapêutico com base na confiança, empatia e respeito, onde a pessoa com experiência de doença mental se sente confortável para partilhar as suas experiências, necessidades e preocupações. A entrevista é também um meio para ajudar a pessoa a encontrar estratégias para melhorar a sua condição de saúde, permitindo “a mudança comportamental, o suporte psicológico, o ensino, a resolução de problemas, a resolução de conflitos e de situações de crise” (OE, 2021, p. 32).

Após a consulta de informação no processo clínico da pessoa alvo de cuidados e a solicitação da mesma aos enfermeiros dos serviços, efetuámos guiões de entrevistas formais semiestruturadas, dos tipos avaliação diagnóstica e de ajuda. Foi necessário recorrer à observação e à utilização de instrumentos de avaliação validados para a prática clínica, sendo alguns exemplos: Inventário de Ansiedade de Beck, Avaliação do Insight através da escala de Makrová e Berrios, Inventário de obsessões e compulsões, avaliação do estado cognitivo através Aplicação da MOCA e Escala da Esperança de Herth-PT. Na realização das mesmas, foi importante ter em consideração as diferenças linguísticas e culturais da pessoa. É de notar que a doença mental traz alterações na vida tanto da pessoa que a vivência, como na sua família. Por vezes, a falta de conhecimento sobre a doença e a forma como se pode intervir em determinadas situações, pode causar um grande sofrimento à família. Por isto, é também importante incluir a família nos cuidados prestados, de forma a atenuar o seu sofrimento e a adequar estratégias para lidar com a doença. Neste sentido, no estágio final, tivemos a oportunidade de participar em entrevistas à família da pessoa com

experiência de doença mental, de forma a obter informações sobre o seu comportamento e funcionalidade e identificar as necessidades da mesma. Na maioria das vezes, estas entrevistas eram realizadas em equipa multidisciplinar e com a presença tanto da família, como da pessoa alvo de cuidados. Assim, a avaliação da situação da pessoa de forma holística, deu-nos a possibilidade de elaborar diagnósticos de enfermagem, respetivas intervenções e avaliação das mesmas, em conjunto com a pessoa.

A linguagem utilizada para a formulação do plano de cuidados foi de acordo com a taxonomia CIPE, visto que esta é um instrumento universal, que simplifica a comunicação entre os profissionais de enfermagem e visa a uma maior uniformização e visibilidade dos seus cuidados (OE, 2011).

Outro aspeto que se destacou, foi a oportunidade de participar ativamente nas passagens de turno, em reuniões com a equipa multidisciplinar e em formações em serviço. Estas experiências permitiram-nos observar e contribuir de forma ativa na discussão do plano individual de cuidados das pessoas que se encontravam internadas em ambos os serviços de estágio. Nestas reuniões, foi também possível partilhar com a equipa o conhecimento adquirido durante as nossas intervenções, o que contribuiu para o desenvolvimento das nossas competências como EESMP. Para manter a continuidade dos cuidados de enfermagem em saúde mental, os registos dos turnos foram realizados no programa SClínico, assim como as notas de alta hospitalar. Estes eram explícitos, claros, livres de juízos de valor e com a utilização de nomenclatura adequada no âmbito da SMP, para que não ocorressem erros de interpretação.

A identificação dos recursos existente na comunidade, nos dois contextos de estágio, foi possível através de estudo autónomo, discussão com os Enfermeiros Orientadores e a equipa multidisciplinar. Consideramos que este trabalho se tornou importante de modo a sugerirmos recursos que se adequassem à situação da pessoa alvo de cuidados e respetiva família.

Avaliando o que foi descrito e o nosso constante desempenho ao longo dos estágios, consideramos que estas competências foram atingidas com sucesso. Adquirimos conhecimentos e aptidões que nos capacitaram para a elaboração de diagnósticos de enfermagem em SMP e respetivo plano de cuidados, de forma a promover a recuperação da saúde mental e o bem-estar da pessoa com experiência de doença mental.

Após a aquisição das três primeiras competências EEESMP, falamos da quarta e última competência EEESMP. Esta abrange as anteriores e só é possível a sua aquisição se as mesmas tiverem sido alcançadas. A quarta competência diz respeito à prestação de **“cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”** (OE, 2018, p. 21430).

A psicoeducação, de acordo com a OE (2021), é considerada como uma intervenção que tem como objetivo fornecer formação à pessoa com experiência de doença mental, família, cuidador informal ou ainda a grupos-alvo, acerca da doença, direitos e estratégias adaptativas à situação de saúde. Para além da informação transmitida, a psicoeducação auxilia a pessoa a compreender e a dar sentido à experiência que vivencia. Para que isso seja possível, o EESMP, na sua prática, utiliza estratégias com o objetivo de: “Impulsionar relações orientadas pelo respeito e pela reciprocidade; Aumentar a autoestima; Aumentar a esperança; Favorecer a autodeterminação; Favorecer o autocontrolo; Apoiar o crescimento pessoal.” (OE, 2021, p. 37). É importante ressaltar que a psicoeducação é utilizada como parte integrante de um plano terapêutico e não é uma alternativa a outras intervenções terapêuticas e farmacológicas. Para a aquisição desta competência, é relevante destacar a importância da aprendizagem acerca de intervenções psicoeducativas nas UCs lecionadas no Mestrado.

Os locais onde estagiámos pertenciam ao mesmo centro hospitalar e mesmo departamento e os enfermeiros que neles trabalhavam faziam parte da mesma equipa, o que se tornou facilitador para a escolha da temática do projeto desenvolvido. No estágio I, foram levantadas as necessidades dos serviços, juntamente com o Enfermeiro Orientador e o Enfermeiro Chefe dos serviços e, posteriormente, foi abordada, com o Professor Orientador, a temática de interesse para o desenvolvimento do projeto que incidiu maioritariamente no Estágio Final. Após realizada pesquisa para a procura de evidência científica, de acordo com as necessidades encontradas e por motivos pessoais e profissionais, a decisão foi de direcionar o nosso projeto para intervenções psicoeducativas no controlo da ansiedade, tendo como base o *Mindfulness*.

As intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais, e psicoeducacionais foram realizadas maioritariamente em grupo, o que levou a que nos focássemos na relação interpessoal entre os pares e na interação dos mesmos. O estabelecimento da relação de confiança

entre os elementos do grupo e a criação de um ambiente seguro e acolhedor, tornaram-se cruciais para que ocorresse a partilha de sentimentos, emoções e experiências de vida. Esta abordagem contribui para o aumento do *insight* dos participantes, ou seja, da sua compreensão e consciência sobre a sua própria condição de saúde mental. Ao partilhar experiências, ouvir perspetivas diferentes e discutir estratégias de ajuda, as pessoas com experiência de doença mental podem ganhar uma maior compreensão sobre os seus desafios, encontrar novas formas de lidar com eles e desenvolver recursos pessoais para enfrentar as dificuldades. Estabelecemos a RA (em intervenção terapêutica individual e nas sessões terapêuticas de grupo), para que fosse possível a criação de uma relação de confiança e empatia e para aumentarmos o nosso conhecimento acerca de cada pessoa.

Para a implementação das intervenções psicoterapêuticas de grupo, foi necessário realizarmos um estudo aprofundado sobre grupos terapêuticos para que fosse possível compreender as suas funções, dinâmicas, fases de desenvolvimento e o papel do enfermeiro nos mesmos. A reflexão oral com os EESMP da equipa que assistiam às sessões, e a reflexão escrita acerca das intervenções em grupo desenvolvidas, antes e após as mesmas, foi fundamental para a aprendizagem e melhoria constante da prática. De acordo com Clark (1994), a pessoa que lidera um grupo terapêutico deve ter conhecimentos acerca do processo de grupo, ou seja, a forma como os elementos do grupo interagem uns com os outros, as interrupções, os silêncios, os juízos e os olhares. Esta deve também ter conhecimento aprofundado no que diz respeito ao conteúdo apresentado e à capacidade de expor o tema numa linguagem simples, de forma a ser perceptível e compreendida por todos os elementos do grupo terapêutico (Townsend, 2011).

A oportunidade de assistirmos a sessões de grupo realizadas pelos enfermeiros do serviço foi benéfica para melhor compreensão da dinâmica de grupos e de como a relação terapêutica, assente na confiança e que promova a identificação e expressão de sentimentos de forma livre, aumenta a participação das pessoas envolvidas. Nas experiências vivenciadas, a partilha de sentimentos foi sempre positiva pois promoveu a compreensão, a reflexão e a aquisição de estratégias para lidar com as adversidades sentidas no dia-a-dia.

Para além das sessões de projeto desenvolvidas, efetuámos o planeamento, implementação e avaliação de intervenções terapêuticas de grupo nos módulos de Movimento, Treino de Competências, Estimulação cognitiva e Psicoeducação. As intervenções realizadas como

terapeuta foram as seguintes: sessões de projeto, sessões de Relaxamento de acordo técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, Debate acerca de saúde mental, sessão acerca de Alimentação e Saúde Mental, Debate Sobre São Martinho. Como coterapeuta, foram realizadas as seguintes sessões: sessões de culinária, coreografia de dança de Natal, decorações de Natal, *peddy-paper*, debate comunitário e planeamento mensal de atividades.

O EESMP tem o papel crucial de promover a reabilitação psicossocial de pessoas com experiência de doença mental, para que estas tenham a oportunidade de atingir o seu nível de potencial de funcionamento independente na comunidade (OE, 2015). O enfermeiro contribui para a capacitação das pessoas no âmbito de competências sociais e laborais, aumentando a sua autonomia e reduzindo o estigma associado à doença mental. Ao longo dos estágios foi demonstrada sensibilidade ao abordar diferentes temáticas que refletiam as necessidades da pessoa alvo de cuidados e/ou respetiva família. O respeito contínuo pelos direitos e deveres das pessoas e famílias, assim como a proximidade estabelecida com elas, foram fundamentais para construir uma RA efetiva. É importante lembrar que essa relação respeitou sempre os limites e as necessidades individuais de cada pessoa.

Concluimos assim, que no decorrer dos estágios foram consolidadas as quatro competências EEESMP.

5. CONCLUSÃO

Através da elaboração deste relatório, foi-nos possível refletir acerca do percurso realizado ao longo do mestrado, considerando as UCs lecionadas e as experiências nos dois contextos de estágio. Permitiu-nos refletir acerca do nosso desenvolvimento tanto pessoal como profissional, demonstrando a aquisição de competências de mestre, competências comuns do EE e as competências EEESMP. Fomos confrontados com questões pessoais significativas, tornando esta experiência desafiante, pela necessidade constante de introspeção, favorecendo o desenvolvimento do autoconhecimento, remetendo para sentimentos de gratificação. Refletimos acerca da necessidade de estabelecer limites pessoais, da dificuldade na gestão do silêncio, acerca dos fenómenos de transferência e contratransferência e da nossa intervenção com a pessoa com experiência de doença mental e de que forma a poderíamos melhorar. No âmbito profissional, embora a área de saúde mental não fosse estranha para nós, não é atualmente a nossa principal área de atuação, tendo sido um percurso desafiador e exigente.

Com base nas necessidades identificadas no local de Estágio I, estabelecemos a problemática a ser estudada e desenvolvemos um Projeto de intervenção através da metodologia projeto. Abordar a questão da ansiedade e implementar intervenções psicoeducativas com base no *Mindfulness* para o seu controlo, representou um desafio constante durante a prestação de cuidados. Contudo, com dedicação, com gosto pelas intervenções que estávamos a concretizar e com o esforço colocado nas mesmas, conseguimos superar os obstáculos e os desafios para alcançar os resultados desejados. Neste percurso contámos sempre com o apoio dos Enfermeiros Orientadores dos locais de estágio, assim como das equipas presentes nos mesmos e do Docente Orientador.

A escolha da temática relacionada com as perturbações de ansiedade e da intervenção psicoeducativa com base no *Mindfulness*, teve vários benefícios. Em primeiro lugar, proporcionou uma oportunidade para ampliar o conhecimento acerca da perturbação de ansiedade, uma vez que afeta um grande número de pessoas a nível mundial, sendo uma das perturbações mentais mais comuns. Em segundo lugar, serviu de base para a aquisição de competências especializadas em enfermagem de SMP. Em terceiro lugar, foi dada a conhecer a intervenção psicoeducativa com base no *Mindfulness*, tanto à pessoa com experiência de doença mental como às equipas presentes nos

locais de estágio, sendo uma estratégia não-farmacológica inovadora e eficaz no controlo da ansiedade.

Após refletirmos sobre o desenvolvimento e implementação do projeto, consideramos que podem haver aspetos a melhorar. Se existisse oportunidade, as sessões poderiam ser de maior duração (cerca de 90 minutos), pois sentimos que alguns dos participantes gostariam de ter tido mais tempo para partilhar experiências, tal como descrito pelos mesmos no questionário de avaliação das sessões. Outra melhoria seria disponibilizar suporte em papel das sessões realizadas, no fim das mesmas. Relativamente à escala utilizada (Inventário de Ansiedade de Beck), esta avalia os sintomas de ansiedade experienciados pela pessoa na última semana, o que pode dificultar a avaliação de que a redução da ansiedade dos participantes foi decorrente das intervenções psicoeducativas realizadas. Em alternativa, poderia ter sido utilizada a Escala de Ansiedade de Hamilton.

Podemos afirmar que os objetivos propostos para este relatório de ME foram atingidos com sucesso. No futuro, pretendemos investir continuamente no nosso autoconhecimento e na nossa formação na área, com o objetivo de melhorar os cuidados prestados à pessoa e respetiva família, promovendo a melhoria da qualidade dos mesmos.

6. BIBLIOGRAFIA

- Adwas, A., Jbireal, J. M., Azab, A. (2019). Anxiety: Insights into Signs, Symptoms, Etiology, Pathophysiology, and Treatment. *East African Scholars Journal of Medical Sciences*, 2(10), 580-591. <https://www.researchgate.net/publication/336738068>
- Almeida de Moura, A. Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Zanetti, A. C. B., & Gabriel, C. S. (2017). Liderança e satisfação no trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 442–450. DOI:10.1590/1982-0194201700055
- Amaral, A., Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção Psicoeducacional. . (Ed.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.174-176). Lidel
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnósticos e estatísticos das perturbações mentais - DSM-5*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19, 266-277.
- Bechelli, L. P., & Santos, M. A. (2004). Psicoterapia de Grupo: Como surgiu e evoluiu. *Rev Latino-am Enfermagem*, 12(2). 242-249. DOI: 10.1590/S0104-11692004000200014
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211- 237. DOI: [org/10.1080/10478400701598298](https://doi.org/10.1080/10478400701598298)
- Campayo, J. G., Demarzo, M. (2015). *Manual Práctico. Mindfulness. Curiosidad y aceptación*. Barcelona: Editorial Siglantana
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta
- Conselho Nacional de Saúde (2019). *SEM MAIS TEMPO A PERDER - relatório CNS Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*.

- Cosenza, R. (2021). *Neurociência e Mindfulness: meditação, equilíbrio emocional e redução do stress*. Porto Alegre: Artmed
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*. 65 (4), DOI: 564-570. 10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- Despacho n.º 9390/2021 (2021) Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Diário da República, Série II (n.º187 de 24-09-2021), 96-103.
- Direção Geral de Saúde (2017). Programa Nacional Para a Saúde Mental. International Council of Nurses (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)*. São Paulo: Artmed.
- Fawcett J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories.* (2Eds.) F.A. Davis Company.
- Freese, B. (2002). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In Tomey, A. & Alligood, M (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp.335-376). Lusociência
- Freitas, M. C., & Mendes, M. M. R. (2007). Chronic health conditions in adults: concept analysis. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(4), 590-597
- Frostadottir, A. & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Frontiers in Psychology*. 10. 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01099
- Gabbard, G. O. (2016). *Psiquiatria Psicodinâmica na prática clínica* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed
- Galvão C., Sawada N., Trevizan M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 12 (3). 549-56

- Ghahari, S., Mohammadi-Hasel, K., Malakouti, S.K. & Roshanpajouh, M. (2020). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *East Asian Arch Psychiatry*, 30, 52-56. DOI: <https://doi.org/10.12809/eaap1885>
- George, G. (2000). Betty Neuman. In George, G. (Eds.), *Teorias de Enfermagem: Fundamentos à prática profissional* (pp. 225-240). Artmed Editora
- Gonçalves, A.; Pereira, R. & Basto, C. (2012). Intervenção psicoterapêutica segundo o modelo na redução do stress pelo Mindfulness. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0353.pdf>
- Houghton S. & Saxon D (2007) An Evaluation of large group CBT PsychoEducation for anxiety disorders delivered in routine practice. *Patient Educ Couns*, 68, 107-110.
- International Council of Nurses (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE*. Suíça: International Council of Nurses
- International Council of Nurses (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Suíça: International Council of Nurses
- International Council of Nurses, (2019). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Jean – Marteau, 1201 Genebra, Suíça.
- Jiang, S.; Liu, X.; Han, N.; Zhang, H., Xie, W., Xie, Z.; Lu, X.; Zhou, X.; Zhap, Y.; Duan, A.; Zhao, S.; Zhang, Z. & Huang, X. (2022). Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC Psychiatry*. 22 (481). 1-11. DOI: 10.1186/s12888-022-04127-3
- Jukes, M. & Spencer, P. (2007). Models for practice: Neuman's Systems Model. In Jukes, M. & Aldridge, J. (Eds.), *Person- Centred Practices A holistic and integrated approach*. (pp. 35-50). Quay Books
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. 10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. Barcelona: Kairós

- Kaplan, H., Sadock, B., Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª Ed.). Artmed.
- Keng, S.L., Smoski, M. & Robins, C., (2011). Effects of Mindfulness on Psychological Health: A Review of Empirical Studies. *Clin Psychol Rev.*, 31(6), 1041–1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Lei n.º156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da República, Série I* (n.º 181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lima, A. & Sene, A. (2017). Mindfulness nas Terapias de Redução da Ansiedade. *Revista Psicologia Saúde e Debate*. 3(1), 40-41
- McEwen, M. & Wills, E. (2019). *Theoretical Basis for Nursing*. (5 ed). Wolters Kluwer
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice*.(4Eds). Wolters Kluwer
- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Rev. INFORMAR*. 36, 71-77. <http://hdl.handle.net/10174/3163>
- Miguel, A & Díez, J. (2019). *Mindfulness for Health*. Programa de mindfulness para niños con TDAH. (Ed.), Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu
- Miguel, A. & Ruiz, D. (2020). *Mindfulness e Saúde Mental*. (Ed.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.7-10). Lidel
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3ª Ed). Norwalk, CT: Appleton & Lange
- Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*. In Neuman, B. & Fawcett, J. *The Neuman Systems Model*. (5ª ed.), 3-33. Boston, United States of America: Pearson
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson
- Ninomiya, A., Sado, M., Park, S., Fujisawa, D., Kosugi, T., Nakagawa, A., Shirahase, J. & Mimura, M. (2019). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders

in secondary-care settings: A randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74, 132–139. DOI: <https://doi.org/10.1111/pcn.12960>

Nogueira, N. (2005). *Pedagogia dos Projetos: etapas, papéis e atores*. Tatuapé: Editora Érica

Oliveira, M. I. S. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: Relato de Caso. *Revista Terapias Cognitivas*, 7, 30-34. http://www.rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=137

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de Posição do Conselho Diretivo Ordem dos Enfermeiros sobre Investigação em Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

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

Organisation for Economic Co-operation and Development & European Commission (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Peters M., Godfrey C., Mclnerney P., Munn Z., Tricco A. & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

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

Pinho, P.; Carnevalli, L.; Santos, R. & Lacerda, L. (2020). Mindfulness no contexto dos transtornos mentais: uma revisão integrativa. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 16(3):105-117 DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166027

Poddicombe, A. (2018). *Meditação e Mindfulness*. (2ªEd.). Nascente

Presas, N. (2020). *Intervenções Psicoeducativas com contributos de Mindfulness, para redução da ansiedade, realizadas pelo EEESMP, em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria*. [Relatório de

Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. RCAAP – Repositório Comum.
<http://hdl.handle.net/10400.26/33528>

Presidência do Conselho de Ministros (2018). Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República n.º157/2018, 1ª Série. Nº 157 de 16 de Agosto de 2018, 4162- 4165

Querido, A. I. F. (2012) A promoção da esperança em fim de vida. Avaliação da Efetividade de um Programa de Intervenção em Pessoas com Doença Crónica Avançada e Progressiva. (Tese de Doutoramento).

Querido, A., I., F. (2018) A esperança como foco de enfermagem de saúde mental in Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. (Esp.6) DOI:
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0206>

Rector, N., Bourdeau, D., Kitchen, K, Joseph-Massiah, L. (2008). Anxiety disorders: na information guide.

Rebelo, S. & Carvalho, J. C. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. Presencia: Revista de Enfermeria de Salud Mental, 10(20)

Regulamento n.º 356/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2ª Série (Nº 122 de 25-08-2015), 17034-17041. <https://dre.pt/application/conteudo/67590900>

Regulamento n.º 515/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, Série II (Nº 151 de 07-08-2015), 21427 – 21430.
<https://dre.pt/application/conteudo/115932570>

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Série II (n.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Sado, M., Park, S., Ninomiya, A., Sato, Y., Fujisawa, D., Shirahase, J. & Mimura, M. (2018). Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting. BMC Res Notes, 11 (653), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3744-4>

- Santos, L., Almeida, T. & Lopes, R. (2018). Impacto de programas baseados em Mindfulness nos sintomas de ansiedade, stress e depressão. *Revista Investigação em Enfermagem*. 23 (2). 9-21. Disponível em: https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE23_s2.pdf
- Sadock, B., Sadock, V. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria*. (11ª ed.). Artmed.
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C.. (2020). Ansiedade e autocontrolo da ansiedade. (Ed.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.7-10). Lidel
- Sardinha, A. H. de L., Silva, C. G. da., Sena, L. B., Rodrigues, J. B., & Silva, K. N. dos R. (2015). Adesão dos idosos com doenças crónicas ao tratamento medicamentoso. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 16(3), 154-158
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel
- Silva, J.A., Costa, D.B., Vicente, M.L., & Loutrnço, T.M. (2011). Inventário de ObsessãoCompulsão: Análise da validade de um instrumento reduzido de prevalência temática dos sintomas do TOC. *Psico* 42, 519-526.
- Sipe, W. & Eisendrath, S. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2). 63–69
- Souza M., Silva M., Carvalho R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein (São Paulo)*. 8 (1). 102-6.
- Stein, D. (2010). *Manual de perturbações da ansiedade*. Cartaxo: Press CAre, Edições Médicas, Lda
- Rogers, C. (2010) *Tornar-se Pessoa*. 1ª edição. Lisboa. Tempo Social nº11. ISBN: 978-989-8160-46-1
- Teixeira, B. & Perestrelo, J. (2016). *Mindfulness: os Benefícios da Atenção Plena*. Paço de Arcos: Edições Mahatma.
- Thakur, V.; Wong, J.; Randall, J. Bolton, J.; Parikh, S.; Mota, N.; Whitney, D.; Palay, J.; Kinley, J.; Diocee, S.; Sala, T. & Sareen, J. (2019). An evaluation of large group cognitive behaviour therapy with mindfulness (CBTm) classes. *BMC Psychiatry*. 19 (132). 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2124-5>
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6Eds)*. LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2008). *Psicoterapia de Grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Vanelli, I., Chendo, I., Gois, C., Santos, J., Levy, P. (2011). Adaptação e validação da versão portuguesa da escala de adesão terapêutica. *Acta Medica Portuguesa* 24(1): 017- 020
- Viana, A. P. M (2010) A Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos: Validação Transcultural do Herth Hope Index (Dissertação de Mestrado).
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência*. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal
- Williams, J. & Russel, I. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Further Issues in Current Evidence and Future Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76 (3). 524-529. DOI: 10.1037/0022-006X.76.3.524
- Williams, M. & Penman, D. (2022). *Mindfulness – Atenção Plena* (22ª ed.). Lua de papel: Alfragide.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Resumo do Artigo Científico

Intervenções psicoeducativas no controlo da ansiedade com base no *Mindfulness*: uma revisão integrativa da literatura

Resumo

Objetivo: Identificar na literatura a produção científica sobre os benefícios da intervenção psicoeducativa no controlo da ansiedade com base no *Mindfulness*, na pessoa com experiência de doença mental em contexto hospitalar e comunitário

Introdução: As perturbações de saúde mental afetam milhões de pessoas no mundo. As mais prevalentes são as perturbações de ansiedade, estas podem ser incapacitantes para a pessoa e afetar a satisfação das suas atividades de vida diária, podendo levar ao desemprego. O *Mindfulness* é um método não-farmacológico eficiente na gestão da ansiedade e pode prevenir futuros episódios. A atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica é fundamental na prevenção da mesma e na implementação de intervenções de tratamento eficazes.

Critérios de Inclusão: Estudos que incluíam adultos (idade superior a 18 anos) com experiência de doença mental em contexto hospitalar ou comunitário; estudos que descrevem intervenções psicoeducativas efetuadas com base no *Mindfulness* no controlo da ansiedade.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura onde foram selecionados artigos científicos nas bases de dados B-On, Pubmed e EBSCO. Inclui artigos escritos em Português e Inglês com texto completo disponível, entre 2018 e 2022.

Resultados: Foram incluídos seis artigos. Os programas com base no *Mindfulness* têm repercussões positivas no que diz respeito ao controlo da ansiedade e sintomas a esta associados na pessoa com experiência de doença mental. Nos diferentes estudos, a intervenção psicoeducativa encontra-se sempre presente, assim como a prática de *Mindfulness* em grupo e individualmente (como prática no domicílio).

Conclusão: A evidência científica disponível sugere que a intervenção psicoeducativa com base no *Mindfulness* tem efeitos benéficos no controlo da ansiedade na pessoa com experiência de doença mental, sendo o programa mais utilizado o MCBT. Destaca-se o papel fundamental desempenhado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para coordenar, desenvolver e implementar programas que incorporam abordagens de *Mindfulness* no controlo da ansiedade.

Palavras-chave: Ansiedade, *Mindfulness*, Saúde Mental, Enfermagem Psiquiátrica

APÊNDICE 2 - Sessão nº1: Ansiedade – Todos vivemos

Sessão nº 1

Tema: Ansiedade – Todos vivemos

Duração: 60 min

Local: Sala de atividades do HD

Data e Hora: 17.10.2022 pelas 12h (Grupo A)

18.10.2022 pelas 11h (Grupo B)

Preletor: Rita Marques

População Alvo: Utentes da USO

Objetivos Gerais: Abordar o tema ansiedade;


Objetivos Específicos: Definir ansiedade, Identificar fatores que levam à ansiedade; Identificar estratégias para controlo da ansiedade; Estimular e promover a interação social, Desenvolver a comunicação verbal, Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção, memória e concentração

Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	15 min	- Exercício Quebra-gelo - Clarificar o tema e os objetivos da sessão;	- Cadeiras - Mesa
Desenvolvimento	30 min	- O dinamizador pede a cada elemento do grupo para escrever num papel uma situação onde se tenha sentido ansioso. O papel é recolhido e guardado até ao fim da sessão; - Colocar apresentação em PPT; - Questionar os elementos do grupo acerca do que é a ansiedade; - Definir ansiedade; - Questionar os elementos do grupo quais os sinais e os sintomas que a ansiedade pode provocar; - Fomentar a discussão em grupo; - Questionar os elementos do grupo quais as estratégias que utilizam para gerir a sua ansiedade; - Fomentar a discussão em grupo; - Referir que uma das estratégias utilizadas pode ser o <i>Mindfulness</i> e explicar que o tema será abordado na sessão seguinte.	- Papel - Canetas - Computador - Tela de apresentação - Retroprojektor - Apresentação em PPT
Conclusão	15 min	- São distribuídos aleatoriamente os papéis escritos no início da sessão pelos elementos do grupo e pedido a cada elemento do grupo para ler - Refletir acerca da situação e questionar quais as estratégias de gestão da ansiedade que poderiam ser utilizadas naquela situação; - Síntese da sessão; - Agradecimento ao grupo.	
Avaliação	Observação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes durante a sessão para atingir os objetivos pretendidos. No final da sessão será realizado um exercício de reflexão acerca das estratégias de gestão da ansiedade que podem ser utilizadas nas situações escritas pelos utentes.		



Sinais e Sintomas


- Dor no peito
- Rubor na face
- Sensação de calor
- Tremores
- Transpiração
- Dor de cabeça
- Tensão muscular e cansaço
- Aumento da frequência cardíaca
- Boca seca
- Alterações gastrointestinais
- Sensação de falta de ar e/ou respiração ofegante



Palacio & Cavallini, 2014

Sinais e Sintomas

- Insónia
- Irritação
- Dificuldade na concentração
- Falhas de memória
- Perda de confiança
- Pensamentos negativos
- Previsão do pior
- Preocupação
- Incapacidade em relaxar
- Condutas compulsivas (tabaco, álcool, drogas, alimentação)



American Psychiatric Association, 2014

Quais as estratégias que podemos utilizar para reduzir a ansiedade?



© iStockphoto.com

Estratégias para reduzir a ansiedade

- Identificar os pensamentos que nos estão a perturbar
- Investir esforços naquilo que podemos controlar
- Falar com amigos ou familiares
- Procurar ajuda juntos dos profissionais de saúde
- Fazer o que mais gostamos e nos dá prazer



© iStockphoto.com

Estratégias para reduzir a ansiedade

- Confiar nas nossas capacidades para lidar com situações difíceis
- Cumprir a terapêutica prescrita
- Manter uma boa higiene do sono
- Utilizar técnicas de relaxamento
- Praticar *Mindfulness*



© iStockphoto.com

Peça Ajuda

- Se os seus sentimentos de inquietação forem excessivos e persistentes
- Se se sentir completamente sobrecarregado e desgastado pelos sentimentos de ansiedade
- Se a ansiedade o estiver a impedir de funcionar e fazer a sua rotina diária
- Se sentir que está a ficar sem controlo



© iStockphoto.com

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2014). Manual de diagnósticos e estatísticos das perturbações mentais - DSM-5. Lisboa: Climepsi Editores.
- Kaplan, H., Sadock, B., Grebb, J. (1997). Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. (7ª Ed.). Artmed
- Rebelo, S. & Carvalho, I. C. (2014). Ansiedade: Intervenções de enfermagem. Presença: Revista de Enfermagem de Saúde Mental, 10(20)
- Sampaio, F., Gonçalves, P. & Sequeira, C. (2020). Ansiedade e autocontrolo da ansiedade. (Ed.). Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções. (pp.7-10). Lidel
- Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência (6Eds). LUSOCÉNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

APÊNDICE 3 - Sessão nº2: Introdução ao *Mindfulness*
– “Desligar o Piloto Automático”

Sessão nº 2

Tema: Introdução ao *Mindfulness* – “Desligar o Piloto Automático”

Duração: 60 min

Local: Sala de atividades do HD

Data e Hora: 19.10.2022 pelas 12h (Grupo A)

25.10.2022 pelas 11h (Grupo B)

Preletor: Rita Marques

População Alvo: Utentes da USO

Objetivos Gerais: Abordar o tema *Mindfulness*; Praticar a técnica de *Mindfulness* através de um exercício de *Mindfuleating*

Objetivos Específicos: Definir *Mindfulness* e os seus benefícios; Despertar os sentidos através do ato de comer com atenção plena “*Mindfulness* do chocolate”; Explorar o que acontece quando saímos do “Piloto automático”; Estimular e promover a interação social, Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção e concentração.

Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	10 min	- Apresentar o tema da sessão - Clarificar o tema e os objetivos da sessão;	- Cadeiras - Mesa
Desenvolvimento	35 min	- Questionar os elementos do grupo se sabem o que é o <i>Mindfulness</i> - Introduzir o tema <i>Mindfulness</i> com recurso a PPT; - Introduzir a temática “Desligar o Piloto automático”; - Questionar os elementos do grupo se já sentiram que se encontram em “Piloto automático”; - Realizar o exercício de <i>Mindfuleating</i> com recurso a diferentes tipos de chocolate (fornecidos frutos secos e pipocas para os participantes que não gostam de chocolate ou têm alergia); - Pedir a cada elemento para anotar as suas reações numa folha após o exercício.	- Papel - Canetas - Computador - Tela de apresentação - Retroprojektor - Apresentação em PPT - Chocolates, frutos secos e pipocas - Guardanapos
Conclusão	15 min	- Partilha e discussão com o grupo acerca da temática e das experiências vivenciadas em cada exercício. - Apresentar propostas de exercícios que podem ser realizados fora das sessões (Desligar o Piloto Automático em tarefas que realizam no seu dia-a-dia, por exemplo: quando estão a andar de autocarro – observar a chuva ou a luz do sol; quando desenvolver as atividades do atelier no HDP; quando estão a caminhar...) - Síntese da sessão; - Agradecimento ao grupo.	
Avaliação	Observação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes durante a sessão para atingir os objetivos pretendidos. No final da sessão será realizado um exercício de reflexão acerca das sensações e emoções vivenciadas após o exercício.		



Mindfulness

Desligar o Piloto Automático

Estudante de Mestrado em ESMP
Rita Marques
Outubro 2022



Mindfulness

O conceito *mindfulness* tem origem budista, há mais de 2500 anos.

O conceito *mindfulness* é traduzido como "atenção plena", significa estar presente, no momento, sem distrações e livre de julgamentos.



Seu corpo está presente? E quanto é sua mente?

Passado Presente Futuro

Imagem: A. Barros, 2018



Mindfulness

O primeiro objetivo da prática de *Mindfulness* é acalmar a mente, fazer com que fique mais tranquila e serena.

É necessário treinar a nossa mente para que esta fique focada num único estímulo, de forma constante, esse estímulo é o objeto de meditação que, por excelência, é a própria respiração e as sensações corporais.

Imagem: A. Barros, 2018



Mindfulness

Ajuda a pessoa a moldar uma nova visão face ao problema que experiencia, após aceitá-lo e estar consciente do mesmo.

Com esta técnica, pretende-se alterar a relação que a pessoa tem com os seus pensamentos, em vez de os tentar remover ou mudá-los.

Imagem: A. Barros, 2018



Mindfulness

O *Mindfulness* pode ser praticado em inúmeros sítios, de diferentes formas e por todas as pessoas.

Podem ser realizados individualmente ou em grupos, nas nossas casas ou em instituições como hospitais e escolas.

As áreas de aplicação do *Mindfulness* são diversas, incluindo a medicina, a educação, a psicologia, entre outras.

Imagem: A. Barros, 2018



Benefícios do *mindfulness*

- Melhora a capacidade de concentração e atenção
- Diminui a impulsividade
- Aumenta a tolerância à frustração
- Facilita a identificação de pensamentos e emoções
- Facilita o autoconhecimento
- Melhora a qualidade de vida e reduz o stress e a ansiedade

Imagem: A. Barros, 2018

Mindfulness como estratégia para reduzir a ansiedade

Vários estudos foram realizados que comprovam que a prática de Mindfulness reduz a ansiedade



The collage includes several research abstracts:

- MBSR Public Access**: Mindfulness-Based Stress Reduction for Anxiety and Depression
- Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis**
- Feasibility study of mindfulness based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting**
- Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care settings: a randomized controlled trial**
- An Open RCT of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Anxiety Disorders**

“Desligar o Piloto Automático”

- Já alguma vez saiu de casa para ir a casa de um amigo e acabou por dar consigo no caminho para o trabalho?
- O nosso piloto automático pode ser inconveniente, mas não é um erro, embora possa deixar-nos mal em momentos inesperados, continua a ser um dos grandes recursos evolutivos da humanidade, permite-nos criar hábitos.



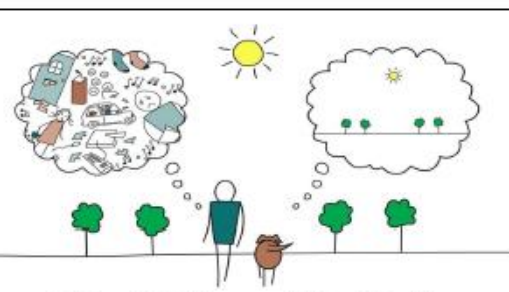
Illustration of a woman with long dark hair, wearing a yellow long-sleeved shirt and purple pants, sitting in a meditative lotus position. The background shows a stylized green landscape with a blue sky and a white building.

Meditação do pedaço de chocolate

1. Segurar
2. Ver
3. Tocar
4. Cheirar
5. Colocar
6. Mastigar
7. Engolir
8. Efeitos posteriores



Photograph of several pieces of chocolate bars, including dark, milk, and white chocolate, arranged on a white surface.



Cartoon illustration of a person standing in a landscape with trees and a sun. The person has two thought bubbles above their head. The left bubble is filled with various icons representing stress and anxiety (e.g., a house, a car, a person with a headache, a clock, a person with a question mark). The right bubble is empty and contains a simple sun and a few trees, representing a clear and calm mind.

Mind Full, or Mindful?

APÊNDICE 4 - Sessão nº3: *Mindfulness* – “Ter em Mente o Corpo”

Sessão nº 3

Tema: *Mindfulness* – “Ter em Mente o Corpo”

Duração: 60 min

Local: Sala de atividades do HD

Data e Hora: 14.11.2022 pelas 12h (Grupo A)
15.11.2022 pelas 11h (Grupo B)

Preletor: Rita Marques

População Alvo: Utentes da USO

Objetivos Gerais: Compreender a diferença entre pensar e viver uma situação; Preparar a mente para focar atenção nas sensações corporais sem julgamentos

Objetivos Específicos: Explorar a diferença entre pensar viver uma situação e vivê-la; Treinar a mente de forma a focar a atenção nas sensações corporais; Treinar a mente para não julgar os pensamentos; Estimular e promover a interação social, Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção e concentração.

Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	10 min	<ul style="list-style-type: none">- Relembrar os conteúdos abordados na sessão anterior;- Clarificar o tema e os objetivos da sessão;	<ul style="list-style-type: none">- Cadeiras- Colchões- Computador- Colunas
Desenvolvimento	40 min	<ul style="list-style-type: none">- Questionar os elementos do grupo acerca da realização proposta de exercício da sessão anterior e incentivar a partilha;- Questionar os elementos do grupo se se pode colocar uma música ambiente calma, em volume baixo;- Introduzir a temática “Ter em Mente o Corpo”;- Realizar alongamentos e exercício de respiração consciente;- Realizar o exercício “Meditação – Rastreio Corporal” – deitado num colchão, deslocar a atenção para todo o corpo, submetendo cada região a uma atenção plena, tomando consciência das sensações em cada região e finalmente do corpo como um todo.	
Conclusão	10 min	<ul style="list-style-type: none">- Partilha e discussão do grupo acerca da temática e das experiências vivenciadas no exercício;- Apresentar propostas de exercício que podem ser realizados fora das sessões (Realizar exercícios de respiração consciente pelo menos 1 vez por dia durante uma semana);- Síntese da sessão;- Agradecimento ao grupo.	
Avaliação	Observação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes durante a sessão para atingir os objetivos pretendidos. No final da sessão será realizado um exercício de reflexão acerca das sensações e emoções vivenciadas após o exercício.		

Guião: Meditação – Rastreio Corporal

(Adaptado do livro de Williams & Penman, 2022)

Deite-se no colchão de barriga para cima. As mãos ficam ao lado do corpo e as pernas esticadas e ligeiramente afastadas.

Feche os olhos se for mais confortável para si

Observe a sensação do corpo como um todo... e relaxado.

O contacto entre o corpo e o colchão...

O que se pretende é dedicar tempo a uma zona do corpo de cada vez, apurando a consciência do que está a acontecer.

Não queremos que aconteça nada de especial, queremos apenas que as coisas se manifestem tal como são.

Sempre que a mente divagar, como certamente o fará, tentem trazê-la de volta.

Leve agora a atenção para as sensações da respiração na zona do abdómen. Repare como o abdómen sobe no momento da inspiração e como desce quando expira....

Agora, conduza a atenção ao longo do corpo até chegar aos pés, repare no que está a sentir em ambos os pés, quando a atenção chega lá...

Repare nas sensações nos dedos dos pés, nas plantas dos pés, nos calcanhares, no peito dos pés...

O que está a acontecer?

Se não sentir nada, não se preocupe. Ou se as sensações forem muito subtis, limite-se a constatar a sua experiência do momento. Não há uma forma certa de sentir.

Faça agora uma respiração profunda, no momento da expiração deixe de pensar nos pés e leve a atenção para os tornozelos. Observem as sensações...

Respire fundo novamente. No momento da expiração, transfira a atenção dos tornozelos para a zona inferior das pernas. Fique aí por uns momentos.

Sinta as pernas em contacto com o colchão. Fique completamente atento às sensações que surgirem.

Faça uma nova respiração profunda. No momento da expiração, transfira a atenção da zona inferior das pernas para os joelhos.

Permaneça aí por uns momentos. Sinta o que se passa nos joelhos no momento. Repare nas sensações que se alteram e nas sensações que ficam iguais.

Agora respire fundo. No momento da expiração, transfira a atenção dos joelhos para as coxas. O que observa? Talvez a sensação da pele em contacto com a roupa... Sensação de peso ou de leveza... quaisquer outras sensações.

Agora faça uma longa inspiração e imagine o ar a entrar no corpo e a percorre-lo lentamente, até chegar às pernas e depois aos pés.

Na expiração, imagine o ar a fazer o percurso inverso e a sair do seu corpo.

Experimente esta sensação durante algumas respirações.

.....

Faça agora uma longa inspiração e no momento da expiração, deixe de se concentrar nas pernas e leve a sua atenção para as ancas.

Primeiro a anca do lado direito depois a anca do lado esquerdo. Agora imagine que o ar preenche a zona toda das ancas quando inspira... e que sai quando expira.

Respire profundamente. No momento da expiração, transfira a atenção das ancas para as costas. Começando pela zona lombar... a seguir, com a inspiração, expandam a consciência, alcançando o meio das costas... Inspire novamente e envolvam a zona superior das costas. Está completamente consciente das suas costas e das sensações que nela se passam...

Faça uma nova inspiração levando o ar para as costas. Quando expira, transfira a sua atenção para o abdómen...

Observe as diferentes sensações do abdómen. À medida que a atenção repousa nessa zona, observe as sensações quando inspira e expira...

Por vezes, pode distrair-se com os seus pensamentos, sentir pressa para passar à fase seguinte, sentir-se farto ou impaciente... São sentimentos que consomem muito a atenção. Sempre que isso acontecer, não pense que falhou. Aproveite o momento para observar os pensamentos e aceitá-los, observando a forma como afetam o corpo. Sem críticas ou julgamentos.

Respire profundamente. Na expiração, transfira a atenção do abdómen para o peito. Observe as sensações do corpo...

Faça uma respiração ainda mais profunda, enchendo bem o peito de ar. Na expiração, transfira a atenção para as mãos e braços, mantendo-os no centro da atenção. Observe as sensações das mãos e dos braços.

Nova inspiração profunda. Ao expirar, desloque a atenção das mãos e braços para os ombros e pescoço. O que sentem nesta zona do corpo? Receba as sensações independentemente do que sentir.

Volte a inspirar profundamente e expire lentamente, transferindo a atenção dos ombros e pescoço para a cabeça e rosto.

Comece pelo queixo... Depois boca e lábios... Nariz... Bochechas... Ouvidos... Os olhos... As sobrancelhas... A testa... O coro cabeludo.

Imagine que o ar preenche toda a cabeça e que sente o ar a chegar à parte de trás da cabeça. Renovando-se a cada inspiração.

Imagine agora que o ar invade todo o seu corpo, inspirando e levando o ar a todo o corpo. Expirando esvaziando o ar do corpo.

Agora... sem pensar na respiração, deixe-se simplesmente ficar o corpo quieto a ouvir a música. Uma sensação de regresso a casa, ao corpo. Sentindo-se tal como é, completo e inteiro... Deixando-se repousar nessa consciência...

.....

Lentamente, comece a tomar consciência do que está à sua volta. Do sítio onde estamos... abrindo os olhos...

APÊNDICE 5 - Sessão nº4: *Mindfulness* – “O rato no labirinto”

Sessão nº 4

Tema: *Mindfulness* – “O rato no labirinto”

Duração: 60 min

Local: Sala de atividades do HD

Data e Hora: 21.11.2022 pelas 11h (Grupo A)
22.11.2022 pelas 12h (Grupo B)

Preletor: Rita Marques

População Alvo: Utentes da USO

Objetivos Gerais: Compreender quais os limites mentais e físicos e a forma como reagir quando confrontado com os mesmos;

Objetivos Específicos: Perceber que podem surgir sentimentos perturbadores quando estamos muito focados no objetivo; Treinar a mente de forma a focar a atenção nas sensações corporais; Estimular e promover a interação social; Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção e concentração.

Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	10 min	- Exercício Quebra-gelo (resumir a última sessão numa palavra); - Clarificar o tema e os objetivos da sessão;	- Cadeiras - Mesa - Papel
Desenvolvimento	40 min	- Questionar os elementos do grupo acerca da realização proposta de exercício da sessão anterior e incentivar a partilha. - Leitura da história “O Menino e o Burro” do livro “ <i>Mindfulness</i> Atenção Plena” (pedir a um ou dois elementos do grupo que se voluntarie para ler) - Partilha e discussão acerca da mensagem da história que foi lida; - Meditação Movimentos com atenção Plena – após libertar as tensões físicas, tomar consciência das sensações no corpo e na respiração.	- Canetas - Folhas com história - Capa - Computador - Colunas
Conclusão	10 min	- Partilha e discussão do grupo acerca da temática e das experiências vivenciadas em cada exercício; - Apresentar propostas de exercício para ser partilhado na próxima sessão: Exercício dos 5 dedos de gratidão – numa folha em branco, cada utente desenha o contorno da sua mão e escreve 5 coisas pela qual é grato neste momento da sua vida; - Síntese da sessão; - Agradecimento ao grupo.	
Avaliação	Observação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes durante a sessão para atingir os objetivos pretendidos. No final da sessão será realizado um exercício de reflexão acerca das sensações e emoções vivenciadas após o exercício.		

História do Rapaz e do Burro

(Adaptado do livro de Williams & Penman, 2022)

Um viajante que estava numa pequena ilha observou, certa vez, a forma como um rapazinho tentava convencer o burro da família a andar. O rapaz tinha legumes para entregar e tinha enchido cuidadosamente os cestos que se encontravam colocados no burro. Mas o burro não estava na disposição de se mexer. O rapaz ficou cada vez mais impaciente e começou a levantar a voz ao burro, colocando-se de pé em frente dele a puxar a corda com força. O burro fincou os cascos firmemente no chão, muito firmemente.

Este braço de ferro com o burro teria durado muito mais, se não fosse o avô do rapaz. Ao ouvir aquele alvoroço, saiu de casa e apercebeu-se daquela cena familiar. Delicadamente, tirou a corda ao neto. Sorrindo, disse-lhe:

- Quando ele está assim, tenta desta forma: deixa a corda meio solta na tua mão, depois fico muito perto dele, mas ao seu lado, e olha para o caminho na direção que queres seguir. Depois espera.

O rapaz fez o que o avô lhe tinha pedido e, alguns momentos depois, o burro começou a andar para a frente. O rapaz deu umas gargalhadas de satisfação e o viajante observou-os a andar todos satisfeitos, lado a lado, pelo caminho fora.

Meditação movimentos com atenção plena

(Adaptado do livro de Williams & Penman, 2022)

Colocamo-nos de pé

Quem quiser pode-se descalçar

Os pés afastados à largura das ancas, as costas direitas, os ombros descontraídos e os braços ao longo do corpo.

Os movimentos devem ser feitos com suavidade e, se tiver alguma limitação, faça apenas aquilo que o seu corpo o permitir.

Soltar um pouco os joelhos dobrando as pernas ligeiramente.

Comecem a tomar tenção ás sensações do vosso corpo.

Depois, numa inspiração, levante lentamente os braços para os lados, para ficarem paralelos ao chão, manter durante algumas respirações.

Agora, numa nova inspiração continuamos a levantá-los, até as mãos ficarem acima da cabeça, com as palmas viradas uma para a outra.

Numa lenta expiração, vamos lentamente baixar os braços, até ficarem ao lado do corpo.

Alongar as ancas e parte lateral do corpo. Numa inspiração vamos subir o braço direito acima da cabeça e inclinar para a esquerda. Vamos ter em atenção das sensações do nosso corpo, que músculos estão a alongar? O que é nos doi ou que parte do corpo está relaxada?

Numa expiração vamos baixar o braço e voltar a ficar na posição inicial.

Vamos fazer o mesmo com o braço esquerdo. Inspirar lentamente e subir o braço esquerdo acima da cabeça e inclinar para a direita. Vamos ter em atenção as sensações do corpo...

Numa expiração, vamos baixar o braço esquerdo e voltar à posição inicial.

Concentre-se nos efeitos dos alongamentos e no efeito da respiração.


Coloque as mãos nas ancas e deixe que o corpo se incline para a esquerda, com as ancas a moverem-se um pouco para a direita, de modo a formar uma curva com o corpo.

Vamos repetir mas para o lado contrário. Tenha em atenção aos mais pequenos movimentos do seu corpo.

Voltar à posição inicial, com os braços esticados ao longo do corpo.

Agora vamos fazer algumas rotações de ombros, lentamente, elevando os ombros até às orelhas, depois movimente-os para trás, depois baixe-os completamente, finalmente, movimente-os para a frente. Ter em atenção à respiração.

Depois, vamos fazer o movimento na direção contrária. Com atenção aos movimentos que estamos a realizar e às sensações do ar, a entrar e a sair.



Intervenções psicoeducativas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*

Numa respiração vamos voltar a posição inicial. Ter em consciência o nosso corpo e as suas sensações.

Inspirar e na expiração vamos descer os braços e o tronco, sem esforço, não interessa tocar no chão. Vamos sentir os músculos a alongar e ter consciência do no nosso corpo.

Vamos inspirar e voltar a subir as costas, ficando na posição inicial.

APÊNDICE 6 - Sessão nº5: *Mindfulness* – “Quando é que deixou de dançar”

Sessão nº 5

Tema: *Mindfulness* – “Quando é que deixou de dançar”

Duração: 60 min

Local: Sala de atividades do HD

Data e Hora: 28.11.2022 pelas 11h (Grupo A)
29.11.2022 pelas 12h (Grupo B)

Preletor: Rita Marques

População Alvo: Utentes da USO

Objetivos Gerais: Capacitar a pessoa de forma a equilibrar as atividades que a preenchem e as atividades que a esgotam.

Objetivos Específicos: Explorar quais as atividades diárias que nos esgotam e que nos preenchem; Capacitar a pessoa a gerir as suas atividades do dia-a-dia; Capacitar a pessoa para encontrar estratégias para lidar com a ansiedade e preocupações; Estimular e promover a interação social, Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção e concentração.

Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	10 min	- Partilha com o grupo da proposta de exercício da sessão anterior; - Clarificar o tema e os objetivos da sessão;	- Cadeiras - Mesa - Folhas com o exercício
Desenvolvimento	40 min	- Introduzir a temática “Quando é que deixou de dançar” através de apresentação em PPT - Realização de exercício “Teste de atividades” – numa tabela com duas colunas, na primeira, o utente escreve 10 atividades que realize no seu dia-a-dia, na segunda coluna escreve se essa atividade o esgota ou alimenta. O objetivo deste exercício, é dar uma ideia de equilíbrio na vida, entre aquilo que o alimenta e o que o esgota; - Incentivar a partilha; - Meditação “Atenção à respiração” – Esta meditação pode ser realizada sentado, serve para a pessoa estar consciente das sensações na sua respiração.	“Teste de atividades” - Canetas - Computador - Tela de apresentação - Retroprojektor - Apresentação em PPT - Colunas
Conclusão	10 min	- Partilha e discussão do grupo acerca da temática e das experiências vivenciadas em cada exercício; - Síntese da sessão; - Agradecimento ao grupo.	
Avaliação	Observação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes durante a sessão para atingir os objetivos pretendidos. No final da sessão será realizado um exercício de reflexão acerca das sensações e emoções vivenciadas após o exercício.		



FUNIL DO ESGOTAMENTO

À medida que as situações se vão complicando, muitas pessoas tendem a deixar algumas coisas de lado para se centrarem no que lhes parece "importante".

© Rita Marques, 2022

FUNIL DO ESGOTAMENTO

O resultado é que no final, ficamos só com fatores que nos criam tensão (por exemplo, o trabalho), deixando-nos sem nada que nos "preencha".

O que leva ao esgotamento.

© Rita Marques, 2022

- É fácil ser "absorvido" pelo funil do esgotamento.
- Se nos sentirmos sobrecarregados temos tendência a simplificar a vida (renunciamos a atividades que nos "preenchem a alma")
- Aos poucos trocamos aquilo que mais gostamos por algo que acaba por nos esgotar, deixando-nos cada vez mais infelizes

© Rita Marques, 2022

TESTE DAS ATIVIDADES

- O objetivo deste exercício é dar uma ideia de equilíbrio nas nossas vidas
- 1 – Das atividades que escreveu, quais são as que o **alimentam**?
 - Quais as atividades que lhe levantam o ânimo e dão energia?
 - O que é que o faz sentir calmo?
 - O que é o que o faz sentir vivo, em vez de se limitar a existir?
- 2 – Das atividades que escreveu, quais são as que o **esgotam**?
 - Quais as atividades que lhe roubam energia, que o fazem sentir tenso?
 - O que lhe reduz a sensação de estar realmente vivo e no momento presente?

© Rita Marques, 2022

REEQUILIBRAR A SUA VIDA

- 1ª - Podemos aumentar o tempo e esforço que dedicamos a atividades agradáveis e reduzir o tempo a atividades que nos esgotam.
- 2ª - Estar totalmente presente para as atividades que nos esgotam, tomando cada vez mais consciência das mesmas, em vez de as julgar ou desejar que terminem.

© Rita Marques, 2022



REEQUILBRAR A SUA VIDA

- 2º - Podemos fazer uma pausa para respirar. Quando nos sentimos stressados ou ansiosos, devemos fazer uma pausa de alguns minutos e depois pensar no que vamos fazer.
- Do que preciso neste momento?
- Qual é a melhor forma de tomar conta de mim, neste preciso momento?

© Juliana Pereira, 2022



Conclusão

- A exaustão, a ansiedade e a infelicidade, fazem com que deixemos de encontrar o prazer da vida e reduzem a sensação de controlo da mesma.
- Devemos fomentar a atenção plena e gerir as atividades que nos esgotam e aquelas que nos alimentam no nosso dia-a-dia, de forma a equilibrar a nossa vida.

BIBLIOGRAFIA

- Williams, M. & Penman, D. (2022). *Mindfulness – Atenção Plena* (22ª ed.). Lua de papel: Alfragide.

Meditação – Atenção à Respiração

Sentado, coloque-se numa posição confortável, mantendo as costas sem tensão

Aprecie a sensação do corpo a libertar-se e relaxar, respire fundo duas vezes e feche os olhos, se se sentir confortável

Sinta o movimento da respiração no seu corpo, note como o corpo se sente - há uma sensação de peso ou de leveza...

Coloque suavemente a mão esquerda no peito e a mão direita no abdómen enquanto inspira e expira

Veja onde sente mais a sua respiração, no abdómen ou no peito.

Preste atenção à respiração, observe onde a sente... No nariz... Na garganta... No peito

Vamos fazer algumas respirações profundas. Inspire durante 4 seg., aguarde 4 seg. e expire durante 6seg.

Vamos começar... Inspire durante 4 seg. ... 2, 3, 4. Aguarde 4 seg ... 2, 3, 4. Agora expire durante 6 seg. ... 2, 3, 4, 5, 6 (REPETIR x 5)

Agora regresse à sua respiração normal

Quando a sua mente começar a divagar, pensamentos, sentimentos, preocupações aparecerem seja gentil consigo mesmo e perceba que está a ser distraído.

De forma suave, deve deixá-los passar e voltar a atenção para a respiração

Vamos novamente fazer algumas respirações profundas, tendo em atenção onde sente a sua respiração, se é no peito, ou no abdómen ou nos dois...

Vamos começar... Inspire durante 4 seg. ... 1, 2, 3, 4. Aguarde 4 seg ... 1, 2, 3, 4. Agora expire durante 6 seg. ... 2, 3, 4, 5, 6 (REPETIR x 5)

Se a sua mente ainda estiver muito ativa, permita que o corpo continue a descansar

Procure recordar esta sensação de paz e serenidade... Fique alguns minutos sentado, focando-se na sua respiração, calma... e na música...

E lentamente comece a tomar consciência do seu corpo, do que está à sua volta

Respire profundamente volte a abrir os olhos, a espreguiçar-se...

APÊNDICE 7- Questionário de Avaliação das sessões do programa de intervenção e Resultados obtidos

Questionário de Avaliação das Sessões do Projeto

Intervenções psicoeducativas de grupo realizadas pelo EESMP no controlo da ansiedade, tendo por base o *Mindfulness*

1 - Considera que as sessões do projeto foram benéficas para conseguir gerir melhor a sua ansiedade? Justifique

2 – As sessões foram apresentadas de forma clara e compreendeu os objetivos de cada uma delas?

3 – Qual das sessões que assistiu foi mais ao encontro das suas necessidades? Justifique

4 – O que mais gostou nas sessões?

5 – O que mudaria nas sessões apresentadas?

6 - Faça um círculo à volta da face conforme a sua satisfação das sessões de projeto apresentadas








Questionário de Avaliação das Sessões do Projeto					
Participantes	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
P1	Sim, foram benéficas pois ajudaram-me a concentrar mais no momento presente.	Sim, contudo, ao início era um pouco difícil porque não percebia bem o que era o <i>Mindfulness</i> .	As sessões sobre a Ansiedade e o Funil do Esgotamento. Identifiquei-me com a informação apresentada e fiquei a compreender melhor aquilo que sinto.	Gostei de ter partilhado a minha experiência nas sessões e perceber que não sou o único a sentir certas coisas e a ter dificuldades.	Gostava que tivessem tido mais tempo e que tivesse havido mais tempo para o debate.
P2	Sim, porque foi um tema que nunca tinha abordado e consigo implementar algumas coisas na minha vida.	Sim, acho que foram claros e específicos.	A que mais gostei foi a da Ansiedade. Está presente na minha vida em muitos momentos e foi bom perceber que quase todos sentimos e falar sobre isso.	A forma como as sessões foram apresentadas e de serem temas muito diferentes do que estou habituado. Gostei de aprender os exercícios de respiração e costume praticar.	Nada.
P3	Sim, sinto-me mais calma e descontraída.	Sim.	A sessão sobre Ansiedade e sobre o relaxamento do corpo, senti que baixou muito a minha ansiedade e fiquei mais descontraída.	O que mais gostei foram as meditações, principalmente a maior em que tivemos a noção das diferentes partes do corpo.	Nada.
P4	Sim, senti-me melhor porque conheci melhor o porquê da minha	Sim, maioritariamente. As vezes era um pouco difícil ao início, mas depois	A sessão sobre ter em mente o corpo. Sinto que foi bom para me	O facto de me ter ajudado a gerir a minha ansiedade. Encontrar outras	Não mudaria nada.

	ansiedade e aprendi mais formas para a controlar.	acabava por perceber.	autoconhecer. Estava atenta ao meu corpo como nunca tinha estado antes.	estratégias para a gerir e conhecê-la melhor.	
P5	Sim. Deu-me mais estratégias para ultrapassar a minha ansiedade.	Sim.	A sessão sobre a Ansiedade e a Ter em mente em corpo, gostei muito do relaxamento.	Gostei de poder experienciar as coisas como nunca as tinha sentido, como no exercício do chocolate, que vivemos os vários sentidos de forma diferente e das meditações.	Foram bastante elucidativas sem serem monótonas. Às vezes gostava de mais tempo no final para falarmos.
P6	Foram benéficas no que diz respeito à melhoria da gestão da minha ansiedade, tendo por base o <i>Mindfulness</i> .	Sim.	Gostei mais da segunda sessão, gostei de conhecer mais sobre o <i>Mindfulness</i> e do facto de poder ter a plenitude de todos os sentidos.	Gostei do planeamento e da criatividade. Eram sempre diferentes.	Nada.
P7	Sim, ensinou-me a gerir melhor situações de ansiedade e a focar-me mais no momento presente em vez de me focar tanto no futuro e no pode vir a acontecer. Também me ensinou a estar mais atenta aos sinais do meu corpo e a	Sim compreendi, mas já não me lembro bem de todas.	As sessões que mais gostei foi ter em mente o corpo e os exercícios respiratórios.	Foram ao encontro das minhas necessidades, ajudando-me a gerir melhor o <i>stress</i> e a ansiedade, arranjando novas estratégias.	Gostava que tivessem ainda mais exercícios práticos, mas para isso era preciso mais tempo também.

	perceber quando me sinto ansiosa e o porquê.				
P8	Sim, não me sinto tão ansiosa com o meu dia-a-dia. Consigo aplicar outras estratégias, principalmente focar-me mais na respiração profunda.	Sim, acho que explicou tudo de forma simples, com uma linguagem fácil de perceber e com exemplos que me faziam sentido.	A 2ª sessão, porque tive em conta todos os meus sentidos como nunca tinha tido.	De serem todas diferentes e com temas diferentes do habitual.	Nada.
P9	Não foram benéficas porque não meti os exercícios em prática.	Sim, compreendi cada uma e os objetivos.	A história do Menino e do Burro. Penso sempre mais nos meus problemas do que na forma dos resolver.	Gostei da 2ª sessão com o chocolate, atraiu a minha mente, foi diferente do que estou habituado.	Gostava de ter um resumo de cada sessão em papel para levar para casa e as sessões serem menos espaçadas.
P10	Sim, consegui meter alguns exercícios em prática como a meditação. O que me ajudou mais foi partilhar o que sinto em grupo e perceber que não estou sozinho.	Sim, foram claras e esclarecedoras.	Foi a 1ª sobre a ansiedade. Ajudou-me a compreender melhor o que sinto, a perceber que não posso adivinhar o futuro e a partilhar com o grupo as experiências.	Compreender o que a ansiedade nos faz sentir e partilhar com o grupo.	Nada.
P11	Mais ou menos, não tinha muito em mente os exercícios e aquilo que falámos quando me sinto ansioso, mas sei que	Sim, foram apresentadas com uma linguagem clara e compreendi os objetivos.	Da 4ª sessão, da história do Menino e do Burro porque na maioria das vezes só consigo ver o problema e não me consigo	O que mais gostei foi o à-vontade para podermos falar sobre os assuntos que surgiam e os exercícios práticos.	Gostava de levar coisas para casa para depois poder ler para me lembrar.

	são importantes.		afastar para encontrar soluções.		
P12	Sim foram, é fundamental compreender o nosso corpo para percebermos quando nos estamos a sentir ansiosos e arranjar as melhores estratégias para nós próprios gerirmos a nossa ansiedade.	Sim, faltei a uma mas depois consegui perceber o que foi feito quando me explicou sozinho, para não “perder o fio à meada”.	Da 2ª sessão, no exercício do chocolate, consegui ausentar-me do que estava à minha volta e ao que estava a pensar e estar apenas concentrado nos meus sentidos como nunca tinha estado.	O que mais gostei foi de arranjar novas estratégias para gerir a ansiedade e de perceber que não sou o único a sentir-me ansioso.	Nada.

Questionário de Avaliação das Sessões do Projeto					
Q5					
Participantes					
P1					X
P2					X
P3					X
P4					X
P5				X	
P6					X
P7					X
P8					X
P9			X		
P10					X
P11				X	
P12					X

APÊNDICE 8 - Sessão de Relaxamento

Tema: Relaxamento

Duração: 60 min

Local: Sala de atividades do HDP

Data e Hora: 02.11.2022 pelas 12h (Grupo B)

Preletor: Rita Marques

População Alvo: Utentes do HDP

Objetivos Gerais: Desenvolver estratégias de relaxamento

Objetivos Específicos: Promover o controlo da ansiedade e stress; Proporcionar relaxamento; Promover a redução do ritmo cardíaco, respiratório e do fluxo de pensamentos; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas memória e concentração; Estimular a interação social

Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	10 min	- Clarificar o tema e os objetivos da sessão - Estabelecer regras para a sessão	- Colchões - Computador
Desenvolvimento	40 min	- Questionar os elementos do grupo se podemos colocar música de fundo calma - Realizar exercícios de alongamentos - Realizar exercícios respiratórios - Aplicar a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jackobson	- Colunas
Conclusão	10 min	- Partilha e discussão do grupo acerca da temática e das experiências vivenciadas em cada exercício; - Síntese da sessão; - Agradecimento ao grupo.	
Avaliação		Observação da reação dos utentes (postura e respiração) e através da partilha de experiências, de sentimentos vividos e das dificuldades sentidas ao longo da sessão.	
Enquadramento Teórico		Relaxamento pode ser definido como um estado de consciência, por meio do qual se alcançam sensações agradáveis e distanciam pensamentos geradores de stress ou perturbadores (Payne, 2003). Esta técnica tem como principais objetivos: prevenir as consequências fisiológicas do stress, aliviar o stress e as suas consequências fisiológicas e desenvolver competências mentais para lidar com o stress (Payne, 2003). O relaxamento pode produzir manifestações fisiológicas (diminuição dos níveis de epinefrina e norepinefrina; diminuição da frequência respiratória, da frequência cardíaca e do metabolismo; diminuição da tensão muscular; vasodilatação e aumento da temperatura das extremidades), cognitivas (aumento da criatividade, da memória e da capacidade de concentração) e comportamentais (diminuição da distratibilidade, postura calma e tranquila, diminuição da inquietação) (Townsend, 2011). O relaxamento progressivo é considerado um método de relaxamento muscular profundo e foi desenvolvido por Chicago Jacobson no ano de 1929	

(Townsend, 2011). Com esta técnica, é pretendido que a pessoa consiga realizar um relaxamento progressivo dos vários grupos musculares, através da contração e descontração dos mesmos (Coelho & Sousa, 2020).

Guião da sessão de relaxamento

Cada grupo muscular é contraído entre 5 a 7 segundos e posteriormente relaxado entre 20 a 30 segundos.

- 1 – Deite-se de barriga para cima, com os braços esticados ao longo do corpo e as pernas esticadas.
- 2 – Feche os olhos, se não se sentir confortável pode mantê-los abertos.
- 3 - Inspire profundamente pelo nariz e solte o ar lentamente pela boca... novamente....
- 4 - Deixe que a sensação de paz desça sobre si e permaneça nesse estado por alguns minutos
- 5 – Começando pelos pés, puxe os dedos para a frente em direção aos joelhos e contrai... contrai... relaxe
- 6 – Contraia os músculos das pernas, exercendo força com o calcanhar no colchão e contrai... contrai... relaxe
- 7 – Aprecie a sensação de relaxamento enquanto a tensão desaparece dos músculos
- 8 – Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o colchão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... contrai... Relaxe lentamente os músculos, focando-se no desaparecimento da tensão e na sensação de relaxamento
- 9 – Contraia os músculos da barriga... Sinta a tensão em volta do umbigo... Contraia... Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados.
- 10 – Concentre-se nos músculos das costas... contraia os músculos das costas e sinta a tensão em toda a região, desde os ombros até ao fundo das costas... relaxe gradualmente todos os músculos... Note o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento
- 11 – Agora foque-se nos braços e nas suas mãos... feche as mãos e cerre-as, mantenha-as contraídas... contrai... e relaxa. Contraia os músculos dos seus braços desde as mãos até aos ombros... contrai, contrai e relaxa... Relaxe gradualmente e deixe apoiar os seus braços novamente no colchão... sinta como os músculos estão completamente relaxados...

12 – Puxe os seus ombros para cima, apertando-os contra o pescoço e contrai, os músculos estão tensos... relaxe lentamente.

13 – Concentre-se na sua face... aperte os dentes com força e sinta os músculos contraídos... contrai e relaxa.

14 – Feche os olhos, apertando-os com força... sinta a tensão na zona em volta dos olhos e nas pálpebras... concentre-se nas zonas mais tensas... relaxe lentamente. Note a diferença das sensações... dos músculos relaxados.

15 – Concentre-se agora nos músculos da testa e enrugue a testa, sinta a tensão ao redor das sobrancelhas... contrai... agora relaxe lentamente, focando a sua atenção no relaxamento dos músculos.

16 - Está completamente relaxado... Todos os músculos estão leves... O seu corpo está totalmente relaxado... Mantenha os olhos fechados e inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça aos pés... Inspire novamente... Espire o ar lentamente

17 - Permaneça deitado e aprecie a sensação de relaxamento...

(esperar cerca de 5 minutos)

18 - Agora inspire lentamente.... E expire. Inspirar novamente... Expire o ar lentamente. Quando estiver pronto pode começar a abrir os olhos, a tomar conta do que o rodeia...

Referências Bibliográficas

Coelho, J. & Sousa, L. (2020) Relaxamento in C. Sequeira & F. Sampaio (coords) Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções (pp. 202-210) Lisboa: Lidel

Payne, R (2003). Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde. (2ªEd.). Loures: Lusociência

Townsend, M. C. (2011). Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica (6ª edição). Loures: Lusociência

APÊNDICE 9 - Sessão Debate de São Martinho

Tema: Debate de São Martinho Duração: 60 min Local: Sala de atividades do HDP Data e Hora: 24.10.2022 pelas 11h (Grupo A) Preletor: Rita Marques População Alvo: Utentes do HDP Objetivos Gerais: Facilitar a aquisição de conhecimentos acerca do dia de São Martinho Objetivos Específicos: Dar a conhecer quem é São Martinho, Refletir acerca dos valores morais presentes na lenda de São Martinho; Estimular e promover a interação social, Desenvolver a comunicação verbal; Promover o desenvolvimento de competências cognitivas atenção, memória e concentração			
Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	15 min	- Exercício de Quebra-gelo - Clarificar o tema e os objetivos da sessão	- Colchões - Computador - Colunas
Desenvolvimento	35 min	- Questionar o grupo acerca de quem foi São Martinho e da sua lenda - Entregar uma folha com o texto da lenda de São Martinho e pedir para um ou dois elementos do grupo, voluntariamente, lerem - Debater com o grupo o texto - quais os valores morais presentes na história, como podemos remeter esses valores para as nossas ações, que outros valores são importantes para o grupo; tradições do dia de São Martinho	
Conclusão	10 min	- Partilha e discussão do grupo acerca da temática e das experiências vivenciadas na sessão; - Síntese da sessão; - Agradecimento ao grupo.	
Avaliação	Observação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes durante a sessão para atingir os objetivos pretendidos.		
Enquadramento Teórico	São Martinho, nasceu em 316 na Panónia, atual Hungria. Filho de um comandante romano, cresceu em Itália. Foi convocado para o exército romano quando tinha quinze anos, viajando por todo o Império Romano do Ocidente. Convertiu-se ao Cristianismo na sua adolescência. Tornou-se discípulo do bispo de Poitiers (na zona oeste da atual França), tendo-se tornado padre e, mais tarde, bispo de Tours. Fundou um mosteiro e mandou contruir igrejas nalgumas regiões rurais de Gália (atual França), onde atendia tanto ricos como pobres. Faleceu em 397 e o seu funeral foi a 11 de novembro do mesmo ano, dia em que são realizadas celebrações em seu nome. Após a sua morte foi considerado um santo, é o santo padroeiro dos mendigos e também de múltiplas profissões, dos alfaiates aos cavaleiros, dos soldados aos produtores de vinho.		

Lenda de São Martinho: Reza a lenda que um cavaleiro, chamado Martinho, seguia montado a cavalo quando encontrou a meio do caminho, durante uma tempestade, um mendigo a tremer de frio e seminu, que lhe pediu uma esmola. O cavaleiro, que não tinha mais nada consigo, retirou das costas o manto que o aquecia, cortou-o ao meio com a espada, e deu-o ao mendigo. Nesse momento, a tempestade desapareceu e um sol radioso começou a brilhar. O bom tempo prolongou-se por três dias.

APÊNDICE 10 - Sessão Debate sobre Saúde Mental

Tema: Debate sobre Saúde Mental			
Duração: 60 min			
Local: Sala de atividades do HDP			
Data e Hora: 26.09.2022 pelas 12h (Grupo B)			
Preletor: Rita Marques			
População Alvo: Utentes do HDP			
Objetivos Gerais: Abordar o tema saúde mental			
Objetivos Específicos: Promover a higiene do sono; Promover hábitos de higiene e autocuidado; Promover a alimentação saudável; Incentivar a realização de atividades promotoras de bem-estar; Incentivar a ter um ambiente limpo em casa; Promover a interação social; Incentivar a procura de ajuda nos profissionais de saúde; Facilitar a aceitação de opiniões divergentes			
Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	15 min	- Exercício de Quebra-gelo - Clarificar o tema e os objetivos da sessão	- Colchões - Computador
Desenvolvimento	35 min	- Introduzir o tema “Saúde Mental” – Questionar os participantes acerca do que para eles significa saúde mental e quais os fatores que contribuem para a saúde mental - Exercício com cartões com imagens - Cada elemento do grupo, à vez, retira um cartão que contem imagens alusivas ao tema “Saúde Mental” e menciona o que vê na mesma e como é que esta tem influência na saúde mental. Posteriormente passa pelo resto do grupo para fomentar a discussão.	- Colunas
Conclusão	10 min	- Partilha e discussão do grupo acerca da temática e das experiências vivenciadas na sessão; - Síntese da sessão; - Agradecimento ao grupo.	
Avaliação	No final da sessão será colocada a questão “Quais os fatores que foram abordados que influenciam a saúde mental?”. Observação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes durante a sessão para atingir os objetivos pretendidos.		
Enquadramento Teórico	A psicoeducação encontra-se destinada à pessoa com experiência de doença mental, família ou cuidador informal e a grupos. Esta pode ser definida como uma intervenção que tem como principais objetivos fornecer informação acerca da doença (tratamento, diagnóstico e prognóstico), dos direitos (enquanto pessoa com doença mental) e as estratégias de adaptação à sua situação de saúde fortalecendo os mecanismos de <i>coping</i> (Landsverk & Kane, 1998; Ordem dos Enfermeiros, 2021). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001), a saúde não é apenas a ausência de doença, englobando também o bem-estar físico, mental e social. Quando existe um desequilíbrio a nível mental, físico ou social, indica que a pessoa se depara com uma situação de doença. A OMS define saúde		

mental como um estado de bem-estar no qual cada pessoa compreende seu próprio potencial, consegue lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar produtivamente e frutuosamente, e é capaz de dar uma contribuição à comunidade (OMS, 2014). De acordo com Sequeira & Sampaio (2020), para a pessoa ter saúde mental, deve “estabelecer relações ajustadas com o outro; participar construtivamente com o meio e o ambiente; resolver e/ou gerir os seus próprios conflitos internos; investir em realizações sociais” (p. 3). A ausência de transtorno mental, não significa necessariamente uma boa saúde mental pois as pessoas que vivem com transtorno mental também são capazes de alcançar níveis de bem-estar favoráveis e ter uma boa vida (OMS, 2014).

O contexto social e económico onde cada pessoa está inserida ao longo da sua vida e a exposição a eventos adversos, como é o exemplo da violência interpessoal, assim como as condições de vulnerabilidade, colocam a pessoa em diferentes situações para que seja possível atingir o padrão mais elevado de bem-estar psicológico e de saúde mental (CNS, 2019).

Referências Bibliográficas

Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder: relatório CNS Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/%E2%80%9CSem-mais-tempo-a-perder%E2%80%9D-CNS-2019.pdf>

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

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

Organização Mundial de Saúde (2001) Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. (Relatório Mundial). <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR?sequence=4>

Organização Mundial de Saúde (2014) Social Determinants of mental health. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf

Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). Da saúde à doença mental. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Ed.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções*. (pp.3-6). Lidel

APÊNDICE 11 - Sessão Alimentação Saudável e Saúde Mental

Tema: Alimentação Saudável na Saúde Mental			
Duração: 60 min			
Local: Sala de atividades do HDP			
Data e Hora: 11.10.2022 pelas 12h (Grupo B)			
Preletor: Rita Marques			
População Alvo: Utentes do HDP			
Objetivos Gerais: Facilitar a aquisição de conhecimentos acerca de como a alimentação saudável influencia a saúde mental			
Objetivos Específicos: Promover a alimentação saudável; Definir saúde mental; Relembrar a importância da alimentação saudável na saúde mental; Promover a interação social; Facilitar a aceitação de opiniões divergentes			
Fase	Tempo	Descrição	Recursos
Introdução	15 min	- Exercício de Quebra-gelo - Clarificar o tema e os objetivos da sessão	- Colchões - Computador
Desenvolvimento	35 min	- Apresentar o tema Alimentação saudável na saúde mental com recurso a PPT – Fomentar a discussão e a partilha - Dar ferramentas <i>online</i> da DGS acerca da temática – pedir a dois elementos do grupo separadamente para se dirigirem ao computador e incentivar a interação	- Colunas
Conclusão	10 min	- Partilha e discussão do grupo acerca da temática e das experiências vivenciadas na sessão; - Síntese da sessão; - Agradecimento ao grupo.	
Avaliação	Observação dos conhecimentos adquiridos pelos utentes durante a sessão para atingir os objetivos pretendidos.		
Enquadramento Teórico	<p>A psicoeducação encontra-se destinada à pessoa com experiência de doença mental, família ou cuidador informal e a grupos. Esta pode ser definida como uma intervenção que tem como principais objetivos fornecer informação acerca da doença (tratamento, diagnóstico e prognóstico), dos direitos (enquanto pessoa com doença mental) e as estratégias de adaptação à sua situação de saúde fortalecendo os mecanismos de <i>coping</i> (Landsverk & Kane, 1998; Ordem dos Enfermeiros, 2021).</p> <p>A alimentação desempenha um papel crucial no bem-estar físico e tem influência na prevenção de doenças crónicas (por exemplo: doenças cardiovasculares, inflamatórias, oncológicas, diabetes e obesidade).</p> <p>A dieta ocidental moderna, caracterizada por uma ingestão elevada de alimentos processados, excesso de sal, açúcares adicionados e rica em conservantes aumenta a suscetibilidade a problemas como défices cognitivos, ansiedade e depressão (DGS, 2022).</p> <p>Para termos uma alimentação saudável, deve ser tida em consideração a Roda dos Alimentos que é um guia que nos ajuda a escolher e a combinar os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária (DGS, 2022)..</p>		

CURIOSIDADES: O PAPEL DE ALGUMAS VITAMINAS ESSENCIAIS

Vitamina	Função	Fontes Alimentares
Vitamina A	É responsável pela adaptação da visão ao escuro; resistência a infeções	Fígado, manteiga, queijo, gema do ovo, cenoura, abóbora
Vitamina D	Controla a absorção do cálcio e do fósforo; regula a formação e a reconstituição dos ossos e dentes.	Laticínios, gema de ovo, óleo de fígado de peixe, fígado, ostras (espécies sal)
Vitamina C	Auxilia na absorção do ferro; participa da formação de colagénio e do processo de cicatrização; e aumenta a resistência contra certas doenças como a gripe.	Frutas cítricas, tomates, morango, batatas

CURIOSIDADES: O PAPEL DE ALGUMAS VITAMINAS ESSENCIAIS

Vitamina	Função	Fontes Alimentares
Vitamina B1	É importante para o bom funcionamento dos músculos e do cérebro.	Cereais integrais, legumes, nozes, gema de ovo, carne, alguns vegetais
Vitamina B9 ou ácido fólico	Fundamental na divisão celular, especialmente das células do sangue; atua no metabolismo do DNA.	Carne, alguns vegetais, feijão, ervilhas, pão, arroz e massa

CURIOSIDADES: O PAPEL DE ALGUMAS MINERAIS ESSENCIAIS

Mineral	Função	Fontes Alimentares
Cálcio	É essencial para a constituição de ossos e dentes, funcionamento de neurónios e músculos	Laticínios, couve, brócolos, espinafres, sardinhas, ostras, salmão
Ferro	Entra na composição dos glóbulos vermelhos; previne o cansaço e a diminuição das defesas do organismo	Carne, peixe, ovos, nozes, vegetais escuros, pão
Fósforo	É componente de todas as células do organismo, necessário para a formação de ossos e dentes	Leite, queijo, peixe, carne, iogurtes, gelado e ervilhas
Fluór	Constitui ossos e dentes. Reduz as cáries dentárias e a perda óssea	Água, chá, arroz, soja, espinafres



"Estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere".

(OMS(1981))

A saúde mental depende de vários fatores, nomeadamente: biológicos, individuais, familiares, sociais, económicos e ambientais.

(Lima & Rodrigues, 2018; OMS, 2014)

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SAÚDE MENTAL



Contribui para a manutenção do nosso estado de saúde físico e mental;

A combinação certa de vitaminas, minerais, óleos e gorduras saudáveis pode ajudar a melhorar as funções cerebrais, níveis de energia, memória, além de controlar as emoções.

- Melhora a capacidade cognitiva
- Melhora a saúde emocional
- Diminui a fadiga
- Regula o humor

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SAÚDE MENTAL

Os ácidos gordos polinsaturados promovem o bom funcionamento dos neurónios, influenciam e transmitem de neurotransmissores como a serotonina e a dopamina (que regulam as nossas emoções), melhoram a capacidade cognitiva e têm um efeito benéfico sobre o nosso sistema imunitário.



Através do consumo de proteínas obtemos aminoácidos (envolvidos na produção de serotonina e a melatonina), que melhoram a qualidade do sono e reduzem o stress.



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E SAÚDE MENTAL

O consumo excessivo de hidratos de carbono simples promove a inflamação e está associado a deterioração da memória.



Contrariamente, o consumo de hidratos de carbono complexos tem efeitos anti-inflamatórios.



Os legumes crucíferos têm um efeito anti-inflamatório e antioxidante.



RECOMENDAÇÕES

- Fazer cerca de 5 a 6 refeições por dia
- Não estar mais do que 3 horas sem comer
- Evitar a ingestão de alimentos salgados
- Reduzir o consumo de sal, utilizando ervas aromáticas e especiarias para cozinhar

RECOMENDAÇÕES

- Beber entre 1,5L a 3L de água por dia
- Evitar o consumo de alimentos ricos em açúcar ou gorduras, bebidas refrigerantes e álcool
- Mastigar os alimentos devagar, num ambiente calmo e tranquilo
- Aliar a alimentação saudável à prática de exercício físico

CONCLUSÃO

“Ter hábitos alimentares saudáveis não significa fazer uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade.”

(Direção Geral da Saúde, 2015)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2020/03/Alimentac%C3%A7%C3%A3o%20saud%C3%A1vel-em-casa.pdf>

<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1361.pdf>

https://alimentacao.saudavel.dgs.pt/roda-dos-alimentos/?_ga=2.256808891.1728933183.1665389419-1741293644.1633456373

<https://www.ans24.gov.pt/guia/alimentacao-saudavel/>

<https://saudemental.pt/alimentacao/>

<https://bicsp.mim-saude.pt/pt/brufa/2/30831/3148171/COMON20FAZEMOS/foiheto20-SOBA%20Alimentac%C3%A7%C3%A3o%20saud%C3%A1vel.pdf>

Livro - Townsend (2011), *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*

Referências Bibliográficas

Direção Geral de Saúde (2022). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

Landsverk, S. S., & Kane, C. F. (1998). Antonovsky's sense of coherence: Theoretical basis of psychoeducation in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(5), 419–431. <https://doi.org/10.1080/016128498248872>

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

APÊNDICE 12 – Autorização para utilização da Escala de Esperança de Herth

Autorização para utilizar a escala Herth Hope Index

2 mensagens

Rita Marques <rita.inmarques@gmail.com>
Para: "ana.querido@ipleiria.pt" <ana.querido@ipleiria.pt>

8 de setembro de 2021

Boa tarde,

O meu nome é Rita Marques e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Mental e Psiquiátrica no Instituto Politécnico de Setúbal. Venho por este meio solicitar que me concedam autorização para a utilização da Escala Herth Hope Index validada para a população portuguesa, para a avaliação da Esperança na pessoa com experiência de doença mental, no decorrer dos estágios.

Obrigado pela atenção,
Rita Marques

ANEXOS

ANEXO 1 - Certificado de Curso de Formação
Profissional de *Mindfulness*



Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Rita Isabel Nabais Marques natural de Setúbal nascida em 28/10/1994, com o N.º de Cartão de Cidadão 14687129 4ZY2 válido até 29/10/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Mindfulness, em 17/08/2022, com a duração de 40:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..20
Introdução ao Mindfulness	5:00	-
Estratégias e Competências do Mindfulness	5:00	-
Mindfulness nas Relações Interpessoais	5:00	-
Mindfulness no Trabalho	5:00	-
Mindfulness na Saúde e no Bem-Estar	5:00	-
Mindfulness na Educação	5:00	-
Mindfulness e a Alimentação - Mindful Eating	5:00	-
A Aplicação da Prática do Mindfulness no dia-a-dia	5:00	-
Nota Final		19

Faro - Portugal, 09 de setembro de 2022

O(A) Responsável pelo(a) Traininghouse, Lda

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Traininghouse Lda
NIF: 510 294 901
Gerência

Certificado n.º 2196/2022 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Assinado por: **Marta do Nascimento José**
Num. de Identificação: 10501848
Data: 2022.09.09 13:49:22+01'00'

