



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Estágio de Natureza Profissional - Módulo II

**Utilização do *Mindfulness* em cuidadores
familiares: Relatório de desenvolvimento de
competências especializadas em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiátrica**

***Utilization of Mindfulness in Family Caregivers:
Report on the Development of Specialized
Competencies in Mental Health and Psychiatric
Nursing***

ANA CRISTINA SANTOS

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Estágio de Natureza Profissional – Módulo II

Utilização do *Mindfulness* em cuidadores familiares: Relatório de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Utilization of Mindfulness in Family Caregivers: Report on the Development of Specialized Competencies in Mental Health and Psychiatric Nursing

Documento elaborado por Ana Cristina Cardoso dos Santos (ep11343), sob orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira e coorientação da Professora Doutora Patrícia Gonçalves

Porto, 2025

"Não podemos parar as ondas, mas podemos aprender a surfar."

Jon Kabat-Zinn (2003)

"A enfermagem em saúde mental não trata apenas sintomas, mas acolhe histórias, fortalece resiliências e devolve à pessoa o sentido de si mesma."

Phil Barker (2001)

AGRADECIMENTOS

Este percurso foi mais do que um desafio acadêmico – foi uma jornada de transformação, crescimento e compromisso com a Enfermagem. Enfrentei desafios, dúvidas e cansaço, mas também encontrei apoio, incentivo e razões para continuar.

Agradeço profundamente ao meu pai, que me ensinou a encontrar humanidade naquilo que, tantas vezes, parece apenas perda. Foi por ele e para ele que fiz este Mestrado. A sua presença – mesmo na ausência que a doença impõe – será sempre a minha maior inspiração e a força silenciosa que me guia.

À Luana e ao Tomás, que me apoiaram sem pedir nada em troca e que, sem o saberem, foram o meu maior motivo para seguir em frente. Este caminho também é vosso, porque quero que saibam que nunca devemos desistir daquilo em que acreditamos.

Aos meus orientadores, o Professor Carlos Sequeira e a Professora Patrícia Gonçalves, pelo apoio incondicional, pelos desafios que ampliaram a minha visão e reflexão e pelas sugestões que fortaleceram este trabalho.

Agradeço também à Professora Júlia Marques, às enfermeiras tutoras e às equipas de enfermagem pelo acolhimento e partilha de saberes. Um reconhecimento especial à Enf. Mariana Dias, minha companheira nesta jornada, que tornou os desafios mais leves e as conquistas mais significativas.

À minha irmã Vanessa, cujo apoio inestimável marcou esta reta final. Foi ela quem garantiu a revisão final, assegurando que este trabalho estivesse na sua melhor versão. O seu exemplo de resiliência, força e determinação foi e continuará a ser uma inspiração para mim.

E, por fim, agradeço a mim mesma, pela coragem e determinação em não desistir, mesmo quando o caminho se tornava íngreme. Este percurso foi, acima de tudo, uma reconciliação com o meu propósito.

A todos os que fizeram parte desta jornada, o meu sincero obrigada.

RESUMO

Este relatório de estágio foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com o objetivo de demonstrar, de forma fundamentada e reflexiva, a aquisição de competências especializadas necessárias para a obtenção do título de Enfermeira Especialista e do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. O estágio decorreu em três contextos clínicos distintos – comunidade, respostas diferenciadas e internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, permitindo a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e o desenvolvimento de intervenções especializadas, ajustadas às necessidades da população assistida.

As intervenções implementadas tiveram como foco o diagnóstico de enfermagem ansiedade, sendo planeadas e implementadas estratégias terapêuticas para a gestão / autogestão e consequente minimização. Recorreu-se a intervenções psicoterapêuticas, com destaque para a psicoeducação e a relação de ajuda profissional, abordagens fundamentais na promoção do autoconhecimento, na redução do impacto dos sintomas e na consolidação da gestão emocional. A implementação destas estratégias permitiu melhorar a adesão ao processo terapêutico.

O *mindfulness* foi explorado como um tema relevante na prática especializada, reconhecendo-se o seu impacto na gestão de sintomas associados ao *stress* e à ansiedade, evidenciando-se o potencial desta abordagem no desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e mestre e na humanização dos cuidados.

A experiência adquirida ao longo do estágio reforçou a importância de uma prática de enfermagem especializada, sustentada na empatia, na comunicação terapêutica e na utilização de abordagens inovadoras. A análise reflexiva permitiu identificar desafios e oportunidades de melhoria, consolidando aprendizagens fundamentais para um exercício profissional especializado e ajustado às necessidades emergentes das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental.

Palavras-chave: Ansiedade, Enfermagem, psicoeducação, *mindfulness*.

ABSTRACT

This internship report was developed as part of the Master's Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, with the aim of demonstrating, in a well-founded and reflective manner, the acquisition of specialized competencies required for obtaining the title of Specialist Nurse and the Master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing.

The internship took place in three distinct clinical settings—community, specialized care units, and inpatient care for individuals in acute clinical decompensation—allowing for the practical application of acquired knowledge and the development of specialized interventions tailored to the needs of the assisted population.

The implemented interventions focused on the nursing diagnosis of anxiety, with the planning and application of therapeutic strategies aimed at its management/self-management and consequent minimization. Psychotherapeutic interventions were used, with an emphasis on psychoeducation and the professional helping relationship, which are fundamental approaches in promoting self-awareness, reducing symptom impact, and consolidating emotional regulation. The implementation of these strategies contributed to improving adherence to the therapeutic process.

Mindfulness was explored as a relevant theme in specialized practice, recognizing its impact on the management of stress- and anxiety-related symptoms, highlighting the potential of this approach in the development of competencies for both the specialist nurse and the master's degree holder, as well as in the humanization of care.

The experience gained throughout the internship reinforced the importance of specialized nursing practice, grounded in empathy, therapeutic communication, and the use of innovative approaches. The reflective analysis enabled the identification of challenges and opportunities for improvement, consolidating essential learning for specialized professional practice adapted to the emerging needs of individuals requiring mental health care.

Keywords: Anxiety, Nursing, Psychoeducation, Mindfulness.

Chave de siglas e/ou abreviaturas

ACT – *Acceptance and Commitment Therapy*

BSI – *Brief Symptom Inventory*

CF – Cuidador familiar

DCL – Declínio cognitivo ligeiro

DGS – Direcção Geral de Saúde

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GAI – *Geriatric Anxiety Inventory*

GAM – Grupo de apoio mútuo

MBCT – *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

MB-EAT – *Mindfulness-Based Eating Awareness Training*

MBPM – *Mindfulness-Based Pain Management*

MBRP – *Mindfulness-Based Relapse Prevention*

MBSR – *Mindfulness-Based Stress Reduction*

MBTI – *Mindfulness-Based Therapy for Insomnia*

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

MORE – *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement*

MSC – *Mindful Self Compassion*

NIC – *Nursing interventions Classification*

NK – *Natural killer*

NOC – *Nursing Outcomes Classification*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDI – Perturbação do desenvolvimento intelectual

PNC – Perturbação neurocognitiva

QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

RAP – Relação de ajuda profissional

SM – Saúde mental

SNA – Sistema nervoso autónomo

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

VFC – Vulnerabilidade da frequência cardíaca

Índice

1. INTRODUÇÃO	11
2. MINDFULNESS: ABORDAGEM TEÓRICA E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS.	13
2.1. Etimologia do termo <i>mindfulness</i>	13
2.2. As diferentes definições e operacionalizações do <i>mindfulness</i>	15
2.3. Princípios fundamentais do <i>mindfulness</i>	17
2.4. Implicações fisiológicas do <i>mindfulness</i>	20
2.5. Programas baseados no treino de <i>mindfulness</i>	25
2.6. Principais contributos dos programas baseados em <i>mindfulness</i> para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	32
2.6.1. Intervenção na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental baseada no <i>mindfulness</i>	33
2.6.2. Intervenção no tratamento da doença mental baseada no <i>mindfulness</i>	35
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ESTÁGIO	39
3.1. Modelo teórico que suporta a conceção de cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	39
3.2. Contexto da Comunidade	42
3.2.1. Caracterização do contexto de estágio	44
3.2.2. Identificação das necessidades e recolha de dados	50
3.2.3. Planeamento da intervenção de psicoeducação	53
3.2.4. Execução da intervenção de psicoeducação	58
3.2.5. Resultados obtidos e avaliação da intervenção de psicoeducação	59
3.2.6. Outras atividades desenvolvidas	61
3.3. Contexto de respostas diferenciadas	61
3.3.1. Caracterização do contexto de estágio	62
3.3.2. Identificação das necessidades e recolha de dados	66
3.3.3. Planeamento da intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda Profissional	69
3.3.4. Execução da intervenção psicoterapêutica	72
3.3.5. Resultados obtidos e avaliação da intervenção	74
3.3.6. Outras atividades desenvolvidas	75
3.4. Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda	79
3.4.1. Caracterização do contexto de estágio	80
3.4.2. Identificação das necessidades e recolha de dados	85

3.4.3.	<i>Planeamento da intervenção de psicoeducação grupal</i>	86
3.4.4.	<i>Implementação da intervenção de psicoeducação</i>	89
3.4.5.	<i>Resultados obtidos e avaliação da intervenção</i>	91
3.4.6.	<i>Outras atividades desenvolvidas</i>	92
4.	ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ENQUANTO FUTURA ENFERMEIRA ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	95
4.1.	Competências especializadas	96
4.2.	Competências comuns do EE	105
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
	APÊNDICES	138
	Apêndice 1 – Guião da entrevista clínica semidiretiva e questionário sociodemográfico	
	Apêndice 2 – Planeamento da intervenção de psicoeducação, individual	
	Apêndice 3 – Guião da meditação <i>mindfulness</i>	
	Apêndice 4 – Plano da sessão de sensibilização “ <i>Mindfulness</i> e Primeiros Socorros Emocionais”	
	Apêndice 5 – Questionário de satisfação da sessão de sensibilização “ <i>Mindfulness</i> e Primeiros Socorros Emocionais” e respetivo relatório	
	Apêndice 6 – <i>Flyer</i> “Cultivando o bem-estar”	
	Apêndice 7 – Planeamento da intervenção Relação de Ajuda Profissional	
	Apêndice 8 – <i>Flyer</i> “Com(viver) com a Demência”	
	Apêndice 9 – Questionário de avaliação da intervenção Relação de Ajuda profissional	
	Apêndice 10 – Planeamento da intervenção de estimulação cognitiva	
	Apêndice 11 – Grelha de observação da intervenção de estimulação cognitiva	
	Apêndice 12 – Relatório E4Nursing do estudo de caso	

Apêndice 13 – Guião da entrevista clínica semidiretiva

Apêndice 14 – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre as emoções

Apêndice 15 – Planeamento da intervenção de psicoeducação grupal

Apêndice 16 – Plano da sessão de formação em serviço

Apêndice 17 – Relatório da avaliação da sessão de formação em serviço

Apêndice 18 – Revisão de artigo para a revista Germinare

Apêndice 19 – Certificados de participação em formação contínua

Índice de Quadros

Quadro 1 – Programas exclusivamente baseados em <i>mindfulness</i>	26
Quadro 2 – Programas que utilizam o <i>mindfulness</i> combinado com outras estratégias terapêuticas	29
Quadro 3 – Aplicabilidade do <i>Mindfulness</i> pelo EEESMP, de acordo com os diagnósticos de enfermagem	36
Quadro 4 – Identificação dos diagnósticos de enfermagem no contexto da comunidade.....	50
Quadro 5 – Definição dos objetivos e indicadores de resultado de acordo com os diagnósticos de enfermagem	53
Quadro 6 – Identificação dos diagnósticos de enfermagem no contexto de respostas diferenciadas	66
Quadro 7 – Definição dos objetivos e indicadores de resultado de acordo com os diagnósticos de enfermagem	68
Quadro 8 – Identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda	85
Quadro 9 – Avaliação da efetividade da intervenção de psicoeducação	92
Quadro 10 – Síntese das atividades realizadas em cada contexto de estágio.	97

Índice de figuras

Figura 1 – <i>Score</i> das dimensões do QASCI.....	52
Figura 2 – Distribuição dos domínios cognitivos comprometidos	76
Figura 3 – Avaliação da intervenção de estimulação cognitiva grupal	78

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob a orientação do Professor Doutor Carlos Sequeira e coorientação da Professora Doutora Patrícia Gonçalves, foi elaborado o presente relatório com a finalidade de demonstrar, de forma fundamentada e reflexiva, a aquisição de competências enquanto futura enfermeira especialista e mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP). Foram delineados os seguintes objetivos gerais:

1. Descrever o percurso de aquisição das competências especializadas em ESMP, evidenciando a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica.
2. Refletir criticamente sobre o desenvolvimento profissional, identificando desafios, adaptações necessárias e aprendizagens adquiridas ao longo do estágio.
3. Contribuir para a melhoria contínua da prática especializada em ESMP, identificando boas práticas, áreas de melhoria e estratégias que possam otimizar a prestação de cuidados especializados.

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II decorreu entre 16 de setembro de 2024 e 10 de janeiro de 2025, totalizando 340 horas, distribuídas por três contextos clínicos distintos: o contexto da comunidade, o contexto de respostas diferenciadas e o contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda. Durante este período, fui supervisionada por enfermeiros tutores, especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

Para além da aquisição de competências especializadas, reconheceu-se a importância de selecionar uma temática relevante para operacionalizar estas

competências. A temática selecionada foi o *mindfulness* como estratégia terapêutica para cuidadores familiares (CF), dada a sua relevância no suporte emocional, na promoção do bem-estar e na redução da sobrecarga associada ao papel de cuidador. Assim, entendeu-se essencial realizar uma contextualização teórica do construto *Mindfulness* e da sua utilização como estratégia terapêutica pelo EEESMP, através de uma revisão narrativa da literatura, permitindo a sustentação teórica da aplicabilidade do *mindfulness* na promoção da saúde mental (SM) e na prevenção e no tratamento da doença mental.

O presente relatório está estruturado de forma a proporcionar uma visão clara e aprofundada do percurso formativo e do desenvolvimento de competências especializadas. Este percurso é descrito de forma pormenorizada, abrangendo as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos. É efetuado um enquadramento de cada contexto de estágio, as principais necessidades identificadas e as intervenções implementadas. Por fim, é apresentada uma análise reflexiva do desenvolvimento das competências especializadas, identificando desafios, limitações e oportunidades de melhoria. A reflexão sobre a prática desempenha um papel essencial na consolidação do conhecimento e no aperfeiçoamento da atuação profissional do EEESMP.

Este relatório ainda inclui uma contextualização teórica acerca do *mindfulness*, na qual se apresenta um enquadramento detalhado do conceito, abordando a sua origem, a sua evolução e os benefícios que lhe estão associados. Nesta secção, exploram-se, ainda, as diferentes abordagens terapêuticas baseadas no *mindfulness* e a sua aplicabilidade no contexto da ESMP.

Das intervenções de Enfermagem desenvolvidas em cada contexto de estágio, foram aprofundadas aquelas com maior relevância para a aquisição das competências especializadas. O relatório foi redigido de acordo com as normas da ESEP, garantindo clareza, objetividade e rigor académico na apresentação do percurso desenvolvido na aquisição das competências do EEESMP.

2. MINDFULNESS: ABORDAGEM TEÓRICA E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS

O conceito de *mindfulness* tem sido amplamente estudado e aplicado em diversas áreas, nomeadamente, na área da SM. Embora frequentemente traduzido como atenção plena, o termo possui um significado mais vasto, enraizado na tradição budista, abrangendo, não apenas a consciência do momento presente, mas também uma atitude de aceitação e não julgamento.

Para explorar esta temática, recorreu-se a uma revisão narrativa da literatura, uma abordagem que permite uma análise abrangente e integradora do tema. Este método facilitou a incorporação de diferentes perspetivas teóricas e evidências científicas, proporcionando uma visão aprofundada sobre a utilização do *mindfulness* na regulação emocional e na promoção do bem-estar. Através da análise de diversos estudos, foi possível compreender de forma mais profunda o *mindfulness* enquanto estratégia promotora da SM, com especial ênfase no contexto da ESMP.

Este capítulo explora a origem e a evolução do *mindfulness*, destacando os seus princípios fundamentais, os efeitos fisiológicos e os principais programas desenvolvidos com base nesta abordagem. Pretendeu-se, ainda, analisar a sua aplicabilidade na área da ESMP, considerando o seu impacto na promoção da SM e na prevenção e tratamento da doença mental.

2.1. Etimologia do termo *mindfulness*

O termo *mindfulness* pode ser traduzido para o português como "atenção plena" ou "consciência plena". No entanto, neste relatório, opta-se por manter o termo

em inglês devido à sua abrangência e complexidade. O conceito de *mindfulness* está frequentemente associado ao termo sati em páli, uma língua indo-europeia utilizada para preservar os textos canônicos do budismo Theravada (Anālayo, 2019; Gethin, 2011). Alguns estudiosos consideram o páli uma versão simplificada do sânscrito, especialmente em termos estruturais (Gethin, 2011).

Devido à sua riqueza semântica, o sati tem sido amplamente estudado por acadêmicos e praticantes de *mindfulness*. Este conceito é frequentemente relacionado com o ato de recordar ou trazer algo à consciência, motivo pelo qual alguns autores o associam à memória, dado que a sua etimologia remete para a lembrança (Amaro, 2015; Shulman, 2010). Contudo, o seu significado transcende a mera função cognitiva. Segundo Anālayo (2019), sati refere-se a uma qualidade de atenção clara e vigilante, permitindo à mente manter-se presente, sem distrações ou distorções emocionais. Esta característica da atenção plena é muitas vezes descrita como uma forma de “lembrança”, no sentido de evocar, no momento presente, uma percepção lúcida e intencional da experiência vivida (Gethin, 2011).

Assim, sati pode ser entendido como a capacidade de estar consciente do que ocorre no corpo e na mente, sem reação automática ou julgamento. De acordo com Shulman (2010), este conceito está profundamente ligado à prática da meditação budista, especialmente ao satipaṭṭhāna, que envolve a aplicação do sati, para observar diretamente os fenómenos físicos e mentais. Para Dreyfus (2011), sati não se limita à consciência plena, mas inclui a capacidade de recordar e aplicar conhecimentos prévios para discernir entre o que é benéfico e o que é prejudicial para a mente. Esta perspetiva alinha-se com as interpretações tradicionais do budismo theravada, onde a atenção plena não é apenas um estado de consciência, mas também um discernimento ético, aplicado à vida quotidiana (Gethin, 2011; Anālayo, 2019). Segundo Dreyfus (2011), o *mindfulness* budista tradicional inclui uma componente ética, frequentemente desconsiderada, em abordagens contemporâneas.

Além do sati, há outros dois conceitos em páli relevantes: sampajañña, que significa "compreensão clara" e refere-se à capacidade de perceber os

fenômenos sem interferência de estados emocionais distorcidos, e appamãda, traduzido como "vigilância cuidadosa", que se relaciona com a prática de meditação, focada no bem-estar e na prevenção do sofrimento (Anālayo, 2019; Gethin, 2011).

No contexto ocidental, o termo *mindfulness* foi introduzido no inglês moderno por Thomas William Rhys Davids no final do século XIX, quando traduziu antigos textos budistas (Anālayo, 2019). Mais tarde, Kabat-Zinn (2009) adaptou o conceito para contextos de SM e bem-estar, mantendo a ligação às suas raízes budistas. Shapiro e Carlson (2009) destacam que *mindfulness* não é apenas uma prática de atenção, mas também deve ser acompanhado por uma atitude de abertura, curiosidade e gentileza. Anālayo (2019) reforça esta visão, argumentando que *mindfulness* implica uma consciência contínua do momento presente, com discernimento e vigilância, indo além da simples lembrança, para integrar intencionalidade e cuidado, em cada momento da experiência vivida.

2.2. As diferentes definições e operacionalizações do *mindfulness*

O interesse crescente no *mindfulness* nas últimas décadas levou ao desenvolvimento de múltiplas definições, operacionalizações e medidas de avaliação (Brown *et al.*, 2007; Gherardi-Donato *et al.*, 2020; Van Gordon *et al.*, 2016). Embora o interesse crescente tenha contribuído para uma expansão significativa das pesquisas sobre o tema, isso também trouxe desafios, particularmente em relação à consistência concetual e metodológica (Van Dam *et al.*, 2018).

Uma das primeiras referências ao conceito de *mindfulness* foi feita por Langer (1989), que o definiu como um estado mental flexível, caracterizado por um

envolvimento ativo no presente (Fletcher & Hayes, 2005). Para esta autora, o *mindfulness* envolve a observação de fenómenos novos e uma sensibilidade aguçada relativamente ao contexto, em contraste com o que ela denomina *mindlessness*, ou agir sem pensar.

Assim, a flexibilidade e a capacidade de observação são essenciais para compreender a natureza dinâmica do *mindfulness*. As investigações de Langer foram fundamentais neste entendimento, ao estudar os efeitos negativos do *mindlessness* — um estado em que as pessoas funcionam em piloto automático, sem verdadeira atenção ao que fazem. Esse modo de agir pode impactar a cognição, o comportamento e, até, a saúde (Langer, 1989; Vandenberghe & Assunção, 2009).

Mais tarde, Langer e Moldoveanu (2000) reformularam o conceito de *mindfulness*, descrevendo-o como um processo que promove uma maior sensibilidade ao contexto, uma maior abertura a novas informações e que facilita a criação de categorias cognitivas que ajudam a estruturar a perceção e a melhorar a capacidade de resolução de problemas.

A definição clássica de *mindfulness*, amplamente popularizada por Jon Kabat-Zinn (1994), coloca o foco na atenção plena ao presente. Para este autor, *mindfulness* é a consciência que emerge ao prestar atenção ao momento presente, intencionalmente e sem julgamentos. Autores como Marlatt e Kristeller (1999) ampliaram esta perspetiva ao definir *mindfulness* como a habilidade de observar os fenómenos da experiência (perceções, emoções) sem categorizá-los como bons ou maus, verdadeiros ou falsos, importantes ou triviais.

Baer *et al.* (2006) apresentaram uma definição multifacetada de *mindfulness*, resultado de um estudo psicométrico, que explorou diferentes questionários sobre o tema. Eles identificaram cinco aspetos principais: observar, descrever, agir com consciência, não julgar e não reagir. Este modelo abrange não apenas a atenção ao presente, mas também a forma como os indivíduos interagem com as suas experiências internas e externas.

No entanto, a operacionalização do *mindfulness* proposta por Baer *et al.* (2006) não é universalmente aceite. Malinowski (2008) argumenta que os aspetos "observar" e "não julgar" estão alinhadas com o modelo de Bishop *et al.* (2004), que resultou da operacionalização da definição clássica de Kabat-Zinn, focando-se na autorregulação da atenção e na orientação para a experiência do momento presente com curiosidade, abertura e aceitação.

Outros autores destacam a dificuldade de se chegar a uma definição única e amplamente aceite. Segundo Lin *et al.* (2022), a dificuldade de operacionalizar o conceito de *mindfulness* decorre da sua natureza subjetiva e multidimensional. Van Dam *et al.* (2018) argumentam que essa falta de consenso sobre as definições e as medidas de avaliação, pode comprometer a validade dos estudos, especialmente em contextos clínicos e psicológicos. Simione e Saldarini (2023) reforçam essa crítica, ao referirem que devido à ausência de uma definição precisa, os estudos podem apresentar resultados inconsistentes. Eles sugerem que é necessária uma maior padronização na definição e na avaliação de *mindfulness*, para permitir comparações mais robustas entre as diferentes linhas de pesquisa.

2.3. Princípios fundamentais do *mindfulness*

No contexto da prática de meditação *mindfulness*, as atitudes que o praticante deve cultivar desempenham um papel essencial para que a experiência da prática seja verdadeiramente transformadora. Kabat-Zinn identificou nove princípios fundamentais ou atitudes que servem de base para a prática de *mindfulness*, às quais se adicionou, mais recentemente, a gratidão como uma décima atitude (Jennings, 2015; Shapiro *et al.*, 2006). Estes princípios fundamentais fornecem um enquadramento de como os praticantes devem abordar a prática da meditação *mindfulness*.

Não Julgamento: O princípio de não julgamento é fundamental para o desenvolvimento da atenção plena. Ao praticar *mindfulness*, os praticantes são encorajados a observar os seus pensamentos, emoções e sensações sem os rotularem como “bons” ou “maus” (Kabat-Zinn, 2003). Esta abordagem permite que o indivíduo mantenha uma postura de curiosidade e abertura em relação à sua experiência interna, sem se deixar levar por reações automáticas ou julgamentos. A investigação demonstra que o não julgamento está associado a uma redução da ruminação e dos pensamentos negativos, o que contribui para o aumento do bem-estar psicológico (Shapiro *et al.*, 2006).

Paciência: A paciência é uma atitude vital no *mindfulness*, pois reconhece que o desenvolvimento da atenção plena é um processo que requer tempo. Durante a prática, é essencial manter uma atitude paciente, permitindo que as experiências se desenrolem no seu próprio ritmo. Este princípio reflete a aceitação do momento presente, tal como ele é (Jennings, 2015). Os estudos indicam que a paciência está ligada a uma maior resiliência emocional e uma menor reatividade ao *stress* (Laurie & Blandford, 2016).

Mente de Principiante: A mente de principiante refere-se à capacidade de observar cada momento como novo, sem preconceitos ou expectativas (Kabat-Zinn, 2003). Esta atitude incentiva a curiosidade e a abertura em relação a todas as experiências, incluindo aquelas que são familiares. Segundo Shapiro *et al.* (2006), a mente de principiante tem sido associada a uma maior criatividade e inovação, uma vez que permite que os praticantes vejam o mundo sob uma nova perspetiva.

Confiança: A confiança, tanto em si mesmo como no processo de *mindfulness*, é uma atitude importante que sustenta a prática. Kabat-Zinn (2003) sugere que a confiança nas próprias capacidades é fundamental para que os praticantes se sintam seguros e comprometidos com a meditação. A investigação sobre práticas de *mindfulness* confirma que a confiança está ligada a uma maior motivação e comprometimento para continuar a prática e a melhores resultados terapêuticos (Crandall *et al.*, 2019; Laurie & Blandford, 2016).

Não Esforço: A atitude de não esforço é um dos pilares da prática de *mindfulness*. Este princípio traduz-se na capacidade de permitir que as experiências fluam, sem tentar controlá-las ou modificá-las. Kabat-Zinn (2003) sublinha que a prática de *mindfulness* envolve estar no momento presente tal como ele é, sem resistências. Durante a prática de *mindfulness*, o objetivo não é alcançar um estado particular ou obter um resultado específico, mas sim aceitar o momento presente, tal como ele é, sem forçar mudanças (Shapiro *et al.*, 2006).

Aceitação: A aceitação é a disposição para acolher todas as experiências, sem resistência. Kabat-Zinn (2003) descreve a aceitação como a chave para o *mindfulness*, pois permite que o praticante se relacione com o presente de uma forma harmoniosa. A aceitação permite ao indivíduo lidar de forma saudável com as emoções difíceis, promovendo uma maior autorregulação emocional (Prazak *et al.*, 2012). A aceitação foi amplamente estudada e os resultados demonstram que está associada a uma maior autorregulação emocional e a uma redução significativa dos sintomas de *stress* e ansiedade (Nicol & De France, 2018).

Desapego: Desapego, ou "deixar ir", é uma atitude que incentiva o praticante a não se apegar a pensamentos ou emoções que surgem, permitindo que estes passem, sem interferência (Kabat-Zinn, 2003). Isto promove uma maior liberdade emocional, já que os indivíduos não se prendem a pensamentos intrusivos. Laurie e Blandford (2016) destacam que esta atitude é particularmente útil em contextos de trabalho e educação, nos quais o desapego a pensamentos ruminativos facilita a resolução de problemas, sem a pressão de controlar os resultados.

Generosidade: A generosidade é uma atitude que transcende a prática individual de *mindfulness* e envolve a partilha do bem-estar e da paz com os outros. Kabat-Zinn (2003) defende que a generosidade surge naturalmente da prática de *mindfulness*, pois ao desenvolver compaixão por si próprio, o praticante tende a estender essa compaixão aos outros. Langer & Moldoveanu (2000) também sugerem que a generosidade pode melhorar a dinâmica social e promover um maior sentido de comunidade e conexão.

Autocompaixão: A autocompaixão é uma atitude essencial no *mindfulness*, que envolve tratar-se a si próprio com a mesma gentileza e compreensão que se daria a um amigo em momentos difíceis (Germer & Neff, 2019; Jennings, 2015). De acordo com Jennings (2015), a autocompaixão ajuda a reduzir a autocrítica, que é, frequentemente, uma fonte de sofrimento emocional. Shapiro *et al.* (2006) referem que a autocompaixão está associada a uma maior resiliência emocional e a níveis mais altos de bem-estar.

Gratidão: A gratidão não foi incluída por Kabat-Zinn como uma das atitudes fundamentais, mas os estudos mais recentes, identificam-na como uma atitude importante, na prática de *mindfulness* (Jennings, 2015). Esta envolve reconhecer e apreciar o momento presente e os seus benefícios, o que permite amplificar os efeitos positivos da meditação *mindfulness* (Jennings, 2015). A prática da gratidão está associada a um aumento da satisfação com a vida e do bem-estar emocional, proporcionando uma base sólida para a prática contínua de *mindfulness* (Laurie & Blandford, 2016).

2.4. Implicações fisiológicas do *mindfulness*

A prática de *mindfulness* tem-se destacado como uma intervenção eficaz na promoção da saúde física e mental. Os estudos científicos recentes evidenciam as suas implicações fisiológicas em múltiplos sistemas do corpo humano, desde o sistema nervoso ao cardiovascular, passando pela neuroplasticidade e pela imunomodulação (Black & Slavich, 2016; Pascoe *et al.*, 2017; Sun *et al.*, 2019).

Regulação do Sistema Nervoso Autónomo: A regulação do sistema nervoso autónomo (SNA), responsável por funções involuntárias, como a frequência cardíaca e a respiração, pode ser significativamente influenciada pela prática de *mindfulness*. Esta promove o equilíbrio entre as respostas simpáticas e parassimpáticas do SNA, reduzindo a ativação simpática, associada ao

mecanismo de "luta ou fuga", e estimulando a atividade parassimpática, responsável pelo relaxamento (Pascoe *et al.*, 2017). Sun *et al.* (2019) demonstraram que a prática regular de *mindfulness* melhora a homeostasia do SNA, diminuindo a reatividade ao *stress* e favorecendo uma regulação emocional mais eficaz.

Um dos principais benefícios do *mindfulness* é o aumento da variabilidade da frequência cardíaca (VFC), um indicador da saúde cardiovascular e da gestão do *stress* (Krygier *et al.*, 2013; Sullivan *et al.*, 2021). Os estudos conduzidos por Tung & Hsieh (2019) indicam que a meditação *mindfulness*, combinada com yoga, melhora significativamente a VFC, facilitando a recuperação do organismo, após situações de *stress*. Esta adaptação está associada a um maior equilíbrio emocional e a uma melhor saúde cardiovascular. De forma semelhante, Solarikova *et al.* (2021) analisaram o impacto do *mindfulness*, do ioga e do *biofeedback* da VFC, concluindo que todas essas práticas fortalecem a resposta parassimpática, reduzindo o *stress* percebido e aumentando o controlo emocional.

Além de regular a atividade simpática, o *mindfulness* favorece a ativação parassimpática, promovendo o relaxamento fisiológico, a redução da frequência cardíaca e da pressão arterial, diminuindo os efeitos prejudiciais do *stress* (Solarikova *et al.*, 2021). Os estudos indicam que essa prática também melhora a função vascular, ajudando na regulação da pressão arterial (Pascoe *et al.*, 2017).

Adler-Neal *et al.* (2020) demonstraram que o *mindfulness* reduz a reatividade ao *stress* e fortalece a capacidade de regulação emocional. Em crianças, a introdução desta prática em ambientes escolares, mostrou benefícios para o desenvolvimento emocional e fisiológico, incluindo melhorias na VFC e menor ativação simpática (Ivaki *et al.*, 2021). Oberle *et al.* (2022) constataram que o *mindfulness* auxilia na redução da pressão arterial, em indivíduos hipertensos, contribuindo para o relaxamento e a vasodilatação, resultado da modulação da resposta simpática ao *stress*.

Modulação do Sistema Imunológico: A prática de *mindfulness* tem sido amplamente estudada pelos seus efeitos positivos sobre o sistema imunológico, especialmente no contexto da redução do *stress* e da inflamação. O *stress* é reconhecido por comprometer a função imunológica, reduzindo a capacidade do corpo de combater infeções e promovendo uma inflamação crónica. Ao reduzir o *stress*, a meditação *mindfulness* revela-se uma ferramenta valiosa para restaurar o equilíbrio imunológico (Black & Slavich, 2016; Davidson & Kabat-Zin, 2015; Nakao, 2019)

Um dos principais mecanismos pelo qual o *mindfulness* modula o sistema imunológico é o aumento da atividade das células “*Natural Killer*” (NK), fundamentais na defesa contra infeções virais e células cancerígenas. Os estudos de Davidson e Kabat-Zinn (2015) demonstraram que a prática de *mindfulness* aumenta a atividade destas células, fortalecendo, assim, a resposta imunitária. Black e Slavich (2016) corroboraram estes resultados, sublinhando que o aumento da atividade das células NK está diretamente associado a uma melhoria global da função imunológica, especialmente em contextos de *stress*.

Mais recentemente, Adler-Neal *et al.* (2020) observaram que o *mindfulness* influencia positivamente a resposta imunológica, ao reduzir a inflamação e a aumentar a atividade das células NK. Este efeito direto na função imunológica é crucial na prevenção de doenças inflamatórias crónicas, que são muitas vezes exacerbadas pelo *stress*, ao reduzir os biomarcadores inflamatórios, melhorando a resposta imunológica ao *stress* (Tung & Hsieh, 2019).

Creswell *et al.* (2016) já tinha referido que um dos efeitos da prática do *mindfulness* era a redução de biomarcadores inflamatórios, nomeadamente a interleucina-6 e o fator de necrose tumoral alfa, que estão frequentemente associados a condições inflamatórias crónicas, tais como as doenças cardiovasculares e as metabólicas. Os estudos de Tung & Hsieh (2019) reforçaram estes achados. Já Nakao (2019) observou que a redução dos níveis de *stress*, mediada pela prática de *mindfulness*, tem um efeito protetor sobre o sistema imunitário, favorecendo um estado de relaxamento que contribui para a proteção contra inflamações sistémicas.

Neuroplasticidade e alterações cerebrais: A prática do *mindfulness* tem demonstrado efeitos profundos no cérebro, tanto ao nível estrutural, quanto funcional. Os estudos científicos indicam que esta prática promove a neuroplasticidade, permitindo a reorganização das conexões neurais, em resposta a estímulos e experiências, especialmente em áreas ligadas à regulação emocional, à memória e à atenção (Davidson & McEwen, 2012).

Hölzel *et al.* (2011), utilizaram a ressonância magnética para examinar os efeitos do *mindfulness* e identificaram um aumento na densidade da substância cinzenta, em áreas como o córtex pré-frontal e o hipocampo. Estas regiões desempenham um papel fundamental na regulação emocional e na memória, sugerindo que a prática regular de *mindfulness* fortalece as redes neurais, associadas à resiliência emocional e cognitiva.

No aspecto funcional, Desbordes *et al.* (2012), observaram uma redução significativa na atividade da amígdala, estrutura envolvida em respostas emocionais intensas, como medo e *stress*. Esta diminuição sugere uma menor reatividade emocional, sendo especialmente relevante na ansiedade. Da mesma forma, Schmidtman *et al.* (2017) relataram um aumento da espessura do córtex pré-frontal, região associada ao autocontrolo e à tomada de decisões, bem como uma menor ativação da amígdala. Rathore *et al.* (2022) reforçam estas descobertas, ao identificarem uma maior conectividade entre o córtex pré-frontal e a amígdala, promovendo um controlo emocional mais eficiente.

Além do impacto na regulação emocional, o *mindfulness* melhora a atenção e a concentração. Zeidan *et al.* (2010) verificaram que a prática do *mindfulness* aumenta a eficiência das redes atencionais do cérebro, intensificando a ativação do córtex cingulado anterior, região responsável pela monitorização de conflitos internos e pelo controlo executivo. Estas mudanças facilitam a gestão de distrações e melhoram a capacidade de foco, contribuindo para uma maior resiliência mental.

As revisões sistemáticas de Gotink *et al.* (2016), indicam que os programas de *mindfulness*, como a *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), promovem alterações cerebrais semelhantes às observadas em meditadores experientes.

Estas mudanças incluem menor atividade da amígdala e maior conectividade entre o córtex pré-frontal, o hipocampo e a amígdala. Creswell (2017) destaca os benefícios do *mindfulness* em populações clínicas, como indivíduos com ansiedade, depressão e *stress* pós-traumático. A prática da meditação *mindfulness* ajuda a reconfigurar os circuitos neurais, envolvidos em padrões de ruminação emocional e pensamentos negativos, favorecendo uma regulação emocional mais equilibrada e saudável.

Regulação do sono: O impacto do *mindfulness* na qualidade do sono e no tratamento de perturbações, como a insónia, tem despertado um crescente interesse na pesquisa científica. Black *et al.* (2015) investigaram os efeitos da meditação *mindfulness*, em adultos mais velhos, com distúrbios do sono, constatando que aqueles que participaram de um programa de intervenção, baseado nesta prática, apresentaram melhorias significativas na qualidade do sono e na redução da fadiga diurna.

Gong *et al.* (2016), analisaram os efeitos da meditação *mindfulness* em indivíduos com insónia crónica. Os resultados indicaram uma redução substancial dos sintomas da insónia, incluindo melhorias na duração e qualidade do sono. Estes achados reforçaram as pesquisas anteriores, como a de Ong *et al.* (2014), que associam o *mindfulness* a um ciclo do sono mais eficiente, em grande parte devido à redução do *stress* e da ruminação mental.

Huberty *et al.* (2021) exploraram o uso de uma aplicação de meditação *mindfulness* na melhoria da qualidade do sono em adultos. O estudo demonstrou que a prática regular, mesmo através de plataformas digitais, resultou em benefícios sustentáveis ao longo do tempo. Da mesma forma, Camino *et al.* (2022) avaliaram a eficácia do programa *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) em adultos mais velhos com insónia, concluindo que essa abordagem foi eficaz na redução da dificuldade em adormecer e na melhoria global do sono, destacando a sua relevância para populações idosas.

Além disso, Chan *et al.* (2022), numa revisão sistemática, demonstraram que as intervenções baseadas em *mindfulness*, como a MBSR, podem melhorar a qualidade do sono em indivíduos com ansiedade e depressão. O estudo

destacou que o *mindfulness* regula os níveis de cortisol, contribuindo para uma maior estabilidade no ciclo sono-vigília.

Outras pesquisas sugerem que o *mindfulness* impacta positivamente a arquitetura do sono. Vallim *et al.* (2023) indicaram que essa prática reduz a latência do sono e aumenta o tempo total dormido, melhorando os parâmetros objetivos do descanso. Já Perini *et al.* (2023) investigaram a eficácia do programa *Mindfulness-Based Therapy for Insomnia* (MBTI) em comparação com um programa de higiene do sono, educação e exercício, que demonstrou que a MBTI teve um efeito superior na redução da gravidade da insônia, no tempo acordado após o início do sono e na latência para adormecer, com benefícios sustentados por seis meses.

2.5. Programas baseados no treino de *mindfulness*

Nas últimas décadas, o *mindfulness* tornou-se uma prática amplamente reconhecida e aplicada na área da SM. Esta abordagem deu origem a diversos programas terapêuticos, que têm demonstrado eficácia no tratamento de condições como o *stress*, a ansiedade, a depressão, a dor crônica e os distúrbios alimentares. Enquanto alguns destes programas se baseiam exclusivamente no treino de *mindfulness*, outros integram esta prática com diferentes estratégias psicoterapêuticas.

A investigação científica e as revisões sistemáticas têm validado de forma consistente a eficácia destas abordagens, consolidando o *mindfulness* como uma ferramenta essencial, em contextos clínicos e terapêuticos. Os estudos de Grossman *et al.* (2004) e Kuyken *et al.* (2016) indicam que o treino de *mindfulness*, seja isoladamente ou em combinação com outras estratégias, constitui uma abordagem robusta e baseada em evidências, proporcionando benefícios significativos para a SM.

Os programas centrados no treino de *mindfulness* oferecem um suporte adicional na promoção do bem-estar e na prevenção e tratamento da doença mental, sendo adaptáveis a diferentes populações e contextos. Estas intervenções utilizam a meditação *mindfulness* como principal estratégia terapêutica, favorecendo o equilíbrio emocional e fortalecendo a resiliência psicológica.

A seleção dos programas baseados exclusivamente no treino de *mindfulness* foi realizada pela autora, com base numa análise das tendências e dos avanços da investigação, que tem crescido exponencialmente, alargando a sua aplicação a diversos contextos clínicos e terapêuticos (Baminiwatta & Solangaarachchi, 2021). Assim, a seleção reflete os programas cientificamente validados e amplamente utilizadas em ambientes clínicos, conforme apresentado no Quadro 1, elaborado pela autora.

Quadro 1 – Programas exclusivamente baseados em *mindfulness*

Programa	Autor	Estudos de Validação	Estrutura Base	Benefícios para a SM
<i>Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)</i>	Kabat-Zinn (1982)	Grossman <i>et al.</i> (2004); Khoury <i>et al.</i> (2015); Galante <i>et al.</i> (2021)	8 semanas, sessões semanais de 2h30, com meditação, yoga e scan corporal.	Redução do stress, ansiedade, depressão e melhoria da qualidade de vida.
<i>Mindful Self-Compassion (MSC)</i>	Neff & Germer (2013)	Finlay-Jones <i>et al.</i> (2017); Bluth <i>et al.</i> (2016); Ferrari <i>et al.</i> (2019)	8 semanas com práticas diárias de meditação focadas na autocompaixão.	Melhoria na autocompaixão, redução da autocrítica, stress e ansiedade.
<i>Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT)</i>	Kristeller & Hallett (1999)	Kristeller <i>et al.</i> (2013); Alberts <i>et al.</i> (2012); Daubenmier <i>et al.</i> (2011)	8 a 10 semanas com foco na atenção plena durante as refeições.	Redução de compulsão alimentar e melhoria na regulação emocional.
<i>Mindful Sleep</i>	Garland <i>et al.</i> (2016)	Ong <i>et al.</i> (2017); Ong <i>et al.</i> (2019)	Práticas de meditação e relaxamento para melhorar a qualidade do sono.	Melhoria do sono, redução de insónia e ansiedade associada ao sono.
<i>Mindfulness-Based Pain Management (MBPM)</i>	Burch (2008)	Cusens <i>et al.</i> (2010); Day <i>et al.</i> (2014)	8 semanas com práticas de meditação adaptadas à gestão da dor.	Redução da perceção da dor, melhoria da qualidade de vida e redução do stress.

Um dos programas mais reconhecidos é o MBSR, criado por Kabat-Zinn em 1982, que tem como objetivo principal a redução do *stress*. A estrutura do programa, que inclui meditação, *ioga* e o “*body scan*”, com sessões semanais de 2h30 durante oito semanas, é amplamente utilizada para tratar a ansiedade e a depressão. Os estudos como os de Grossman *et al.* (2004) e Khoury *et al.* (2015) indicam a eficácia deste programa na promoção da SM, mostrando reduções significativas nos níveis de *stress* e uma melhoria geral na qualidade de vida. Mais recentemente, Galante *et al.* (2021) reforçaram estas descobertas, demonstrando que o MBSR pode melhorar a resiliência emocional e a regulação dos estados de humor, em ambientes clínicos e comunitários.

Outro programa relevante é o *Mindful Self-Compassion* (MSC), desenvolvido por Neff e Germer (2013), que se foca no desenvolvimento da autocompaixão, um dos fundamentos do *mindfulness*. Este programa propõe práticas diárias de meditação *mindfulness*, que ajudam os participantes a cultivar uma relação mais amável consigo mesmos, diminuindo a autocrítica, o *stress* e a ansiedade. Um estudo recente de Ferrari *et al.* (2019) confirma a eficácia deste programa, mostrando que indivíduos que adotam a autocompaixão apresentam melhorias significativas em termos de bem-estar emocional e satisfação com a vida. Esta abordagem é especialmente útil no tratamento de perturbações mentais associadas à baixa autoestima e ao perfeccionismo, conforme evidenciado por Finlay-Jones *et al.* (2017).

O *Mindfulness-Based Eating Awareness Training* (MB-EAT) é outro programa que utiliza o *mindfulness* como estratégia. Criado por Kristeller & Hallett (1999), este programa aborda a compulsão alimentar e a regulação emocional durante as refeições, promovendo uma alimentação consciente. Os estudos como o de Alberts *et al.* (2012) mostram que o MB-EAT pode ajudar a reduzir comportamentos alimentares desordenados, especialmente em indivíduos que lutam com a alimentação emocional e a compulsão alimentar. Uma investigação de Daubenmier *et al.* (2011) acrescenta que as práticas de *mindfulness* podem aumentar a consciência interoceptiva, o que facilita uma relação mais saudável com a comida.

O impacto positivo do *mindfulness* na qualidade do sono está amplamente estudado e validado. O programa *Mindful Sleep*, desenvolvido por Garland *et al.* (2016) foca-se na prática de *mindfulness* como estratégia de relaxamento, demonstrando existir benefícios quer na qualidade do sono quer na redução da insónia. Os estudos de Ong *et al.* (2019, 2017) corroboram esses benefícios, demonstrando que as práticas meditativas podem ajudar a reduzir os sintomas de insónia e a melhorar a qualidade geral do sono. Um estudo de Rusch *et al.*, (2018) sugere que o *mindfulness* pode influenciar positivamente os ritmos circadianos, contribuindo para um sono mais restaurador.

O programa *Mindfulness-Based Pain Management* (MBPM) é uma intervenção desenvolvida por Burch (2008) para ajudar na gestão da dor crónica. A dor, muitas vezes exacerbada por fatores psicológicos como o *stress* e a ansiedade, pode ser aliviada com a prática do *mindfulness*, que promove uma maior liberdade e consciência do desconforto físico, sem julgamento. Os estudos de Cusens *et al.* (2010) e Day *et al.* (2014) mostram que o MBPM pode reduzir a intensidade percebida da dor e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos com condições crónicas, reforçando a importância desta prática, como uma intervenção complementar na gestão da dor.

Para além dos programas exclusivamente baseados em *mindfulness*, existem abordagens que o combinam com outras estratégias terapêuticas. O Quadro 2, elaborado pela autora, apresenta uma seleção desses programas híbridos, amplamente reconhecidos pela comunidade científica. A seleção dos mesmos obedeceu aos critérios utilizados na seleção já efetuada dos programas baseados exclusivamente no treino de *mindfulness*.

Quadro 2 – Programas que utilizam o *mindfulness* combinado com outras estratégias terapêuticas

Programa	Autor	Estudos de Validação	Estrutura Base	Outras Estratégias	Benefícios para a SM
Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)	Segal, Williams & Teasdale (2002)	Kuyken <i>et al.</i> (2016); Segal <i>et al.</i> (2018)	8 semanas com práticas de meditação e terapia cognitiva.	Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	Prevenção de recaídas depressivas, redução de ansiedade e sintomas depressivos.
Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)	Bowen, Chawla & Marlatt (2009)	Witkiewitz <i>et al.</i> (2014); Bowen <i>et al.</i> (2014)	8 semanas com foco na prevenção de recaídas através de <i>mindfulness</i> .	Prevenção de Recaídas	Redução de <i>cravings</i> , prevenção de recaídas em dependências, melhoria na autorregulação emocional.
Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE)	Garland (2012)	Garland <i>et al.</i> (2014); Garland <i>et al.</i> (2017);	10 semanas com <i>mindfulness</i> focado na recuperação emocional e comportamental.	Intervenções de Recuperação Emocional e Comportamental	Redução do uso de opioides, melhoria da gestão emocional e redução da dor crónica.
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	Hayes <i>et al.</i> (2009)	Hayes <i>et al.</i> , 2013; Forman <i>et al.</i> (2009);	Sessões variáveis que integram <i>mindfulness</i> e aceitação psicológica.	Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)	Promoção da flexibilidade psicológica, redução de ansiedade, depressão e dor.

O programa MBCT é uma intervenção desenvolvida para prevenir recaídas em quadros de perturbação depressiva major. Esta combina práticas de *mindfulness* e estratégias da terapia cognitiva comportamental (TCC) e foi estruturada por Segal, Williams e Teasdale (2002) como um programa de oito sessões. Este programa promove a consciência plena, permitindo aos indivíduos observar pensamentos e emoções, sem julgamentos. O principal objetivo do MBCT é alterar a relação dos indivíduos com os seus pensamentos negativos, sem procurar eliminá-los, sendo particularmente eficaz em pessoas com história de depressão, ao ajudá-las a identificar e transformar padrões de pensamento, associados ao ciclo depressivo (Segal *et al.*, 2018).

A validação inicial da MBCT, conduzida pelos próprios autores, revelou uma redução significativa nas taxas de recaída em indivíduos com múltiplos episódios depressivos (Segal *et al.*, 2002). Mais tarde, o estudo de Kuyken *et al.* (2016)

reforçou a eficácia da MBCT na diminuição de sintomas de ansiedade e depressão, posicionando-a como uma alternativa robusta aos tratamentos convencionais. Recentemente, uma pesquisa de Tseng *et al.* (2023) demonstrou que a MBCT não apenas reduziu sintomas depressivos, em indivíduos com perturbação depressiva major, mas também resultou numa redução significativa da ideação suicida e na melhoria geral na qualidade de vida.

Além disso, o estudo "LIGHTMind" analisou a versão de autoajuda da MBCT com suporte profissional (MBCT-SH). Os resultados indicaram que esta abordagem foi mais eficaz e custo-efetiva na redução de sintomas depressivos, em adultos com depressão leve a moderada, comparando-a com a terapia cognitiva-comportamental de autoajuda (TCC-SH). A MBCT-SH é particularmente relevante para pessoas com limitações de tempo ou recursos, consolidando-se como uma solução acessível e eficiente (Strauss *et al.*, 2023). Por fim, a MBCT tem-se destacado por incentivar estratégias de autorregulação emocional e resiliência, aspetos cruciais para prevenir recaídas e promover o autocuidado (Crane *et al.*, 2017).

O programa *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP) é uma abordagem terapêutica que combina práticas de *mindfulness* com estratégias tradicionais de prevenção de recaídas, sendo particularmente eficaz em indivíduos com história de abuso de substâncias. Desenvolvida por Bowen, Chawla e Marlatt (2011), esta intervenção promove a aceitação, e a observação de pensamentos e sensações associadas ao consumo, capacitando os participantes a gerir conscientemente os gatilhos e impulsos. Inspirada na MBCT, o MBRP procura transformar a relação dos indivíduos com os comportamentos aditivos, encorajando respostas adaptativas aos impulsos. O programa é composto por oito sessões semanais, que incluem práticas de *mindfulness*, como *scan* corporal, respiração consciente e meditações voltadas para a aceitação. Estas práticas são complementadas por reflexões em grupo, criando um ambiente de apoio, que fortalece a motivação para a mudança. Ao aplicar estas estratégias no dia a dia, os participantes desenvolvem maior autorregulação emocional e capacidade para gerir situações desafiadoras.

A eficácia do MBRP foi demonstrada em vários estudos. Um ensaio clínico de Bowen *et al.* (2014) revelou que os participantes do MBRP apresentaram menores taxas de recaída e *craving* em comparação com o tratamento convencional. De forma complementar, Witkiewitz *et al.* (2014) observaram que o MBRP promove a abstinência e reduz sintomas de ansiedade e depressão durante o processo de recuperação. Uma meta-análise de Grant *et al.* (2017) reforçou a eficácia do MBRP na prevenção de recaídas e na redução do uso de substâncias, sobretudo em indivíduos com história de uso prolongado e alta vulnerabilidade ao *stress*. Mais recentemente, o estudo de Moniz-Lewis *et al.* (2022) evidenciou que os benefícios do MBRP são sustentáveis a longo prazo, com impacto positivo até um ano após a intervenção.

O programa *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement* (MORE), desenvolvido por Eric Garland e colaboradores foi desenvolvido para ajudar na recuperação de uso de substâncias e na gestão da dor crônica. Este programa combina *mindfulness*, reavaliação cognitiva e valorização de experiências positivas para alterar a percepção de estímulos negativos e promover o bem-estar emocional. O MORE, estruturado em dez sessões, ensina técnicas de *mindfulness* e estratégias de reavaliação cognitiva, para reduzir o impacto do desejo e do *stress*. Além disso, integra práticas de "saborear" as experiências positivas, fortalecendo o sistema de recompensa natural e reduzindo a dependência de substâncias (Garland *et al.*, 2019). A meta análise de Garland *et al.* (2022), confirmaram a eficácia do MORE na redução da dor e do uso de opioides, com efeitos sustentáveis até seis meses após a intervenção. Além disso, a capacidade do programa de ativar o sistema de recompensa natural dos indivíduos sublinha a sua relevância no apoio à recuperação.

Por último, a *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), desenvolvida por Steven C. Hayes e colaboradores nos anos 1980, foca-se em ajudar indivíduos a gerir o sofrimento psicológico, ao aceitar pensamentos e emoções e alinhar ações com valores pessoais. Fundamentada na Teoria dos Quadros Relacionais, a ACT explora como a linguagem e os pensamentos moldam a experiência humana, promovendo flexibilidade psicológica, ou seja, a

capacidade de viver no presente e responder de forma alinhada, com os valores pessoais (Hayes *et al.*, 2013; Hayes *et al.*, 2006).

A ACT utiliza seis processos principais, incluindo o *mindfulness*, a aceitação e a ação comprometida, para promover o bem-estar. Em vez de eliminar o sofrimento, incentiva os indivíduos a aceitarem as suas experiências e a agirem conforme os seus valores, promovendo uma vida significativa. A eficácia da ACT tem sido validada por diversos estudos. Forman *et al.* (2007) demonstraram que a ACT é tão eficaz quanto a TCC no tratamento da ansiedade. Além disso, Lin *et al.* (2019) e Ye *et al.* (2024) destacaram a eficácia da ACT na gestão da dor crónica, reduzindo o impacto dos pensamentos negativos, na qualidade de vida. Pleger *et al.* (2018) compararam a ACT com a TCC, em sintomas depressivos, observando melhorias superiores na ACT, no bem-estar e na satisfação com a vida. Mais recentemente, uma revisão sistemática da literatura de Gloster *et al.* (2020) consolidou a eficácia da ACT em várias condições da SM, destacando os seus benefícios em contextos clínicos e comunitários.

Em síntese, programas como MBCT, MBRP, MORE e ACT representam avanços significativos na integração do *mindfulness* com abordagens psicoterapêuticas, comprovando a sua eficácia na promoção do bem-estar emocional, da resiliência e de mudanças comportamentais sustentáveis, oferecendo estratégias inovadoras para melhorar a qualidade de vida e promover o autocuidado.

2.6. Principais contributos dos programas baseados em *mindfulness* para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A prática de *mindfulness* tem vindo a consolidar-se como uma abordagem terapêutica no contexto da ESMP, sendo aplicada tanto na promoção da SM, como na prevenção e tratamento da doença mental. O EEESMP desempenha

um papel fundamental na implementação e adaptação dos programas baseados nesta prática, promovendo uma abordagem integrada e centrada no cliente.

2.6.1. Intervenção na promoção da saúde mental e prevenção da doença mental baseada no *mindfulness*

O EEESMP desempenha um papel essencial na implementação de estratégias preventivas para reduzir o risco de doenças mentais, promovendo a integração do *mindfulness* em programas comunitários. Os estudos de Khoury *et al.* (2015) e Goyal *et al.* (2014) demonstraram que as intervenções, como o MBSR, são eficazes na redução do *stress* e da ansiedade, contribuindo para o fortalecimento da resiliência e para um maior bem-estar. Quando o EEESMP lidera estas iniciativas, o impacto preventivo é amplificado, fomentando comunidades mais equilibradas e resilientes. Galante *et al.* (2021) reforçam que a aplicação do *mindfulness* em contextos comunitários reduz significativamente a ansiedade e melhora a qualidade de vida dos participantes.

No contexto escolar, a intervenção do EEESMP tem um impacto transformador na SM de crianças e adolescentes. Burke (2010) destaca que programas de *mindfulness* potenciam a atenção e a autorregulação, permitindo que os alunos desenvolvam um maior equilíbrio emocional. As parcerias com educadores criam um ambiente de aprendizagem mais positivo e reduzem os níveis de *stress* nos jovens. Zenner *et al.* (2014) demonstram que a prática do *mindfulness* melhora a concentração, o bem-estar emocional e diminui a ansiedade. Além disso, estes programas ajudam a desenvolver competências de regulação emocional, prevenindo problemas de SM na adolescência e na vida adulta (Felver *et al.*, 2016). Os estudos de Kuyken *et al.* (2013) indicam que os estudantes, que praticavam *mindfulness* regularmente, apresentam menos sintomas depressivos e maior resiliência. Zoogman *et al.* (2015), confirmam que programas como o

MBSR e o MBCT em contexto escolar melhoram a regulação emocional e reduzem a ansiedade dos alunos.

Outro papel essencial do EEESMP é capacitar as pessoas para a autogestão da SM. Baer *et al.* (2006) destacam que a prática de *mindfulness* na autogestão da SM permite uma maior consciência dos estados mentais e emocionais, ajudando os indivíduos a monitorizar os seus pensamentos e emoções, de forma mais consciente, evitando reações impulsivas.

A adaptação do *mindfulness* a grupos vulneráveis é outra vertente fundamental da atuação do EEESMP. Os cuidadores e idosos enfrentam desafios específicos que podem ser minimizados através desta prática. Whitebird *et al.* (2013) demonstraram que os cuidadores, que participaram em programas de MBSR, reduziram significativamente os níveis de *stress* e exaustão emocional, melhorando o seu bem-estar e a qualidade dos cuidados prestados. Nos idosos, o *mindfulness* revelou-se eficaz na redução da ansiedade e na promoção de uma melhor qualidade de vida (Lenze *et al.*, 2014). Sob a orientação do EEESMP, a prática do *mindfulness* pode tornar-se uma ferramenta terapêutica útil na preservação da saúde cognitiva e emocional, favorecendo um envelhecimento mais saudável e equilibrado.

O EEESMP pode desempenhar um papel crucial na promoção da autocompaixão e da autoeficácia. Neff e Germer (2013) demonstram que o MSC reduz a autocrítica e fortalece a autocompaixão, aspetos fundamentais para a resiliência mental. Estes benefícios são especialmente importantes para indivíduos com baixa autoestima ou que sofrem de depressão, pois a autocrítica excessiva está frequentemente associada à perpetuação dos sintomas.

A integração do *mindfulness* sob a liderança do EEESMP não só beneficia a SM individual, como também contribui para a criação de comunidades mais resilientes e para a qualificação dos profissionais de saúde. Além dos efeitos positivos a nível pessoal, a prática de *mindfulness* melhora a qualidade da prestação de cuidados em ESMP, fortalecendo a relação terapêutica. Os enfermeiros que praticam *mindfulness* regularmente desenvolvem competências fundamentais, como a empatia, a escuta ativa e a presença consciente, aspetos

essenciais para a criação de uma aliança terapêutica eficaz (Shapiro & Carlson, 2017). Estas competências não só proporcionam um ambiente seguro e acolhedor para os clientes, como também ajudam os profissionais a gerir o *stress* e a prevenir o *burnout*, garantindo um nível de cuidado mais humanizado e eficiente.

2.6.2. Intervenção no tratamento da doença mental baseada no *mindfulness*

Para além da sua aplicação na promoção da SM e na prevenção da doença mental, o *mindfulness* tem-se revelado uma ferramenta complementar no tratamento de diversas perturbações mentais. O EEESMP pode integrar estas abordagens em diferentes contextos clínicos, promovendo melhores resultados terapêuticos. Assim, a implementação da prática do *mindfulness*, no contexto da ESMP, surge como uma abordagem inovadora e eficaz, na intervenção em diversos diagnósticos de enfermagem, incluindo a ansiedade, o humor depressivo, o comportamento aditivo, o autoconceito comprometido, a dor e o pensamento comprometido (distorções cognitivas).

O Quadro 3, elaborado pela autora, apresenta uma síntese das intervenções baseadas em *mindfulness* e a sua correspondência com diferentes diagnósticos de enfermagem, e surge como uma reflexão crítica, fundamentada na evidência científica disponível.

Quadro 3 - Aplicabilidade do *mindfulness* pelo EEESMP, de acordo com os diagnósticos de enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem	Papel do EEESMP	Resultados/Benefícios	Referências bibliográficas
Ansiedade	- Liderar os programas MBSR e MBCT; - Ensinar técnicas de respiração consciente e regulação emocional.	- Redução do <i>stress</i> e reatividade emocional; - Melhoria da autorregulação emocional e aumento da resiliência; - Promoção do bem-estar psicológico.	Pascoe <i>et al.</i> (2017); Sun <i>et al.</i> (2019); Solarikova <i>et al.</i> (2021).
Humor depressivo	- Implementar práticas de MSC para reduzir a autocrítica; - Apoiar as populações vulneráveis com foco na aceitação emocional.	- Redução dos sintomas depressivos e da autocrítica; - Aumento da autocompaixão e da resiliência emocional; - Prevenção de recaídas emocionais.	Neff & Germer (2013); Kuyken <i>et al.</i> (2013); Creswell (2017).
Comportamento aditivo	- Aplicar MBRP para prevenção de recaídas; - Reestruturar padrões emocionais e cognitivos disfuncionais.	- Redução dos impulsos relacionados com substâncias; - Melhoria da regulação emocional; - Promoção de estratégias conscientes de enfrentamento.	Bowen <i>et al.</i> (2014); Segal <i>et al.</i> (2018); Garland <i>et al.</i> (2019).
Autoconceito comprometido	- Facilitar programas de <i>mindfulness</i> voltados para o fortalecimento da autoestima; - Promover reflexões conscientes sobre autocrítica e a aceitação pessoal.	- Aumento da autoestima e autocompaixão; - Promoção de uma autoimagem positiva; - Melhoria da confiança emocional.	Baer <i>et al.</i> (2006); Neff & Germer (2013).
Pensamento comprometido	Usar MBCT para reduzir as distorções cognitivas.	- Melhoria da neuroplasticidade e clareza cognitiva; - Redução da identificação com distorções cognitivas.	Sears & Kraus (2009); Rathore <i>et al.</i> (2022); Calderone <i>et al.</i> (2024); Hui <i>et al.</i> (2024)
Dor	Usar o MBPM na gestão da dor.	- Redução da percepção da dor; - Fortalecimento da autorregulação.	Pérez-Fernández (2022); Mohr <i>et al.</i> (2025)

No âmbito da ESMP, o *mindfulness* pode ser integrado como uma estratégia terapêutica eficaz, enriquecendo a intervenção psicoterapêutica. Na abordagem da ansiedade, esta prática tem demonstrado efeitos positivos na redução da reatividade emocional e na regulação do sistema nervoso autónomo, facilitando os estados de relaxamento. Os estudos de Pascoe *et al.* (2017) e Sun *et al.* (2019) evidenciam que intervenções como o MBSR reduzem a atividade

simpática e aumentam a resposta parassimpática, favorecendo um equilíbrio fisiológico benéfico.

Relativamente ao humor depressivo, os programas como o MSC, demonstram impacto significativo na redução da autocrítica e no desenvolvimento da autocompaixão. Segundo Neff e Germer (2013), estas práticas são particularmente eficazes para indivíduos com autoestima comprometida, ajudando-os a estabelecer uma relação mais saudável consigo mesmos.

Na intervenção em comportamentos aditivos, o MBRP revelou-se uma ferramenta fundamental na prevenção de recaídas. Os estudos de Bowen *et al.* (2014) e Segal *et al.* (2018) indicam que esta abordagem permite o desenvolvimento de estratégias conscientes para a gestão de impulsos, reduzindo a ruminação mental e promovendo um maior controlo cognitivo.

A utilização do *mindfulness* na abordagem do pensamento comprometido é sustentada pelas evidências neurobiológicas e clínicas, que demonstram a sua relevância na reestruturação cognitiva e na redução de sintomas psicóticos. Os diversos estudos indicam que a prática regular do *mindfulness* promove alterações estruturais no cérebro, incluindo o aumento da espessura cortical em regiões como o córtex pré-frontal e o hipocampo, a redução da reatividade da amígdala e a melhoria da conectividade neural, contribuindo para uma maior flexibilidade cognitiva e a otimização do processamento da informação (Calderone *et al.*, 2024).

No que se refere às distorções cognitivas e à ruminação mental, esta prática tem demonstrado eficácia na modificação de padrões de pensamento disfuncionais, promovendo uma perceção mais clara e estruturada da realidade e reduzindo a rigidez mental (Sears & Kraus, 2009). Embora a eficácia do *mindfulness* na prevenção de descompensações psicóticas ainda requeira investigação adicional, os estudos sugerem que a sua integração, com a psicoeducação, pode potenciar os efeitos terapêuticos (Hui *et al.*, 2024).

Na gestão da dor crónica, o *mindfulness* pode ser integrado pelo EEESMP como uma abordagem complementar, nomeadamente através da aplicação do MBPM.

Esta intervenção é sustentada pelas evidências científicas que demonstram a sua eficácia na redução da percepção da dor, no fortalecimento da autorregulação e na melhoria do bem-estar emocional dos clientes (Pérez-Fernández *et al.*, 2022).

O estudo de Mohr *et al.* (2025) indica que o MBPM atua na modulação neurocognitiva da dor, reduzindo a ativação de circuitos cerebrais responsáveis pela amplificação da experiência dolorosa e promovendo um controlo cognitivo mais eficaz. Assim, o enfermeiro especialista pode utilizar o *mindfulness* no plano terapêutico, capacitando os clientes a desenvolverem uma maior consciência corporal, a aceitar a dor e a adotar estratégias eficazes de autocontrolo da dor, promovendo um cuidado centrado no cliente.

3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ESTÁGIO

Com o propósito de desenvolver as competências previstas na Unidade Curricular, foi realizado um estágio em três contextos distintos, essenciais para responder às necessidades especializadas de cuidados em ESMP. O primeiro contexto decorreu na comunidade, entre 16 de setembro e 16 de novembro de 2024, com uma carga horária de 125 horas. Seguiu-se a experiência no contexto de respostas diferenciadas, de 21 de outubro a 21 de novembro de 2024, num total de 90 horas. Por fim, o estágio incluiu um período em contexto de internamento para pessoas em fase de descompensação clínica aguda, realizado entre 25 de novembro de 2024 e 10 de janeiro de 2025, somando 125 horas.

Neste capítulo, será apresentada a aquisição das competências especializadas ao longo dos diferentes contextos clínicos, refletindo o percurso de formação enquanto futura enfermeira especialista e mestre em ESMP. Além disso, será feita uma breve abordagem ao modelo conceptual que serviu de base para o planeamento dos cuidados especializados.

3.1. Modelo teórico que suporta a conceção de cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A prática da ESMP fundamenta-se na necessidade de intervenções estruturadas, baseadas em modelos conceituais, que orientam o planeamento dos cuidados, promovendo a eficácia das intervenções e garantindo uma

abordagem sistemática, sustentada na evidência e adaptada às necessidades individuais. No âmbito do estágio profissional, a escolha dos modelos conceituais teve em consideração os objetivos das intervenções e as particularidades dos contextos clínicos onde foram implementadas.

A Teoria dos Cuidados Centrados na Pessoa, desenvolvida por McCormack e McCance, constituiu o principal modelo conceitual adotado ao longo do percurso formativo, fornecendo um enquadramento teórico essencial para a construção da relação terapêutica e a abordagem holística do cliente e da sua rede de suporte. No entanto, face às especificidades dos estudos de caso, desenvolvidos no contexto da comunidade e no contexto de respostas diferenciadas, recorreu-se também ao Modelo Teórico de Sistemas de Neuman, o qual permitiu analisar a interação entre o cuidador e os fatores *stressores*, estruturando as intervenções de enfermagem para a gestão do *stress* e a promoção da resiliência.

A abordagem centrada na pessoa é um dos princípios basilares da ESMP, promovendo cuidados mais inclusivos, equitativos e humanizados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sublinha a importância da adoção de modelos de cuidados integrativos e personalizados, destacando a necessidade de uma assistência que respeite a autonomia da pessoa e a incentive a participar ativamente no seu processo terapêutico (World Health Organization [WHO], 2024). A Teoria dos Cuidados Centrados na Pessoa reforça a necessidade de relações terapêuticas baseadas na centralidade humana, na autodeterminação, no respeito e no holismo (McCance *et al.*, 2021; McCormack, 2019), sublinhando a singularidade de cada indivíduo e promovendo uma assistência ajustada às suas preferências, aos seus valores e às suas necessidades específicas (McCormack & McCance, 2017).

A adoção deste modelo possibilitou a implementação de uma prática clínica focada na construção de uma relação terapêutica colaborativa, sustentada na comunicação empática e na participação ativa do cliente no seu percurso de recuperação. Neste contexto, o EEESMP desempenha um papel central na promoção da autonomia, assegurando cuidados prestados de forma

respeitadora, segura, e ajustada às necessidades do cliente e da sua rede de suporte (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015; Sequeira, 2016).

Nos estudos de caso que foram realizados, o Modelo Teórico de Sistemas de Neuman foi utilizado como referência para o planeamento dos cuidados. Desenvolvido por Betty Neuman, este modelo permite compreender as dificuldades enfrentadas pelos CF, particularmente no que concerne ao impacto do *stress*, da sobrecarga emocional e da ansiedade na sua saúde mental e física.

Este modelo destaca-se pela abordagem holística e sistémica, considerando que cada cuidador é influenciado por diversos fatores internos e externos, os quais podem comprometer o seu equilíbrio emocional e físico (Neuman & Fawcett, 2005). O EEESMP assume um papel essencial na identificação destes fatores e na implementação de estratégias para a gestão do *stress*, o fortalecimento da resiliência e a melhoria do bem-estar geral.

As intervenções de enfermagem no âmbito do modelo de Neuman organizam-se em três níveis (Neuman & Fawcett, 2011). O nível primário centra-se na prevenção e no fortalecimento das defesas do cliente, incentivando o autocuidado e a adoção de estratégias preventivas para reduzir o impacto do *stress* (Gilhooly *et al.*, 2016). No nível secundário, a atenção volta-se para a restauração do equilíbrio e do bem-estar, após a exposição ao *stress*, reduzindo os sintomas associados à sobrecarga emocional e física (Huang, 2022). Já no nível terciário, o foco está na manutenção da estabilidade, prevenindo as recaídas e garantindo que o cliente dispõe de ferramentas para lidar com futuros desafios (Fitzgerald *et al.*, 2017).

O processo de enfermagem segundo Neuman estrutura-se em três fases (Neuman & Fawcett, 2011). Inicialmente, o diagnóstico de enfermagem envolve a recolha de dados sobre o estado físico e emocional do cliente, identificando as fontes de *stress* e os fatores de sobrecarga, a nível intrapessoal, interpessoal e extrapessoal. Segue-se a definição dos objetivos de enfermagem e das estratégias terapêuticas, em colaboração com o cliente, orientadas para a restauração do bem-estar e o reforço da capacidade de adaptação. Finalmente,

a fase de avaliação dos resultados permite monitorizar a eficácia das intervenções, ajustando os objetivos, conforme necessário.

Além disso, o modelo de Neuman enfatiza a relevância de uma abordagem preventiva, considerando que as intervenções direcionadas ao CF funcionam como mecanismos de resistência externa, proporcionando uma maior estabilidade emocional e capacitando-o para a gestão do *stress* de forma mais eficaz (Neuman & Fawcett, 2011). Os estudos recentes corroboram a importância desta abordagem na promoção da resiliência emocional e na prevenção da exaustão dos cuidadores, assegurando a qualidade dos cuidados prestados aos seus familiares (Lappalainen *et al.*, 2021).

A abordagem proposta por Neuman está alinhada com os quatro conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem – saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem – em conformidade com os padrões de qualidade da OE (OE, 2015). Além disso, considera as cinco variáveis interativas (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual), reconhecendo que estas interagem constantemente com o ambiente do cuidador e influenciam a sua capacidade de resposta aos desafios do quotidiano (Neuman, 2011).

A aplicação de modelos conceituais, ao longo dos três contextos de estágio, permitiu estruturar as intervenções de enfermagem de forma mais adequada, eficaz, organizada e sustentada em evidência científica, permitindo a construção de uma relação terapêutica humanizada, promovendo o envolvimento ativo da pessoa nos cuidados e assegurando uma abordagem ajustada às suas necessidades e aos seus valores.

3.2. Contexto da Comunidade

O estágio em contexto da comunidade foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e constituiu uma oportunidade fundamental para o

desenvolvimento de competências especializadas em ESMP. Este período de aprendizagem centrou-se na aquisição e no aperfeiçoamento de competências especializadas em ESMP focadas na pessoa, na família e na comunidade, com especial ênfase na promoção do bem-estar emocional, na redução da sobrecarga do CF e na integração do *mindfulness* como estratégia terapêutica. Para a aquisição destas competências especializadas, foram planeadas as seguintes atividades:

1. Avaliar clinicamente os clientes com perturbação neurocognitiva (PNC) e os seus cuidadores, identificando necessidades em cuidados de enfermagem especializados.
2. Desenvolver estratégias de tomada de decisão em ESMP, fundamentadas na melhor evidência científica e ajustadas às necessidades específicas da pessoa com PNC e dos seus cuidadores.
3. Utilizar a entrevista clínica semidiretiva como instrumento de recolha de dados, sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados.
4. Implementar intervenções psicoterapêuticas, visando a promoção da SM e a redução da sobrecarga dos CF.
5. Utilizar o *mindfulness* como estratégia promotora do autocuidado e bem-estar emocional.

Considerando a população abrangida pelos cuidados especializados de ESMP, a complexidade das situações observadas, a periodicidade das visitas domiciliárias, as necessidades identificadas e o contexto do estágio, optou-se por privilegiar o estudo de caso como estratégia metodológica, para o desenvolvimento das competências especializadas. O processo de tomada de decisão em Enfermagem foi desenvolvido tendo por base a ontologia em enfermagem, com recurso à plataforma E4Nursing, disponibilizada pela ESEP.

A ontologia em enfermagem desempenha um papel fundamental na organização e estruturação do conhecimento da profissão, promovendo a padronização da linguagem, a integração de dados clínicos e o fortalecimento da prática baseada na evidência. Ao estabelecer os conceitos, as relações e as classificações de forma sistemática, possibilita a interoperabilidade entre diferentes sistemas de

informação em saúde, facilitando a comunicação entre profissionais e contribuindo para a continuidade e segurança dos cuidados (Bastos et al., 2022).

3.2.1. Caracterização do contexto de estágio

O estágio em contexto comunitário decorreu numa UCC, inserida numa Unidade Local de Saúde, da região Norte de Portugal. A missão desta UCC é melhorar a saúde da população local, prestando cuidados especializados de proximidade ao longo do ciclo de vida dos utentes, famílias e comunidades. A UCC colabora com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a Equipa Coordenadora Local e outras entidades, como o hospital da área, autarquias e Instituições Particulares de Solidariedade Social, promovendo o bem-estar da comunidade.

A equipa multidisciplinar conta com 25 profissionais, incluindo 19 enfermeiros especialistas, que atuam em áreas como a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e os cuidados paliativos. Os programas contratualizados abrangem a preparação para o parto e parentalidade, a gestão da diabetes, a saúde escolar, a reabilitação, a saúde mental, os cuidados paliativos e o apoio social. A referenciação ocorre via SClinico, correio eletrónico institucional, telefone ou suporte em papel, por médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados.

Na área da ESMP, os cuidados são prestados individualmente ou em grupo, no domicílio, nas instituições sociais ou em espaços cedidos pela autarquia, abrangendo a pessoa, a família e a comunidade. Os programas incluem a parentalidade, a saúde mental do idoso com declínio cognitivo, o apoio a cuidadores familiares, a intervenção em doenças mentais graves e a gestão terapêutica, bem como a abordagem ao abuso de substâncias.

A comunidade beneficia de um programa municipal de apoio ao idoso, que visa combater o isolamento, promover hábitos saudáveis e estimular o envelhecimento ativo. Além disso, as iniciativas autárquicas procuram aumentar a literacia em saúde mental, reduzir o estigma e apoiar os cuidadores informais, através da psicoeducação e de uma bolsa de cuidadores voluntários. Este modelo integrado de atuação garante uma resposta eficaz e adaptada às necessidades locais, contribuindo para a melhoria da saúde e do bem-estar da comunidade.

3.2.1.1. Cuidados especializados na comunidade: desafios e respostas ao envelhecimento demográfico

Em Portugal, o envelhecimento demográfico é uma realidade crescente, espelhando os padrões observados noutros países europeus e colocando o país entre os mais envelhecidos da União Europeia (Eurostat, 2023). Em 2021, aproximadamente 22% da população portuguesa tinha 65 anos ou mais, sendo esperado que esta proporção aumente significativamente nas próximas décadas (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021). Esta transformação demográfica coloca uma série de desafios, especialmente na área da saúde, na qual a prevalência de condições associadas ao envelhecimento, como o declínio cognitivo e as perturbações neurocognitivas, tem aumentado significativamente (Alzheimer Europe, 2019).

O envelhecimento da população portuguesa deve-se a uma combinação de fatores, incluindo a baixa natalidade, o aumento da esperança média de vida e as melhorias nas condições de saúde ao longo do último século. A população portuguesa tem beneficiado de políticas de saúde pública, de avanços médicos e de uma maior consciencialização sobre estilos de vida saudáveis, o que tem permitido que as pessoas vivam mais tempo (Eurostat, 2023). No entanto, este

aumento da longevidade nem sempre se traduz em anos vividos com boa saúde. Muitos idosos enfrentam várias condições crônicas que comprometem a sua qualidade de vida, e o declínio cognitivo destaca-se como um problema de saúde particularmente preocupante, sendo uma das principais causas de dependência e incapacidade entre a população idosa (*Alzheimer Europe*, 2019).

As perturbações neurocognitivas e outras formas de declínio cognitivo afetam profundamente os indivíduos, causando implicações na cognição e na capacidade para realizar atividades diárias, com impacto também para as famílias, especialmente para os cuidadores, muitas vezes familiares próximos. Segundo a *Alzheimer Portugal*, estima-se que cerca de 1,4 milhões de pessoas no país tenham cuidadores informais, número que aumentou consideravelmente durante a pandemia de COVID-19 devido ao encerramento de serviços de apoio social formal (Associação Alzheimer Portugal, 2022). O relatório da OMS (WHO, 2021) sublinha a necessidade urgente de reforçar o apoio tanto aos cuidados prestados às pessoas com demência como aos próprios cuidadores, quer em contextos formais, quer informais, reconhecendo que estes enfrentam desafios emocionais, físicos e financeiros.

O CF de pessoas com PNC assume um papel fundamental na gestão diária de cuidados, que são intensos e prolongados. No entanto, esta prestação de cuidados resulta frequentemente numa sobrecarga emocional significativa, que pode originar problemas de saúde física e mental (Jhang *et al.*, 2023; Liu *et al.*, 2020). Um estudo realizado em 2020 revelou que cuidar de um familiar com *Alzheimer* provoca sobrecarga, *stress*, ansiedade e depressão nos cuidadores, dos quais 47,3% registou uma sobrecarga intensa, 94,8% níveis elevados de *stress*, 63,2% níveis graves de ansiedade e 36,9% sintomas leves de depressão (Manzini & Vale, 2020).

Em Portugal, cerca de 60% dos cuidadores relatam um cansaço físico elevado, com impacto mais acentuado entre as mulheres. Relativamente ao cansaço emocional, esta percentagem sobe para cerca de 70%, e mais de 80% das famílias enfrentam dificuldades financeiras associadas aos cuidados prestados (Lopes, 2024). Os estudos indicam que cuidadores em sobrecarga emocional,

especialmente aqueles sem rede de apoio ou que assumem o papel de cuidadores ao longo de períodos prolongados, apresentam uma maior propensão para sintomas de depressão e ansiedade (Carvalho *et al.*, 2023).

Papel do cuidador

O papel do cuidador é essencial no contexto da saúde, especialmente com o aumento da esperança de vida e a prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Este papel é caracterizado pela necessidade de assumir responsabilidades contínuas no cuidado a pessoas dependentes, seja por razões físicas, cognitivas ou emocionais. Conforme mencionado por Santos *et al.* (2024), o cuidador desempenha um papel crucial na continuidade dos cuidados após a alta hospitalar, sendo responsável pela gestão de tarefas que variam desde a assistência física até ao suporte emocional e psicológico. Este papel é, muitas vezes, assumido por familiares ou amigos próximos, que, sem experiência prévia, são lançados numa dinâmica exigente e, por vezes, imprevisível.

O CF é frequentemente o principal responsável por atender às necessidades físicas, emocionais e até financeiras da pessoa dependente. Este compromisso pode resultar numa sobrecarga física e psicológica, uma vez que enfrentam desafios diários, sem dispor de recursos e apoio adequados, para desempenharem as suas funções de forma eficiente.

A transição para o papel de cuidador pode ser analisada à luz da Teoria das Transições de Meleis, que descreve este processo como uma mudança situacional que exige preparação, conhecimento e adaptação (Schumacher & Meleis, 1994). De acordo com Nunes *et al.* (2024), o cuidador necessita de desenvolver competências adequadas à condição da pessoa cuidada, tais como conhecimentos sobre técnicas de autocuidado, gestão terapêutica e gestão de recursos. Além disso, é fundamental que o cuidador possua competências emocionais para lidar com o *stress*, a frustração e a carga emocional que a responsabilidade de cuidar pode impor. Nesse sentido, a autoeficácia e a confiança nas próprias habilidades também são elementos essenciais (Nunes *et al.*, 2024).

O cuidador inserido na família desempenha um papel determinante na prestação de cuidados, que é diretamente influenciado pela organização familiar. A falta de uma estrutura familiar bem organizada e o acesso limitado a apoio adequado, podem resultar numa sobrecarga significativa para o cuidador, enquanto uma dinâmica familiar sólida e apoiada facilita a prestação de cuidados de forma mais eficiente e equilibrada (Bastos *et al.*, 2022; França, 2022). O desconhecimento sobre os recursos disponíveis ou as barreiras financeiras podem impedir o cuidador de obter o apoio necessário, o que compromete ainda mais a qualidade do cuidado prestado ao familiar dependente (Bastos *et al.*, 2022). Para avaliar o papel do cuidador podem ser utilizados instrumentos como o *Carer Assessment of Difficulties Index* (CADi), o *Carer Assessment of Satisfaction Index* (CASI) e o *Carer Assessment of Managing Index* (CAMI) (Sampaio *et al.*, 2018).

Sobrecarga do cuidador

A sobrecarga do cuidador representa um desafio significativo na SM, afetando não apenas o bem-estar emocional e físico do cuidador, mas também a sua capacidade de prestar cuidados adequados. Esta sobrecarga está frequentemente associada a sentimentos de *stress*, ansiedade e depressão. De acordo com Sequeira (2012) a sobrecarga é um termo complexo, sendo caracterizada como uma forma “de peso, fardo”.

A sobrecarga do CF é um dos maiores desafios enfrentados por aqueles que prestam cuidados a pessoas dependentes. Gonçalves Pereira *et al.* (2024) destacam que a sobrecarga, nestes cuidadores, advém da responsabilidade constante de cuidar de pessoas dependentes, associada a pressões emocionais e físicas. Essas responsabilidades acumulam-se, muitas vezes, sem o apoio social necessário, levando os cuidadores a sentirem-se sobrecarregados, isolados e incapazes de gerir adequadamente as suas próprias vidas.

A sobrecarga do cuidador caracteriza-se pela exaustão física, emocional e social que resulta da prestação de cuidados intensivos a longo prazo. Liu *et al.* (2020) referem que a sobrecarga pode ser categorizada em diferentes dimensões, como a sobrecarga física, emocional e financeira. A sobrecarga física está relacionada com o cansaço acumulado pela realização de tarefas exigentes e

repetitivas; a sobrecarga emocional decorre do impacto psicológico de cuidar de alguém numa condição debilitante; e a sobrecarga financeira resulta do custo elevado associado a tratamentos, equipamentos e ajustes no ambiente familiar. O estudo de Jhang *et al.* (2024) confirma que, quando os cuidadores cuidam de pessoas com PNC e múltiplas doenças crónicas, o fardo torna-se mais severo, principalmente em contextos de ausência de apoio formal e redes sociais frágeis. Estes cuidadores, frequentemente, apresentam sintomas de frustração, ansiedade e esgotamento, comprometendo não só a qualidade dos cuidados prestados, como também a sua saúde física e mental.

De acordo com Sequeira (2018) a sobrecarga pode ser entendida como o resultado do esforço contínuo e exigente de cuidar, que pode comprometer a saúde e o bem-estar do cuidador. Ela é frequentemente avaliada em termos de impacto na vida pessoal, familiar, social e laboral do cuidador, e está associada ao aumento do *stress*, da ansiedade e de sentimentos de egoísmo.

Compreender os fatores que contribuem para o *stress* e a sobrecarga dos CF é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes. Como salientado por Liu *et al.* (2020), a intervenção precoce, que inclui apoio emocional, assistência financeira e formação técnica, pode reduzir o impacto da sobrecarga, garantindo não só o bem-estar destes, mas também a melhoria dos cuidados prestados a pessoas dependentes. Assim, as estratégias para melhorar o suporte a estes cuidadores são imprescindíveis, para garantir que possam continuar a desempenhar o seu papel, sem comprometer a sua saúde física e mental.

Para avaliar o nível de sobrecarga do cuidador, recomenda-se a aplicação de instrumentos como a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit ou o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI). Ambos os instrumentos estão validados para a população portuguesa.

3.2.2. Identificação das necessidades e recolha de dados

A realização do estágio em contexto comunitário proporcionou o contacto com diversas realidades, sendo os principais clientes pessoas com PNC e doença mental grave, bem como os seus CF. Das visitas domiciliárias efetuadas, foram identificados diagnósticos de enfermagem mais predominantes, conforme Quadro 4, elaborado pela autora.

Quadro 4 – Identificação dos diagnósticos de enfermagem, no contexto da comunidade

Cliente	Diagnósticos de Enfermagem
Pessoa com PNC	• Autocuidado comprometido • Memória comprometida • Autogestão do regime terapêutico comprometida • Comunicação verbal expressiva comprometida
Cuidador Familiar	• Ansiedade • Humor depressivo • Sono comprometido
Pessoa com Doença Mental Grave	• Pensamento comprometido • Abuso de álcool • Abuso de tabaco • Abuso de drogas • Delírio • Autogestão do regime terapêutico comprometida • Autoconceito comprometido

Perante este cenário identificou-se como cliente alvo da intervenção de enfermagem uma CF de uma pessoa com PNC moderada. O diagnóstico das necessidades desta cuidadora foi sustentado por uma recolha de dados rigorosa, utilizando neste processo uma entrevista clínica semidiretiva, que permitiu identificar os principais desafios enfrentados por esta, explorando questões como o padrão de sono, estratégias de gestão emocional e perceção da sobrecarga. No Apêndice 1 é apresentado o guião da entrevista clínica semidiretiva, elaborada pela autora.

A utilização deste tipo de entrevista justifica-se pela capacidade desta em equilibrar a sistematização com a flexibilidade, permitindo abordar questões

específicas previamente delineadas, enquanto possibilita explorar temas emergentes ou aprofundar respostas relevantes.

Ao proporcionar um ambiente relacional dinâmico, este tipo de entrevista favorece a obtenção de dados objetivos e subjetivos, essenciais para a análise de fenómenos complexos e consequente identificação das necessidades do cliente. Além disso, a flexibilidade inerente a este tipo de entrevista permite uma adaptação ao ritmo e às necessidades do cliente, promovendo uma interação empática e facilitadora de uma comunicação mais autêntica e rica em detalhes (Sequeira, 2016). Durante a entrevista clínica, foi aplicado o questionário sociodemográfico, elaborado pela autora, e que visou a caracterização pormenorizada da CF, sendo este também apresentado no Apêndice 1.

Durante a entrevista clínica foi essencial avaliar o papel do cuidador. A cliente revelou ter capacidade e conhecimento acerca do tomar conta, referiu estar satisfeita com o seu papel de cuidador, revelando fortes laços afetivos com a pessoa cuidada, e demonstrou conhecimento dos apoios que a comunidade oferece. Embora não tenha rede de amigos próximos, esta refere que sempre que precisou recorreu à rede de vizinhança. Perante estes dados considerou-se que o papel do cuidador não se encontrava comprometido.

Para complementar a recolha de dados, foram utilizados dois instrumentos de avaliação: o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), desenvolvido por Pachana *et al.* (2007) e validado para Portugal por Ribeiro *et al.* (2011) e o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI), validado por Martins *et al.* (2003). A utilização destes instrumentos foi autorizada pelos autores respectivos.

O QASCI foi o instrumento seleccionado para avaliar a sobrecarga do cuidador, uma vez que permite uma análise pormenorizada de seis dimensões: a sobrecarga emocional, financeira e física, a relação com a pessoa cuidada, as reacções às exigências e a rede de apoio social. Esta abordagem abrangente facilita a identificação das áreas mais afectadas, auxiliando o enfermeiro na definição de intervenções direccionadas e individualizadas. Assim, os resultados do QASCI indicaram uma sobrecarga moderada e os dados recolhidos

permitiram complementar as informações obtidas na entrevista clínica, possibilitando um planeamento de cuidados mais ajustado às reais necessidades desta cuidadora. Na Figura 1 é apresentado o score da avaliação de cada dimensão do QASCI.

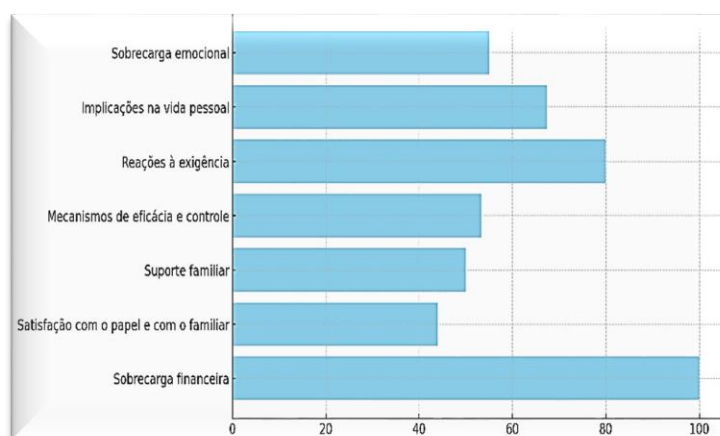


Figura 1 – Score das dimensões do QASCI

É relevante destacar os scores obtidos na dimensão da sobrecarga emocional moderada (55%) e da perceção de eficácia e controlo (53,33%). A literatura sugere que a sobrecarga emocional pode estar associada à ansiedade e a sintomas depressivos, frequentemente presentes em cuidadores de longa duração (Vitaliano *et al.*, 2003). Além disso, a dificuldade na gestão das tarefas inerentes ao cuidado aumenta significativamente o risco de sobrecarga (Schulz & Sherwood, 2008). De acordo com a análise dos dados recolhidos, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem:

1. **Sono comprometido:** a cliente refere na entrevista que interrompe frequentemente o sono, para prestar cuidados noturnos de conforto ao marido, e que depois tem dificuldade em adormecer. Durante o dia sente muito cansaço físico e necessita frequentemente de efetuar uma sesta.
2. **Ansiedade:** A cliente refere na entrevista que não se sente ansiosa, mas que se preocupa demasiado com as pequenas coisas familiares, e que isso a deixa por vezes muito irritada. Também assume ter uma personalidade

controladora e que se irrita quando antecipa que as coisas não vão correr como ela quer. Durante a entrevista, a cliente demonstra inquietação, principalmente relacionada com as comorbilidades que apresenta. Da aplicação do GAI obtivemos um score de 12, o que revela uma ansiedade moderada.

Foram ainda identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem: potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono, potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade e potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade.

De acordo com a literatura, os CF apresentam frequentemente alterações do sono, níveis elevados de ansiedade e de sobrecarga emocional, fatores que afetam significativamente o seu bem-estar (Pinquart & Sörensen, 2003).

3.2.3. Planeamento da intervenção de psicoeducação

Com base nas necessidades identificadas, foi proposta à CF uma intervenção de psicoeducação, que pretendeu dar resposta aos diagnósticos de enfermagem identificados, e que têm impacto na sobrecarga. Para tal, foram definidos os objetivos e os indicadores de resultado, com recurso à Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), conforme o Quadro 5, elaborado pela autora.

A utilização da NOC em conjunto com a ontologia visou reforçar o raciocínio clínico e apoiar a tomada de decisão, proporcionando uma assistência mais eficaz e personalizada.

Quadro 5 – Definição dos objetivos e indicadores de resultado

Diagnóstico de Enfermagem	Objetivos	Indicadores de Resultado
Sono comprometido	Determinar evolução do sono Melhorar o sono	• Que o cliente verbalize dormir por períodos longos • Que o cliente verbalize não ter dificuldade em adormecer. • Que o cliente adote estratégias de promoção do sono.
Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono	Promover adesão: estratégias promotoras do sono	• Que o cliente demonstre conhecimento sobre padrão de sono adequado; • Que o cliente demonstre conhecimento sobre complicações do sono comprometido;
Ansiedade	Determinar evolução da ansiedade Diminuir ansiedade	• Que o cliente verbalize melhoria da ansiedade; • Que o cliente seja capaz de desenvolver estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade	Melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade	• Que o cliente demonstre conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade	Melhorar a consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade	• Que o cliente demonstre conhecimento da relação entre o sono e a ansiedade.

Os objetivos do planeamento dos cuidados de enfermagem são fundamentais para estabelecer metas específicas, mensuráveis e alcançáveis, orientando a prestação dos cuidados de forma sistemática e focada e permitindo a monitorização contínua do progresso do cliente e a adaptação das intervenções conforme necessário. Promovem também a personalização dos cuidados, garantindo que as necessidades e expectativas do cliente são respeitadas, em linha com os cuidados centrados na pessoa (Johnson *et al.*, 2004; McCormack & McCance, 2017). A definição de objetivos claros também possibilita a identificação de novos diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções adequadas (Johnson *et al.*, 2004).

Os indicadores de resultado são essenciais no plano de cuidados de enfermagem, pois permitem a avaliação da eficácia das intervenções, garantem uma abordagem individualizada e centrada no cliente, facilitam a monitorização da evolução do cliente, promovem a qualidade do cuidado, melhoram a comunicação entre os profissionais de saúde e possibilitam a reavaliação

contínua das intervenções. A sua utilização contribui para a personalização dos cuidados e para a melhoria da satisfação do cliente, além de orientar a gestão de recursos na prática clínica (Boscart *et al.*, 2018; McCormack & McCance, 2017).

A NOC desempenha um papel essencial na definição de indicadores que permitem avaliar, de forma objetiva e sistemática, os efeitos das intervenções de enfermagem na saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. A sua utilização na elaboração de indicadores assegura a padronização da linguagem e facilita a monitorização da evolução do estado de saúde dos clientes, promovendo uma prática baseada em evidências e orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Além disso, ao fornecer descritores mensuráveis e escalas de avaliação, a NOC contribui para uma documentação mais precisa e para uma comunicação eficaz entre os enfermeiros, garantindo a continuidade dos cuidados e apoiando a tomada de decisão (Moorhead *et al.*, 2018).

A intervenção planeada foi estruturada em quatro sessões que incluíram atividades, de acordo com a classificação das intervenções de Enfermagem (NIC), e visaram a incorporação da prática do *mindfulness* e da auto compaixão, como ferramentas de regulação emocional.

A NIC é um sistema padronizado que descreve as ações implementadas pelos enfermeiros com o objetivo de alcançar os resultados desejados. A sua aplicação favorece uma prática baseada na evidência, garantindo que as intervenções sejam selecionadas de acordo com as necessidades individuais, promovendo a comunicação entre profissionais e assegurando a continuidade dos cuidados. Além disso, a NIC contribui para a documentação estruturada das práticas de enfermagem, permitindo uma avaliação mais precisa da eficácia das intervenções e a elaboração de planos de cuidados mais detalhados (Bulechek *et al.*, 2021).

Na sessão 0 e após a entrevista clínica e a identificação dos diagnósticos de enfermagem, foi obtido o consentimento informado (verbalmente), negociado o contrato terapêutico (verbalmente), o número de sessões a realizar, a sua

duração e a periodicidade. Para melhor operacionalizar esta intervenção, foi necessário realizar uma fundamentação teórica, sucinta, sobre a importância da psicoeducação no autocontrolo da ansiedade e o seu impacto na redução da sobrecarga emocional no CF.

3.2.3.1. Base teórica da intervenção de psicoeducação

A psicoeducação emocional tem-se afirmado como uma estratégia essencial para mitigar os efeitos da sobrecarga emocional dos CF. Os estudos desenvolvidos nesta área mostram que esta abordagem reduz significativamente os níveis de *stress* e ansiedade dos cuidadores, enquanto melhora a sua capacidade de prestar cuidados de qualidade (França *et al.*, 2020; Walter & Pinquart, 2019; Silva *et al.*, 2018).

Para que a psicoeducação seja eficaz, é fundamental identificar previamente as necessidades específicas do cuidador, e o impacto dos cuidados na sua saúde física, mental e social. Com base nessa avaliação, podem ser desenvolvidos planos de cuidados individualizados e intervenções educativas adaptadas (Martínez-Santos, 2021).

Num estudo quase-experimental que envolveu 77 cuidadores, uma intervenção baseada num programa psicoeducacional, focado na gestão do *stress*, revelou-se crucial. A iniciativa promoveu o desenvolvimento de competências, aumentou a confiança dos cuidadores e fortaleceu a estabilidade familiar. Além de reduzir o *stress* e melhorar as estratégias de *coping*, o programa assegurou cuidados mais seguros e de maior qualidade para os idosos dependentes (Viegas & Rodrigues, 2022).

De forma complementar, Encinas-Monge *et al.* (2024) destacaram a importância de intervenções estruturadas, que combinem apoio emocional e educação sobre doenças como a PNC. Estas intervenções resultam numa melhoria significativa

do bem-estar dos cuidadores, reduzindo a exaustão emocional, física e mental que estes sentem, resultado do impacto emocional contínuo de cuidar de pessoas em sofrimento.

Walter & Pinquart (2020), numa meta-análise abrangente, analisaram a eficácia de diferentes intervenções para cuidadores de pessoas com PNC. Os autores constataram que os programas psicoeducacionais foram particularmente eficazes na melhoria do conhecimento e das competências dos cuidadores, contribuindo para a redução da sobrecarga, da depressão e da ansiedade. As intervenções multicomponentes destacaram-se por oferecer benefícios amplos em várias áreas, enquanto abordagens como a TCC apresentaram efeitos moderados.

Em Portugal, têm vindo a ser implementados programas de psicoeducação, em diferentes regiões, com resultados positivos na SM dos cuidadores e na qualidade dos cuidados prestados (Gonçalves-Pereira & Marques, 2022; Guerreiro *et al.*, 2020).

Como já referido anteriormente, a prática de *mindfulness* tem demonstrado grande eficácia, na redução do *stress* e na melhoria do bem-estar psicológico, em diversos contextos de saúde, e os programas de redução do *stress* baseados em *mindfulness* mostraram resultados positivos na diminuição de sintomas de ansiedade e depressão entre cuidadores (Creswell, 2017; Whitebird *et al.*, 2013).

Ao desenvolver a atenção plena, os cuidadores conseguem equilibrar melhor as exigências do cuidado e o autocuidado, aumentando a autorregulação emocional e a capacidade de enfrentar situações *stressantes* (Jhang *et al.*, 2023). Além disso, esta prática promove dinâmicas familiares mais saudáveis, melhorando a comunicação e as relações interpessoais (França, 2023). Isto é particularmente relevante considerando que a organização familiar e o suporte dos membros da família são fatores fundamentais para aliviar a sobrecarga do cuidador (Bastos *et al.*, 2022).

A integração de práticas de *mindfulness* nos programas de apoio aos cuidadores pode ser facilitada pelos EESMP, que podem oferecer formação, recursos e suporte contínuo para garantir a eficácia destas intervenções (Santos *et al.*,

2024). Assim, a combinação de psicoeducação emocional e *mindfulness* constitui uma abordagem relevante para reduzir a ansiedade, aliviar a sobrecarga, melhorar o bem-estar e assegurar cuidados de qualidade às pessoas cuidadas.

3.2.4. Execução da intervenção de psicoeducação

A intervenção foi implementada no domicílio da CF, de acordo com a sua disponibilidade. Assim, foram implementadas três sessões, sendo que a quarta e última sessão planeada não foi implementada por indisponibilidade da cliente. Os planos de cada da sessão são apresentados no Apêndice 2.

A primeira sessão focou-se essencialmente na consciencialização dos fatores concorrentes, para o diagnóstico de sono comprometido e de ansiedade, e na adoção de estratégias de autocuidado emocional, higiene do sono e respiração consciente. Nesta sessão, a CF demonstrou estar consciencializada de alguns dos fatores desencadeadores de ansiedade e possuir algumas ferramentas de autocontrolo da ansiedade. Demonstrou, ainda, ter conhecimentos adquiridos anteriormente sobre respiração consciente, pelo que foi possível desenvolver uma prática de meditação *mindfulness*, utilizando um guião previamente concebido para o efeito, conforme apresentado no Apêndice 3.

A segunda sessão teve como objetivo a utilização de estratégias de autocontrolo da ansiedade (auto-compassão e gratidão), assim como a identificação de atividades de regulação emocional. Nesta sessão, foi iniciada a elaboração de um plano de autocuidado emocional de acordo com as preferências da cliente. Ficou combinado que esta completaria este plano durante a semana.

A terceira sessão visou a consolidação das estratégias de autocuidado já introduzidas (*mindfulness*, autocompaixão e gratidão). Foi ainda completado o plano de autocuidado emocional com atividades selecionadas pela cliente e

outras sugeridas pela autora. A prática de *mindfulness* foi enriquecida com uma frase de autocompaixão, escolhida pela cliente. No final da sessão foi disponibilizado material de apoio à CF em formato de papel (plano de autocuidado emocional) e disponibilizada uma prática de *mindfulness* em formato multimídia.

A quarta e última sessão, que tinha como objetivo a consolidação das práticas de *mindfulness* e auto-compaixão, o planejamento da continuidade dessas práticas no futuro e a avaliação do programa, não foi realizada por indisponibilidade da cliente.

3.2.5. Resultados obtidos e avaliação da intervenção de psicoeducação

A avaliação dos resultados das intervenções psicoterapêuticas realizadas pelo EEESMP é fundamental para assegurar a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados. Esta prática permite identificar melhorias no estado de saúde dos clientes, ajustar intervenções conforme necessário e garantir que os objetivos terapêuticos foram alcançados. Além disso, a avaliação sistemática contribui para a validação científica das práticas de Enfermagem especializada, promovendo uma abordagem baseada em evidências e o desenvolvimento contínuo da profissão.

Durante as sessões de psicoeducação realizadas com a CF, destacou-se a verbalização de melhorias significativas na qualidade do sono e a implementação de estratégias eficazes para reduzir a sobrecarga. Embora não tenha sido possível realizar uma avaliação formal da intervenção, ao longo das sessões, a cliente foi relatando uma diminuição da ansiedade e uma regularização do sono.

A adesão à prática da respiração consciente, da meditação *mindfulness* e da autocompaixão, revelou-se extremamente benéfica, de acordo com o *feedback* da cliente. Estas práticas foram gradualmente integradas no seu quotidiano, especialmente à noite, antes de dormir. Além disso, a partilha das responsabilidades na prestação de cuidados com outros familiares permitiu-lhe dedicar mais tempo a atividades pessoais, como caminhadas à beira-mar e a investir no seu autocuidado, promovendo um equilíbrio mais saudável na sua rotina de cuidar. Também a adoção de um *hobby* foi um passo importante para o seu autocuidado, com impacto no seu bem-estar emocional.

A elaboração de um plano de autocuidado durante as sessões foi essencial para a consolidação das estratégias de gestão do *stress* e para a continuidade das mesmas. Este plano de autocuidado emocional incluiu momentos de pausa e a realização de atividades de relaxamento. Estas estratégias são essenciais para que os cuidadores possam recarregar as suas energias e manter um equilíbrio emocional, evitando o esgotamento e a sensação de sobrecarga (Sampaio & Silva, 2020). Além disso, a implementação de um plano de autocuidado pode aumentar a consciência emocional, permitindo que os cuidadores reconheçam e validem os seus sentimentos. Esta auto-reflexão contribui para a redução do *stress* e promove uma atitude mais positiva e resiliente diante dos desafios diários (Sequeira, 2012).

A prática da autocompaixão revelou-se uma estratégia promissora para a consciencialização das dificuldades emocionais que a CF enfrenta, revelando a dificuldade que esta teve em verbalizar o sofrimento emocional e assumir a necessidade de pedir ajuda. De acordo com a literatura, a capacidade de tratar-se com gentileza e compreensão em momentos difíceis também é fundamental para reduzir o impacto emocional do cuidado e promover uma atitude de aceitação perante os desafios (Neff & Germer; 2019).

3.2.6. Outras atividades desenvolvidas

Paralelamente ao estudo de caso, foi solicitada a intervenção do EEESMP por uma instituição de apoio domiciliário, com o objetivo de capacitar os seus profissionais, em primeiros socorros emocionais e estratégias de autocuidado emocional. Para responder a esta necessidade, foi planeada e realizada uma sessão de formação e sensibilização, desenvolvida em colaboração com uma colega de estágio e sob a supervisão da enfermeira tutora, conforme apresentado no Apêndice 4. Esta intervenção foi mais uma oportunidade de sensibilizar para a adoção da prática do *mindfulness* como estratégia de autocuidado emocional, nomeadamente em cuidadores formais. Esta sessão integrou uma prática de respiração *mindfulness* guiada, em formato áudio, elaborada pela autora. No final da sessão foi efetuada a avaliação formal da sessão e elaborado o respetivo relatório, conforme apresentado no Apêndice 5. Foi disponibilizado material de apoio, em formato de *flyer*, conforme apresentado no Apêndice 6.

3.3. Contexto de respostas diferenciadas

O estágio no contexto de respostas diferenciadas foi realizado num departamento de neuropsiquiatria e longevidade, no serviço de psicogeriatria, incluindo hospital de dia e internamento parcial, num hospital psiquiátrico do Norte do país. Este contexto proporcionou uma oportunidade para a consolidação das competências especializadas em ESMP, com foco na avaliação e intervenção em SM dirigida a cuidadores de pessoas com PNC e o desenvolvimento de processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos estruturados, tanto em contexto individual como grupal.

Para a concretização destes objetivos, foram delineadas as seguintes atividades:

1. Realizar a avaliação das necessidades em SM dos cuidadores de pessoas com PNC, em contexto domiciliário.
2. Implementar intervenções psicoterapêuticas estruturadas, direcionadas ao suporte emocional dos cuidadores e à redução da sobrecarga.
3. Planear atividades de estimulação cognitiva, para um grupo de pessoas idosas com PNC, promovendo a manutenção das capacidades cognitivas.
4. Executar intervenções psicoterapêuticas, incorporando a prática do *mindfulness*.
5. Avaliar os resultados das intervenções implementadas, identificando aprendizagens adquiridas e áreas de melhoria para a consolidação das competências especializadas em ESMP.

Neste contexto de estágio, privilegiou-se o estudo de caso, como principal método de aprendizagem, permitindo a consolidação das competências já adquiridas e o desenvolvimento de novas habilidades. Para a conceção dos cuidados, utilizou-se a plataforma E4Nursing, disponibilizada pela ESEP, utilizando a ontologia em enfermagem. Paralelamente, foi implementada uma intervenção de estimulação cognitiva, direcionada a um grupo de clientes do hospital de dia, com o objetivo de desenvolver competências no planeamento e implementação, desta intervenção psicoterapêutica.

3.3.1. Caracterização do contexto de estágio

O estágio no contexto de psicogeriatria envolveu uma equipa multidisciplinar composta por EEESMP, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. A equipa comunitária realiza as visitas domiciliárias, as consultas de enfermagem a pessoas com PNC e aos seus cuidadores e colabora na

primeira avaliação neurocognitiva, multidisciplinar. Para pessoas com défice cognitivo com dependência moderada a grave são realizadas consultas domiciliárias, para avaliar e monitorizar o estado clínico, identificar fatores de risco no domicílio e oferecer suporte aos cuidadores, conforme o plano definido pela equipa.

São realizadas reuniões semanais que permitem ajustar os planos terapêuticos, consoante a avaliação das necessidades. Um protocolo entre o serviço de psicogeriatria e as UCC locais possibilita visitas conjuntas, para avaliar a sobrecarga dos cuidadores e capacitar para a gestão do regime terapêutico.

O hospital de dia acolhe pessoas para avaliação multidisciplinar, alívio da sobrecarga dos cuidadores e participação em programas, como a estimulação neurocognitiva, a psicomotricidade, a arteterapia, a musicoterapia e a terapia pela reminiscência. Funciona de segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30, com uma lotação máxima diária de oito utentes. Os critérios de admissão incluem défice cognitivo ligeiro a moderado e capacidade para participar nas atividades. Atualmente, frequentam o hospital de dia 11 pessoas, com diagnósticos como PNC, perturbação depressiva major e perturbação bipolar.

A equipa de Enfermagem lidera atividades de terapia pela reminiscência, a gestão terapêutica, a orientação para a realidade e a vigilância do estado mental. O hospital dispõe de um jardim privado, que é utilizado para estimulação sensorial.

Adicionalmente, a equipa implementa um programa de psicoeducação bianual e dinamiza um Grupo de Ajuda Mútua (GAM) para cuidadores informais. Este grupo proporciona um espaço para os cuidadores partilharem experiências, promovendo a qualidade de vida e a cidadania ativa. O GAM, dinamizado por uma psicóloga e um EEESMP, realiza sessões semanais com temas escolhidos pelos participantes.

3.3.1.1. *Cuidados especializados na psicogeriatría: Desafios e respostas face à doença mental no idoso*

O envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da esperança média de vida, está associado a uma maior prevalência de perturbações mentais e cognitivas, com impacto significativo na funcionalidade, na autonomia e na qualidade de vida dos idosos. Estes desafios, que refletem a complexidade do envelhecimento, são influenciados por fatores biológicos, sociais e psicológicos. O declínio cognitivo, a ansiedade e a depressão destacam-se como condições inter-relacionadas, exigindo atenção multidisciplinar, baseada em evidências científicas.

O declínio cognitivo manifesta-se pela diminuição progressiva das capacidades cognitivas, abrangendo desde o declínio cognitivo ligeiro (DCL) até perturbações neurocognitivas graves. O DCL, um estadio intermédio entre o envelhecimento cognitivo normal e a PNC, é caracterizado por défices na memória, na atenção e na função executiva, sem compromisso significativo das atividades diárias (Petersen *et al.*, 2018). Cerca de 10 a 15% dos casos de DCL evoluem anualmente para PNC, sendo a doença de *Alzheimer* a forma mais prevalente, responsável por 50 a 70% dos casos (Livingston *et al.*, 2020).

As PNC incluem a doença de *Alzheimer*, a demência vascular, a demência com corpos de Lewy e a demência frontotemporal (Kalaria *et al.*, 2016). Estas condições afetam múltiplos domínios cognitivos, como a memória e a linguagem, comprometendo a independência funcional. As alterações neuroinflamatórias e neurodegenerativas são mecanismos comuns subjacentes, contribuindo para a progressão dos sintomas.

A ansiedade em idosos é subdiagnosticada, apesar de uma prevalência estimada entre 6 e 10%, com maior incidência nas mulheres, devido a fatores hormonais e sociais (Locke *et al.*, 2015). Está frequentemente associada ao isolamento social, perda de suporte familiar e diminuição da autonomia, agravando condições crónicas, como a hipertensão e o declínio cognitivo (Chow

et al., 2017; Santos *et al.*, 2024). Para além do impacto psicológico, a ansiedade está relacionada com alterações fisiológicas, como o aumento da resposta ao *stress* e um maior risco cardiovascular, requerendo estratégias adaptadas ao contexto do idoso.

A depressão em idosos apresenta sintomas frequentemente somáticos, dificultando o diagnóstico. Afeta entre 10 e 20% da população idosa, sendo mais prevalente em indivíduos institucionalizados ou com múltiplas comorbilidades (Livingston *et al.*, 2020). Caracteriza-se por humor depressivo persistente, anedonia, alterações do sono e apetite, dificuldades de concentração e, em casos graves, ideação suicida (Alexopoulos, 2005). Os estudos indicam que a depressão é um fator de risco para a PNC, associando-se a alterações neuroinflamatórias e desequilíbrios neuroquímicos, que aceleram a degeneração neuronal (Ownby *et al.*, 2006).

A coexistência de declínio cognitivo, ansiedade e depressão agrava os desafios para a SM dos idosos, com compromisso da qualidade de vida e aumento do risco de institucionalização. Estas condições interagem e exacerbam sintomas, acentuando a importância de abordagens multidisciplinares, incluindo o suporte psicológico, intervenções farmacológicas e a promoção do bem-estar social (Alexopoulos, 2005; Chow *et al.*, 2017).

O EEESMP desempenha um papel crucial na abordagem da doença mental no idoso, promovendo cuidados holísticos e personalizados, e a sua formação especializada permite-lhe identificar precocemente, sinais de perturbações mentais, como o declínio cognitivo, a ansiedade e a depressão, muitas vezes mascarados por sintomas somáticos ou atribuídos erradamente ao envelhecimento normal.

Para além do diagnóstico precoce, o EEESMP é fundamental na implementação de intervenções que combinem estratégias farmacológicas e não farmacológicas, como terapias cognitivas, suporte emocional e programas de estimulação cognitiva. O acompanhamento contínuo, a educação dos cuidadores e a promoção de ambientes favoráveis, fazem parte do âmbito de atuação destes profissionais.

Através de uma abordagem empática e baseada em evidências, o enfermeiro especialista contribui significativamente para a manutenção da autonomia, da funcionalidade e da qualidade de vida do idoso, respondendo aos desafios complexos do envelhecimento.

3.3.2. Identificação das necessidades e recolha de dados

Neste contexto de estágio foram realizadas várias visitas domiciliárias a pessoas com PNC severa e aos seus cuidadores, com o objetivo de monitorizar a evolução do estado clínico da pessoa e avaliar a sobrecarga dos cuidadores.

Na vertente do hospital de dia, foi possível colaborar nas várias atividades desenvolvidas pelos EEESMP, nomeadamente, nas atividades de orientação para a realidade, na terapia pela reminiscência e nas atividades de socialização. Estas atividades permitiram a identificação dos diagnósticos de enfermagem, mais frequentes nesta população, apresentados no Quadro 6, elaborado pela autora.

Quadro 6 – Identificação dos diagnósticos de enfermagem no contexto de respostas diferenciadas

Cliente	Diagnósticos de Enfermagem
Pessoa com PNC	• Autocuidado comprometido • Memória comprometida • Autogestão do regime terapêutico comprometida • Comunicação verbal expressiva comprometida
Cuidador	• Ansiedade • Humor depressivo • Sono comprometido
Clientes do hospital de dia	• Pensamento comprometido • Memória comprometida • Autogestão do regime terapêutico comprometida • Ansiedade • Humor depressivo

Durante este percurso de estágio, identificou-se como alvo da intervenção de enfermagem um CF de uma pessoa com PNC, que apresentava sinais de

sobrecarga. Além desta atividade, considerou-se pertinente a implementação de uma intervenção de estimulação cognitiva junto de um grupo de pessoas com PNC.

Para a identificação das necessidades deste CF, foi realizada uma entrevista clínica semidiretiva, complementada pela aplicação de um questionário sociodemográfico e dois instrumentos de avaliação (GAI e QASCI), já utilizados no contexto de estágio anterior.

Da entrevista clínica semidiretiva e da caracterização sociodemográfica, destacaram-se os seguintes dados, pertinentes para a conceção dos cuidados: cliente do sexo masculino, casado, reformado de uma profissão diferenciada, sem comorbilidades conhecidas, expressando sentimentos de frustração com a vida após a reforma, afastamento das atividades de lazer e do convívio social, bem como preocupação com o futuro, referindo não dispor de retaguarda familiar. Manifestou inquietação e reconheceu utilizar algumas estratégias de autocontrolo da ansiedade, embora as desvalorize, em prol do seu papel de cuidador. Relatou perda de interesse por atividades de lazer e autocuidado, afirmando que realiza as tarefas domésticas apenas por obrigação. A única atividade que referiu proporcionar-lhe prazer foi cozinhar. Durante a entrevista, evidenciou labilidade emocional, chorando em várias ocasiões, sem, contudo, reconhecer o seu estado emocional, repetindo frequentemente a frase: “Não há nada a fazer, a não ser cuidar da minha esposa”. Nos instrumentos de avaliação utilizados, obteve-se um score de 13 na GAI e de 81% nas dimensões “implicações na vida pessoal” e “sobrecarga emocional” do QASCI.

Foram ainda analisadas as diferentes dimensões do seu papel enquanto cuidador, verificando-se que desempenhava essa função de forma adequada. Assim, concluiu-se que a sobrecarga emocional está associada a dificuldades na gestão emocional. Com base nos dados recolhidos, constatou-se que este CF apresentava ansiedade e humor depressivo, que contribuíam para a sobrecarga.

De acordo com os diagnósticos de enfermagem, foram definidos os respectivos objetivos e indicadores de resultado, tendo como suporte a NOC, conforme apresentado no Quadro 7, elaborado pela autora.

Quadro 7 - Definição dos objetivos e indicadores de resultado

Diagnóstico de Enfermagem	Objectivos	Indicadores de Resultado
Ansiedade	Determinar evolução da ansiedade Diminuir ansiedade	• Que o cliente verbalize melhoria da ansiedade; • Que o cliente obtenha um score mais positivo no Inventário de Ansiedade Geriátrica; • Que o cliente seja capaz de desenvolver estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade	• Melhorar o conhecimento do cliente sobre estratégias de controlo da ansiedade.	• Que o cliente demonstre conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Potencial para melhorar o significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade	• Melhorar o significado que o cliente atribui às estratégias de controlo da ansiedade.	• Que o cliente melhore o significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade.
Humor depressivo	• Determinar evolução do humor • Promover autocontrolo do humor • Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor	• Que o cliente verbalize uma melhoria no humor; • Que o cliente obtenha um score mais positivo na Escala de Depressão Geriátrica; • Que o cliente seja capaz de planejar as atividades de vida diária; • Que o cliente seja capaz de construir e verbalizar pensamentos positivos; • Que o cliente seja capaz de desenvolver estratégias de autocontrolo das emoções.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre humor depressivo	• Melhorar o conhecimento do cliente sobre humor depressivo.	• Que o cliente demonstre conhecimento sobre o humor depressivo.
Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias promotoras do autocontrolo do humor	• Melhorar o conhecimento do cliente sobre estratégias promotoras do autocontrolo do humor.	• Que o cliente demonstre conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor.
Potencial para melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo	• Melhorar a consciencialização do cliente sobre fatores concorrentes para o humor depressivo.	• Que o cliente demonstre conhecimento sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo.

3.3.3. Planeamento da intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda Profissional

Para intervir nos diagnósticos de enfermagem identificados, optou-se pela utilização da intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda Profissional (RAP), estruturada em quatro sessões e cujas atividades foram planeadas de acordo com a NIC. Esta intervenção revelou-se a mais adequada após a entrevista clínica, pelo facto de o cliente ter dificuldade em reconhecer o seu sofrimento, desvalorizando-o, mas, simultaneamente, demonstrar a necessidade de ventilar emocionalmente. Estas sessões foram estruturadas tendo em conta a disponibilidade do cliente, no tempo de estágio preconizado para este contexto, e as preferências do mesmo.

Na sessão 0, e após a recolha de dados e identificação dos diagnósticos de enfermagem, foi negociado com o CF a intervenção a implementar, obtido o consentimento informado (verbalmente), negociado o contrato terapêutico (verbalmente) e estabelecida a periodicidade das sessões.

Como estratégias complementares a esta intervenção foram planeadas a escuta ativa, o aconselhamento e a exploração da história de vida. Estas abordagens, centradas no fortalecimento emocional do cuidador e na promoção de um ambiente de escuta empática, oferecem um espaço para o CF refletir sobre as suas próprias experiências e desafios. Foi ainda planeado introduzir a prática da respiração consciente e a meditação da auto compaixão, como estratégias de relaxamento e de regulação emocional.

Para dar suporte à implementação desta intervenção, foi essencial realizar uma fundamentação teórica consistente, destacando a relevância da RAP como intervenção psicoterapêutica a utilizar nos diagnósticos de enfermagem ansiedade e humor depressivo em CF.

3.3.3.1. *Base teórica da Intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda Profissional*

A RAP ocupa um lugar central na prática do EEESMP, especialmente no acompanhamento de CF que lidam com desafios emocionais como a ansiedade, o humor depressivo e outras dificuldades emocionais relacionadas com o seu papel de cuidador. Trata-se de uma abordagem estruturada que promove o bem-estar, a autonomia e a resiliência emocional, ajudando os CF a gerir a sobrecarga de forma mais saudável e oferecendo um espaço seguro para que estes possam expressar as suas emoções e preocupações (Coelho *et al.*, 2020; Sequeira *et al.*, 2018). Este tipo de intervenção baseia-se em competências-chave como a empatia, a escuta ativa e o aconselhamento, que são indispensáveis para melhorar a adesão ao tratamento e alcançar os resultados terapêuticos mais positivos (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Norcross, 2011).

Inspirando-se no modelo de relação terapêutica de Carl Rogers, a RAP procura criar um ambiente acolhedor e de confiança, no qual os clientes sintam liberdade para expor as suas preocupações e encontrar estratégias que promovam o equilíbrio emocional (Corey *et al.*, 2018; Rogers, 2004). Diferencia-se de uma relação informal por ser uma intervenção cuidadosamente estruturada, conduzida por um EEESMP, com objetivos bem definidos e planeados, sempre orientados para melhorar o bem-estar de forma consistente e sistemática (Coelho *et al.*, 2020).

A literatura sobre este tema reforça como a RAP é uma ferramenta poderosa na prática de enfermagem. Phaneuf (2005) realça que esta relação deve ser baseada em pilares como a aceitação, o respeito e a compreensão, elementos que ajudam a promover o desenvolvimento pessoal e a autonomia do cliente. Já Chalifour (2009) apresenta um modelo existencialista humanista, no qual o enfermeiro desempenha o papel de facilitador do crescimento pessoal, destacando a importância de valores como a empatia e a autenticidade na interação com os clientes. Por outro lado, Melo *et al.* (2011) sublinham que, para a prática clínica ser eficaz, é indispensável uma formação sólida e contínua nas competências relacionais.

Entre essas competências, a empatia é, sem dúvida, o elemento central da RAP. Definida como a capacidade de compreender e acolher a perspectiva e os sentimentos do cliente, a empatia não se limita a ouvir; ela envolve, também, comunicar essa compreensão de forma terapêutica e agir em conformidade com as necessidades do cliente (Mercer & Reynolds, 2002).

Simões & Rodrigues (2010) destacam que a RAP exige, para além da empatia, um planeamento e uma estruturação cuidadosos, com objetivos claros, que permitam criar um ambiente onde o crescimento pessoal seja possível. Os estudos como os de Flückiger *et al.* (2012) e Norcross (2011) comprovam que a qualidade da aliança terapêutica se relaciona diretamente com a adesão ao tratamento, a diminuição dos sintomas e o bem-estar global dos clientes.

A RAP responde a diferentes tipos de necessidades emocionais. No caso da ansiedade, ajuda os clientes a encontrarem um espaço seguro para expressar os seus medos e as suas preocupações, enquanto desenvolvem estratégias de gestão emocional. Em situações de tristeza, oferece apoio e compreensão, ajudando-os a enfrentar emoções difíceis de forma construtiva. Já no luto, a RAP apoia o cliente na adaptação à perda e a encontrar caminhos para a resiliência e o bem-estar emocional (Coelho *et al.*, 2020). Contudo, é importante destacar que esta intervenção só é recomendada quando os problemas identificados são de natureza emocional ou relacional, e quando o cliente demonstra disponibilidade e compromisso com o processo de desenvolvimento pessoal (Coelho *et al.*, 2020).

Para complementar a RAP, existem diversas estratégias que enriquecem o processo, como o aconselhamento, a escrita expressiva, a musicoterapia, a respiração consciente, a exploração da história de vida e a promoção do autocuidado. Gridley *et al.* (2016) sublinham que as práticas como o *mindfulness* e a autocompaixão são eficazes para reduzir a sobrecarga emocional e melhorar as interações com os outros, ajudando os cuidadores a ressignificar o seu papel e a desenvolver maior resiliência, permitindo-lhes enfrentar os desafios de forma mais adaptativa e confiante. A exploração da história de vida tem demonstrado ser uma ferramenta poderosa, permitindo fortalecer a conexão empática entre o

enfermeiro e o cliente, o que contribui para melhorar o bem-estar emocional e a qualidade dos cuidados prestados (Cooney & O'Shea, 2019; McKeown *et al.*, 2015).

Forchuk & Reynolds (2001) reforçam a importância de adequar as intervenções a cada fase da relação de ajuda, assegurando a continuidade e a eficácia do processo terapêutico. Lopes (2018) e Barker (2019a) destacam, ainda, que a relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma da enfermagem, exige competências pessoais e profissionais específicas, para ser verdadeiramente eficaz.

Em última análise, a RAP contribui de forma significativa para a SM e o bem-estar global dos CF. Ao reduzir a sobrecarga emocional, promover a autonomia e reforçar a resiliência, esta intervenção demonstra ser uma das ferramentas mais valiosas da prática de enfermagem especializada. Baseada em princípios éticos e técnicos, a RAP é um exemplo claro de como uma abordagem centrada na pessoa pode transformar vidas e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

3.3.4. Execução da intervenção psicoterapêutica

A intervenção foi implementada no gabinete de enfermagem do hospital de dia, de acordo com a disponibilidade do cliente. Assim, foram implementadas as quatro sessões, previamente planeadas. Estas sessões foram sofrendo ajustes, conforme as necessidades que o cliente foi identificando em cada uma das sessões. O planeamento da intervenção é apresentado no Apêndice 7.

A utilização da escuta ativa, da empatia, do aconselhamento e da história de vida revelou-se essencial para a consciencialização deste cliente dos fatores concorrentes para a ansiedade e das estratégias passíveis de serem utilizadas para regular, de forma eficaz, as emoções.

Na primeira sessão, foi estabelecida a base para o processo terapêutico. Procedeu-se à caracterização dos diagnósticos de enfermagem e apresentou-se, de forma detalhada, os fundamentos da RAP, incluindo a sua duração e os seus objetivos. O cliente foi incentivado a explorar as suas emoções e os fatores associados à sobrecarga. Reforçou-se a importância da sua participação ativa, com a sugestão de tarefas destinadas a estimular a autorreflexão e a fortalecer o seu envolvimento no processo. No final da sessão foi proposta uma prática de respiração consciente.

A segunda sessão centrou-se na exploração da história de vida do cliente e na identificação de fatores relacionais e emocionais, desencadeadores de ansiedade e tristeza, assim como as expectativas futuras quanto ao seu papel de cuidador. Apresentou-se a autocompaixão como uma estratégia eficaz de regulação emocional, e os exercícios práticos ajudaram o cliente a reconhecer o seu sofrimento, a identificar a humanidade partilhada e a cultivar uma atitude de gentileza para consigo mesmo. No final da sessão foi efetuada uma prática de meditação *mindfulness*, com a incorporação de frases compassivas, escolhidas pelo cliente.

Na terceira sessão, aprofundou-se a exploração da história de vida, permitindo que o CF identificasse recursos de regulação emocional, previamente utilizados, bem como estratégias de gestão do *stress* e autocuidado. Deu-se ainda continuidade à identificação de estratégias de autocuidado emocional, de acordo com as preferências do cliente. Adicionalmente, foram potenciados os recursos pessoais, consolidando as práticas de autocuidado identificadas nas sessões anteriores. A sessão encerrou com uma prática de meditação *mindfulness* e autocompaixão.

Finalmente, a quarta sessão foi dedicada à avaliação dos resultados alcançados e à consolidação das aprendizagens. Recorreu-se novamente à meditação guiada de *mindfulness* e autocompaixão, promovendo a validação das emoções e reforçando os benefícios. No final da intervenção, foi entregue ao cliente o plano de autocuidado, desenvolvido ao longo das sessões, e um folheto

informativo sobre PNC, com alguns contatos de apoio ao cuidador, conforme apresentado no Apêndice 8.

3.3.5. Resultados obtidos e avaliação da intervenção

Após a implementação da intervenção psicoterapêutica foi realizada uma nova avaliação com os instrumentos previamente aplicados. Os resultados obtidos indicaram que a intervenção foi eficaz, na redução da sobrecarga emocional, registrando-se uma diminuição deste *score* de 81 para 68%.

No entanto, o *score* do GAI apresentou um aumento ligeiro, subindo de 13 para 15. Este resultado levantou questões sobre a eficácia da intervenção em relação à ansiedade ou, alternativamente, se este aumento reflete uma maior capacidade do cliente para reconhecer e compreender os fatores que desencadearam a ansiedade.

Na avaliação dos resultados da intervenção, o cliente referiu ter adquirido uma nova consciencialização sobre os fatores que mais contribuíram para a sua ansiedade, destacando, em particular, preocupações relacionadas com o futuro da pessoa cuidada, caso deixe de ter capacidade para prestar assistência. Este *insight* demonstra um progresso significativo na reflexão do cliente sobre as suas emoções e fontes de ansiedade, mesmo que ainda existam desafios a ser trabalhados.

A intervenção revelou-se fundamental para ajudar o cliente a identificar os fatores que contribuíram para a ansiedade e o humor depressivo, bem como o impacto que estes têm na sua sobrecarga. Além disso, permitiu-lhe reconhecer os mecanismos e as estratégias, já utilizadas no passado e que poderá utilizar, para reduzir essa sobrecarga. O cliente ainda manifestou a intenção de retomar a prática desportiva e voltar a contactar o grupo de amigos para a prática da

pesca desportiva, assim como a intenção de manter a meditação *mindfulness* e da auto-compassão de forma mais regular.

Foi ainda solicitado ao cliente que avaliasse formalmente as sessões realizadas, através de um questionário elaborado pela autora, proporcionando um momento de reflexão conjunta sobre os aspetos positivos da intervenção, bem como sobre eventuais limitações ou aspetos menos favoráveis, conforme apresentado no Apêndice 9.

O cliente manifestou satisfação com a intervenção, destacando que esta foi essencial para a consciencialização das dificuldades associadas ao papel de cuidador. Referiu também que o espaço proporcionado pelas sessões lhe permitiu expressar livremente as suas emoções. Como aspeto menos positivo, apontou a dificuldade de relaxar, o que limitou o aproveitamento pleno das sessões da prática de respiração *mindfulness*. Outro ponto referido foi o número limitado de sessões, considerando que quatro foram insuficientes. Adicionalmente, o cliente mostrou interesse em participar no grupo de ajuda mútua que a instituição disponibiliza, demonstrando a sua vontade em continuar a trabalhar no seu bem-estar emocional. Perante estes resultados, foi negociado com o cliente e a equipa de enfermagem a continuidade deste plano terapêutico.

3.3.6. Outras atividades desenvolvidas

Neste contexto de estágio foi desenvolvida, em paralelo com o estudo de caso, uma intervenção de estimulação cognitiva grupal, que teve como foco os clientes que frequentam o hospital de dia. O primeiro passo para o planeamento desta intervenção foi a constituição do grupo, garantindo a homogeneidade dos participantes em termos de características cognitivas e intelectuais, independentemente da patologia psiquiátrica de base. Consideraram-se, ainda,

as preferências e os interesses individuais dos participantes para garantir uma abordagem mais personalizada e eficaz.

A seleção do grupo foi efetuada através da consulta do processo clínico e considerando os dias em que frequentam este serviço. Não foi utilizado nenhum instrumento para avaliar o défice cognitivo por este já ser aplicado pela equipa multidisciplinar e os resultados se encontrarem no processo clínico. Desta forma, os critérios de inclusão foram: pessoas com declínio cognitivo ligeiro a moderado e pessoas que conseguissem participar em atividades de grupo durante pelo menos 45 a 60 minutos. Quanto aos critérios de exclusão, estabeleceram-se: apresentar alteração do comportamento e/ou atividade delirante presente e/ou recusarem a participação nas atividades propostas.

Assim, o grupo constituído contou com 6 participantes, 3 homens e 3 mulheres, com uma média de idades de 74 anos. Em parceria com a equipa de enfermagem do hospital de dia, foram planeadas três sessões de intervenção cognitiva focadas na estimulação sensorial, com o objetivo de melhorar as capacidades cognitivas e emocionais dos participantes, conforme apresentado no Apêndice 10. Estas atividades foram delineadas tendo em consideração os domínios cognitivos comprometidos que foram identificados no processo clínico de cada cliente, conforme a Figura 2.

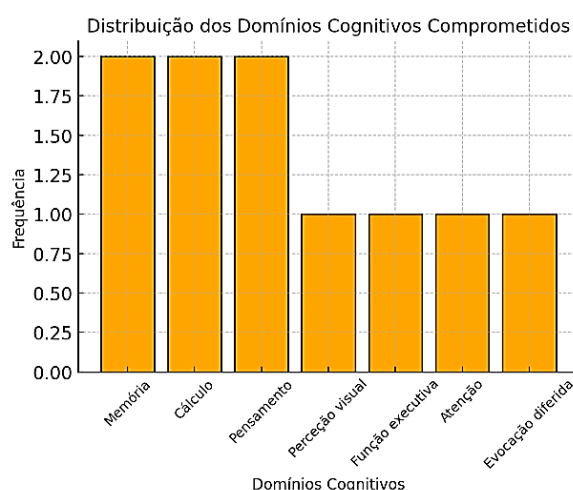


Figura 2 – Distribuição dos domínios cognitivos comprometidos

Assim, estas sessões tiveram como objetivo fortalecer os domínios cognitivos comprometidos, a coordenação motora fina, a criatividade e a evocação de memórias afetivas, recorrendo a estratégias que aliam a exploração sensorial, a expressão artística, a terapia pela reminiscência e a interação social.

As atividades desenvolvidas nas três sessões incluíram: a realização de um espanta-espíritos, a preparação das castanhas para o São Martinho com a partilha das histórias que envolvem esta festividade e a partilha de provérbios, a pintura e o plantio de plantas.

As atividades como a criação artesanal de um espanta-espíritos ou a celebração do São Martinho foram planeadas para estimular as conexões emocionais e as memórias culturais, proporcionando, simultaneamente, um ambiente acolhedor e colaborativo. Ao integrar elementos sensoriais e emocionais, estas iniciativas visaram reduzir sintomas depressivos, promover o bem-estar emocional e preservar habilidades cognitivas e motoras. A evidência científica sugere que intervenções sensoriais e artísticas em populações geriátricas têm efeitos positivos na memória, na redução da ansiedade e na qualidade de vida (Liu *et al.*, 2024; Sánchez *et al.*, 2013;).

Além disso, as sessões serviram como uma oportunidade para, através da evocação de memórias, reforçar as conexões interpessoais e combater o isolamento social, frequentemente associado a condições cognitivas e depressivas (Yanagilda *et al.*, 2024). A integração de memórias culturais e emocionais, como no caso da celebração do São Martinho, revelou-se particularmente eficaz para fomentar um sentido de identidade e continuidade, reforçando as bases emocionais e cognitivas dos participantes.

Na terceira sessão, a utilização de atividades de estimulação sensorial e artística, no jardim exterior do hospital de dia, revelou-se uma mais-valia para estes clientes. De acordo com a literatura, a utilização de ambientes naturais tem demonstrado reduzir significativamente os níveis de *stress* e ansiedade nos idosos. Os estudos indicam que espaços naturais exercem efeitos positivos sobre o humor e a atividade cerebral, ajudando a aliviar sintomas de ansiedade e depressão (Meneghetti *et al.*, 2023; Olszewska-Guizzo *et al.*, 2022). As

atividades como o cultivo de ervas aromáticas e a exploração de texturas visaram promover a preservação da função motora fina e estimular a memória sensorial. De acordo com a literatura, estas práticas têm demonstrado melhorar o desempenho cognitivo, retardando o avanço do declínio cognitivo em populações geriátricas (Park *et al.*, 2018; Hsieh *et al.*, 2022).

Nas atividades desenvolvidas na terceira sessão foi possível também estimular o olfato, através de plantas aromáticas como lavanda e alecrim; o tato, através das folhas de diferentes texturas; e a audição, através do som dos sinos e do canto de pássaros.

Para a avaliação da participação nestas atividades, foi elaborada pela autora uma grelha de observação, apresentada no Apêndice 11. A Figura 3 demonstra os dados obtidos, de acordo com a observação efetuada, durante a implementação das atividades propostas.

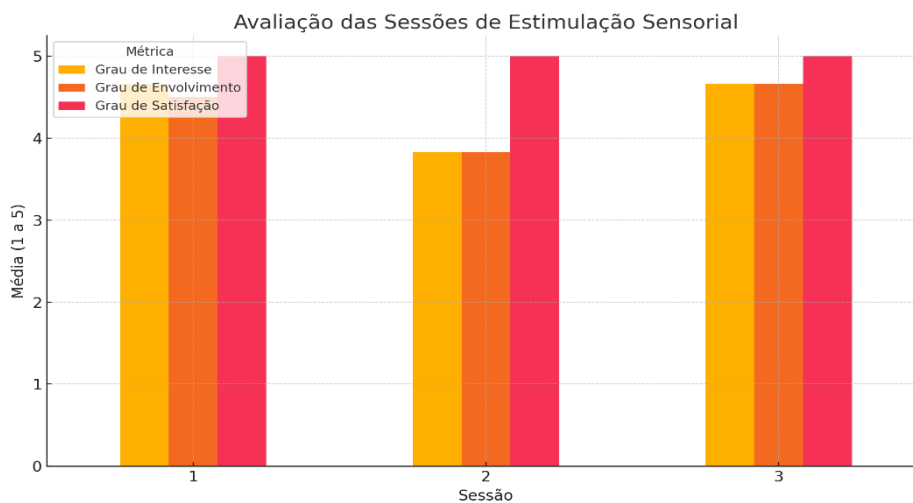


Figura 3 – Avaliação da intervenção de estimulação cognitiva grupal

No final das sessões, foi solicitado aos participantes que fizessem uma avaliação informal das atividades desenvolvidas. Estes referiram que foram atividades prazerosas, adequadas e de partilha de experiências passadas e que gostariam de dar continuidade a estas atividades de estimulação cognitiva.

3.4. Contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda

O terceiro e último momento de estágio decorreu numa unidade de recuperação, de um hospital psiquiátrico, localizado no Norte do país. Este contexto proporcionou o desenvolvimento de competências especializadas em ESMP a pessoas institucionalizadas com doenças mentais graves.

O principal objetivo foi desenvolver uma abordagem humanizada e integrada à pessoa com doença mental grave, promovendo a sua reabilitação psicossocial e implementando intervenções psicoeducativas que favorecessem a gestão emocional e a melhoria da qualidade de vida.

Para concretizar estes objetivos, foram delineadas as seguintes atividades:

1. Realizar uma avaliação sistemática das necessidades psicossociais e emocionais, de pessoas com doença mental grave.
2. Implementar intervenções psicoterapêuticas individualizadas e em grupo, focadas no desenvolvimento de competências emocionais e sociais, integrando abordagens como o *mindfulness*.
3. Avaliar os resultados das intervenções implementadas.

Foi privilegiado como método de aprendizagem, neste contexto de estágio, a implementação de uma intervenção psicoterapêutica em grupo. Para além desta intervenção grupal, foi realizado um estudo de caso, utilizando a plataforma E4Nursing, disponibilizada pela ESEP e o seu relatório será apresentado no Apêndice 12. Paralelamente, foi realizada uma sessão de formação em serviço, direcionada à equipa de enfermagem.

Neste relatório, será abordada a intervenção grupal, por esta ter sido a atividade mais relevante para o desenvolvimento das competências especializadas.

3.4.1. Caracterização do contexto de estágio

A unidade de recuperação é composta por dois pisos, sendo o piso zero destinado a internamentos de curta/ média duração, até 45 dias, para pessoas em fase de descompensação clínica aguda da sua doença mental, e para alívio do cuidador. O piso um é destinado a pessoas com doença mental grave que não reúnem condições para o regresso ao domicílio, seja pela gravidade da condição clínica, seja por condições sociais, ou porque necessitam de treino de competências sociais, visando a sua reinserção na sociedade.

No piso um, encontravam-se internadas 16 pessoas, a maioria com o diagnóstico de esquizofrenia residual/ paranóide. Algumas destas pessoas eram residentes deste hospital psiquiátrico há mais de 25 anos. Todas elas eram autónomas no seu autocuidado, necessitando de supervisão na gestão do regime terapêutico, no treino de competências sociais e na vigilância de sintomas. Frequentam esta unidade, ainda, cinco pessoas em regime de hospital de dia. No piso zero, foram internadas, pontualmente, pessoas com PNC, para alívio do cuidador.

A equipa multidisciplinar é constituída por sete enfermeiras, quatro delas EEESMP, dois psiquiatras, dois psicólogos, uma terapeuta ocupacional, um nutricionista e uma assistente social. As pessoas são autónomas nas escolhas das atividades a desenvolver. Algumas delas têm autorização para saídas ao exterior e quatro encontram-se a realizar um estágio de jardinagem. O centro hospitalar oferece diversas atividades, desde a hipoterapia, a cartonagem, os trabalhos, o coro, a jardinagem, a atividade física, entre outros. Nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas, encontram-se o treino de competências sociais, a gestão do regime terapêutico, a intervenção de orientação para a realidade e a psicoeducação.

3.4.1.1. O cuidado especializado perante a pessoa com doença mental grave: Desafios e respostas

A esquizofrenia residual, a psicose e a institucionalização representam alguns dos maiores desafios na área da SM. Estas condições requerem intervenções integradas que aliem os tratamentos farmacológicos, as abordagens psicossociais e as estratégias de reabilitação. O impacto destas doenças é significativo, afetando, de forma profunda, a funcionalidade, a qualidade de vida e a autonomia dos clientes, enquanto suscitam preocupações sobre os efeitos adversos dos tratamentos disponíveis e as falhas existentes nos serviços de SM.

A esquizofrenia residual é uma forma crónica de esquizofrenia, caracterizada pela presença persistente de sintomas negativos, como apatia, isolamento social e embotamento emocional, juntamente com uma redução marcada dos sintomas positivos (*American Psychiatric Association*, 2022). Este quadro clínico tende a manifestar-se após múltiplos episódios agudos, resultando em graves limitações na capacidade funcional dos clientes. Os estudos recentes indicam que sintomas como avolia e dificuldades no pensamento abstrato são frequentemente encontrados, estando, muitas vezes, associados a estados de ansiedade e depressão (Mitikhin & Kuzminova, 2023).

A nível mundial, estima-se que cerca de 24 milhões de pessoas vivam com esquizofrenia, o que equivale a 0,32% da população global (WHO, 2021). Em Portugal, a prevalência desta doença situa-se em, aproximadamente, 1% da população, tornando-a uma das perturbações mentais graves mais comuns (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2021). Apesar de relativamente rara, a esquizofrenia tem um impacto económico e social significativo, em grande parte devido às frequentes hospitalizações e às dificuldades que os clientes enfrentam na reintegração social (Chong *et al.*, 2016).

A psicose caracteriza-se por sintomas como delírios, alucinações e desorganização do pensamento, podendo surgir em condições como a esquizofrenia, a perturbação bipolar ou a depressão psicótica. Em Portugal, os

primeiros episódios psicóticos afetam sobretudo jovens adultos, geralmente entre os 15 e os 30 anos (DGS, 2021). Estes dados realçam a importância de intervenções precoces, para minimizar os efeitos desta condição e melhorar os resultados a longo prazo.

Durante muito tempo, a institucionalização foi utilizada como abordagem principal no tratamento da esquizofrenia e da psicose. Contudo, esta prática contribuiu para o desenvolvimento da “síndrome institucional”, uma condição marcada por passividade, regressão comportamental e uma dependência excessiva dos serviços hospitalares (Thorncroft & Tansella, 2013). Em países de rendimentos baixos e médios, mais de metade das pessoas com perturbações mentais graves permanecem institucionalizadas durante períodos prolongados (WHO, 2021). Em Portugal, apesar dos avanços no processo de desinstitucionalização, cerca de 19% dos clientes com esquizofrenia continuam internados por mais de seis meses em unidades psiquiátricas, o que reflete as dificuldades em assegurar uma transição eficaz para cuidados comunitários (DGS, 2021).

A ansiedade é uma manifestação comum em pessoas com doenças mentais graves e tende a agravar-se em contextos institucionais. Cerca de 65% das pessoas com esquizofrenia apresentam perturbações de ansiedade, o que, não só compromete os seus prognósticos, como também aumenta a procura por serviços médicos (Temmingh & Stein, 2015). Em ambientes institucionais, a falta de estímulos personalizados e a ausência de suporte emocional adequado, amplificam os níveis de ansiedade, dificultando a reintegração social (Braga *et al.*, 2013). Fatores como a ausência de apoio familiar e mudanças abruptas nas rotinas, contribuem para esta vulnerabilidade (Foster *et al.*, 2017).

No caso da psicose, a ansiedade interage frequentemente com sintomas psicóticos, como delírios persecutórios e alucinações, criando uma relação bidirecional que agrava o sofrimento das pessoas. Este efeito é particularmente relevante em contextos institucionais, nos quais o isolamento social e a estigmatização reforçam perceções negativas e aumentam o impacto emocional da doença.

O tratamento da esquizofrenia residual e da psicose exige uma abordagem ampla e integrada. Os antipsicóticos atípicos, como a risperidona e a quetiapina, são eficazes no alívio dos sintomas positivos. Contudo, apresentam limitações na gestão dos sintomas negativos, sendo, muitas vezes, necessário recorrer a combinações com antidepressivos ou estabilizadores de humor (Leucht *et al.*, 2013). Apesar da eficácia, estes medicamentos podem causar efeitos adversos, como sedação, ganho de peso e diabetes tipo II, o que compromete tanto a saúde geral como a funcionalidade dos clientes (Correll *et al.*, 2015). A letargia provocada pela medicação pode dificultar a realização de atividades diárias básicas, como a higiene pessoal e a alimentação.

Para complementar os tratamentos farmacológicos, as intervenções psicossociais, como a TCC e os programas de treino de competências sociais, têm demonstrado eficácia na redução de sintomas persistentes e na melhoria da funcionalidade (Pretzer & Beck, 2004). Estas estratégias são essenciais para promover uma maior autonomia e facilitar a integração social destas pessoas.

A institucionalização prolongada de pessoas com esquizofrenia residual, continua a ser um grande desafio para os serviços de SM. Muitos clientes não conseguem regressar às suas comunidades ou ao convívio familiar, o que exige intervenções especializadas que promovam a estabilização clínica, a reabilitação funcional e uma melhoria substancial na qualidade de vida.

O diagnóstico de ansiedade em indivíduos com perturbação do desenvolvimento intelectual (PDI) e psicose, apresenta desafios significativos, já que as manifestações podem ser atípicas. Os sintomas, como a inquietação motora, os comportamentos apelativos e repetitivos e a irritabilidade, são frequentemente subvalorizados, sendo interpretados como expressões da perturbação ou da psicose subjacente (Saha *et al.*, 2017). As ferramentas diagnósticas adaptadas, como entrevistas clínicas estruturadas e avaliações comportamentais, são fundamentais para identificar estados de ansiedade nestes grupos vulneráveis (Shear *et al.*, 2016). Assim, a ansiedade em indivíduos institucionalizados com PDI e psicose exige uma abordagem integrada, considerando os fatores emocionais, os cognitivos e os ambientais, e deve ser multidimensional.

Neste contexto, o EEESMP deve realizar avaliações detalhadas, considerando os sintomas psiquiátricos e o impacto da institucionalização, na funcionalidade e na qualidade de vida destas pessoas. Com base nestas avaliações, elabora planos de cuidados personalizados, com metas adaptadas às limitações, quer das pessoas, quer do contexto.

A gestão da polimedicação é essencial nestes contextos, incluindo a monitorização dos efeitos adversos, como a sedação e as complicações metabólicas, promovendo a adesão terapêutica, através da educação contínua (Correll *et al.*, 2020).

Além disso, o EEESMP promove a recuperação de competências funcionais e sociais, implementando programas psicoeducacionais, adaptados ao ambiente institucional. As atividades, como o treino de competências interpessoais, a resolução de problemas e a promoção do autocuidado, são essenciais para reduzir a dependência e aumentar a autonomia das pessoas com doença mental grave. A psicoeducação é essencial neste contexto, pois permite capacitar estas pessoas a compreender a sua condição clínica, a identificar os sinais de agravamento e a desenvolver estratégias de autorregulação emocional.

O EEESMP desempenha, ainda, um papel ativo na defesa da dignidade e dos direitos destas pessoas. Assegura que os cuidados são prestados de forma humanizada, respeitando a individualidade de cada um, e trabalha na criação de ambientes institucionais mais acolhedores, estruturando rotinas que favoreçam a estabilidade emocional e oferecendo atividades que promovam um sentido de propósito e pertença.

Assim, apesar dos desafios colocados pela esquizofrenia residual, psicose e institucionalização, as intervenções integradas, lideradas por profissionais especializados, podem transformar significativamente a experiência das pessoas, promovendo o máximo potencial que estas pessoas têm e fomentando uma maior funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

3.4.2. Identificação das necessidades e recolha de dados

A realização do estágio neste contexto de aprendizagem proporcionou o contacto com pessoas institucionalizadas com doença mental grave, tendo sido realizadas atividades diagnósticas de forma informal e oportunista, respeitando a disponibilidade dos clientes e o contexto institucional. Estas atividades permitiram a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes que estes clientes apresentavam, de acordo com o Quadro 8, elaborado pela autora.

Quadro 8 – Identificação dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda

Cliente	Diagnósticos de Enfermagem
Pessoa com Doença Mental Grave	• Pensamento comprometido • Abuso de álcool • Abuso de tabaco • Abuso de drogas • Delírio • Autogestão do regime terapêutico comprometida • Autoconceito comprometido • Autocuidado comprometido • Ansiedade • Humor depressivo

A identificação das necessidades de intervenção teve como base, não apenas as interações informais, mas também os dados recolhidos pelo psicólogo da instituição, responsável pela avaliação psicológica semestral destas pessoas, através do *Brief Symptom Inventory* (BSI).

A partir desta avaliação, foram selecionados os clientes com *scores* mais elevados na subescala da ansiedade, delineando-se, assim, o grupo-alvo da intervenção. O estudo de caso recaiu sobre um cliente, com PDI, cujo *score* na escala da ansiedade do BSI indicava ansiedade moderada. Apesar da sua condição clínica de base, este cliente apresentava capacidade de aprendizagem (exerceu uma atividade profissional durante 20 anos como carpinteiro e está a aprender a escrever), comportamento adequado e demonstrou interesse em

participar na atividade grupal, mas necessitava de reforço da aprendizagem em sessões individualizadas.

Foram realizadas as entrevistas clínicas semidiretivas e a caracterização sociodemográfica junto dos clientes com os *scores* superiores a 1 na subescala da ansiedade do BSI. O guião da entrevista foi construído pela autora, adaptado à população alvo da intervenção, conforme apresentado no Apêndice 13. Assim, durante as entrevistas, foram identificados sinais de ansiedade e inquietação, relacionados, maioritariamente, com o período natalício.

Embora a maioria expressasse sentimentos positivos relacionados com esta época festiva, emergiram relatos de experiências traumáticas, particularmente entre clientes com histórico de famílias disfuncionais, onde o abuso de álcool e episódios de violência verbal e física eram predominantes. Para além disto, verificou-se que muitos dos clientes não dispunham de rede de suporte familiar ou, quando existente, esta não se mostrava disponível para os acolher no Natal, gerando sentimentos de indiferença ou desvalorização em relação às festividades.

Durante as entrevistas, ainda se constatou que os clientes apresentavam dificuldade em reconhecer e expressar emoções primárias, um défice frequentemente associado à esquizofrenia. Após a entrevista, foi aplicado um questionário para avaliar os conhecimentos dos participantes na vertente da identificação, expressão e regulação das emoções, com o objetivo de identificar as áreas específicas em que apresentavam maiores lacunas, permitindo ajustar o conteúdo das sessões da intervenção, conforme apresentado no Apêndice 14.

3.4.3. Planeamento da intervenção de psicoeducação grupal

Após a recolha de dados e a identificação das necessidades dos clientes, foi delineada uma intervenção psicoeducativa. Para a constituição do grupo foram

estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão. Para a inclusão, consideraram-se os clientes com diagnóstico de enfermagem de “ansiedade” (com base nos indicadores NOC ou mediante verbalização da própria ansiedade), que demonstrassem volição, capacidade de aprendizagem e aceitassem participar na atividade proposta. Os critérios de exclusão incluíram a presença de défice cognitivo de grau moderado a severo, alterações significativas do comportamento e/ou manifestações de atividade delirante.

Os clientes selecionados foram convidados a participar numa sessão conduzida pela enfermeira tutora, com o objetivo de formar o grupo, definir as regras de participação e propor a intervenção psicoeducativa, os seus objetivos e a sua duração. Durante esta sessão, foi ainda introduzida uma prática de respiração consciente, acompanhada de visualização guiada e relaxamento muscular progressivo.

A intervenção de psicoeducação foi realizada em quatro sessões e foi concebida com o objetivo de promover o autocontrolo da ansiedade num grupo de pessoas institucionalizadas, com o diagnóstico de enfermagem de “ansiedade”. A intervenção procurou consciencializar os participantes, dos fatores desencadeadores da ansiedade e desenvolver estratégias de autocontrolo, contribuindo para uma maior autonomia e melhoria da expressão e regulação emocional. Estas sessões foram estruturadas tendo em conta a disponibilidade do grupo e no tempo de estágio preconizado para este contexto.

As principais estratégias da intervenção de psicoeducação envolveram o uso de recursos visuais, como o filme *Inside Out*, para apresentar as emoções primárias; atividades interativas, como mímicas utilizando *emojis*, para facilitar o reconhecimento emocional; a utilização de jogos simples para consolidar os conhecimentos; e a criação de um *kit* personalizado para auxiliar na gestão emocional.

Para melhor estruturar esta intervenção foi necessário realizar um enquadramento teórico, sucinto, sobre a importância da psicoeducação, na vertente da doença mental grave.

3.4.3.1. Base teórica da intervenção de psicoeducação na doença mental grave

A psicoeducação é uma abordagem psicoterapêutica que visa fornecer informações sobre SM, facilitar a compreensão da condição clínica e promover estratégias eficazes para a gestão de sintomas. No contexto da esquizofrenia residual, a aplicação desta intervenção assume particular relevância, dado que estas pessoas enfrentam desafios significativos associados a défices emocionais, sociais e cognitivos. Para indivíduos institucionalizados a longo prazo, o impacto cumulativo da doença, aliado ao isolamento social, reforça a necessidade de intervenções estruturadas como a psicoeducação, que têm como objetivo apoiar a recuperação funcional e emocional (Dixon *et al.*, 2000).

No caso da esquizofrenia, é frequente os indivíduos enfrentarem dificuldades em regular emoções, compreender os seus estados internos e interagir socialmente. Os estudos demonstram que a psicoeducação contribui para a redução de recaídas, aumentando a compreensão da doença e a adesão ao tratamento, o que, por sua vez, previne o reaparecimento de sintomas psicóticos (Chien *et al.*, 2013). Além disso, esta abordagem melhora a qualidade de vida ao ajudar os indivíduos a identificarem sinais precoces de *stress* emocional, permitindo-lhes adoptar estratégias saudáveis para gerir situações *stressoras* (Pitschel-Walz *et al.*, 2006).

A psicoeducação desempenha igualmente um papel crucial na aquisição e consolidação das competências sociais, promovendo a autoconsciência emocional, um aspeto essencial para melhorar as interações interpessoais, em contextos institucionais. Para indivíduos institucionalizados, a psicoeducação aborda necessidades específicas, como a redução do estigma internalizado, frequentemente responsável por sentimentos de vergonha e isolamento social (Corrigan *et al.*, 2012).

Os défices emocionais associados à esquizofrenia afetam a capacidade de identificar, expressar e regular emoções, tornando indispensável a inclusão de componentes emocionais nos programas psicoeducativos. Reconhecer

emoções básicas, como a alegria, a tristeza e o medo, contribui significativamente para uma melhor regulação afetiva (Lam *et al.*, 2020).

As intervenções baseadas em *mindfulness* têm demonstrado eficácia na redução da apatia e no aumento da atenção plena, gerando um impacto positivo sobre os sintomas negativos (Barakat *et al.*, 2024). As estratégias, como a respiração consciente e as práticas de relaxamento, ajudam a reduzir a ansiedade, relacionada com as interações sociais, em ambientes institucionais, promovendo uma maior adaptação.

3.4.4. Implementação da intervenção de psicoeducação

A execução da intervenção planeada foi efetuada em quatro sessões que, apesar de terem um planeamento prévio, foram sendo adaptadas de acordo com as necessidades do grupo. No Apêndice 15 é apresentado o plano de cada uma das sessões. As atividades planeadas para cada sessão tiveram por base a NIC e foram adaptadas aos conhecimentos e capacidade de aprendizagem dos participantes.

O grupo constituído contou com a participação de 5 clientes, com uma média de idades de 55 anos.

Na primeira sessão, o tema principal foi o reconhecimento das emoções básicas, um passo crucial para indivíduos com esquizofrenia residual que, frequentemente, enfrentam dificuldades na identificação e na expressão emocional. Estas limitações podem prejudicar as interações sociais e a capacidade de gerir situações emocionalmente intensas, tornando essencial uma abordagem introdutória e acessível. Durante a sessão, foram realizadas atividades dinâmicas, como a exibição de um excerto do filme *Inside Out*, que apresentou as emoções básicas de forma visual e pedagógica. Os participantes envolveram-se, também, em exercícios com *emojis* e mímicas, que fomentaram a interação entre o grupo. Estas atividades facilitaram a compreensão dos três

componentes das emoções — neurofisiológico, cognitivo e comportamental — e prepararam os participantes para explorar a ansiedade nas sessões seguintes. No final da sessão, foi guiada uma prática de respiração consciente com os clientes que se sentiram confortáveis em participar.

A segunda sessão foi dedicada à compreensão da ansiedade, abordando as suas manifestações físicas, cognitivas e emocionais, bem como os fatores desencadeantes, tanto internos como externos. A ansiedade foi apresentada como uma resposta natural ao *stress*, com destaque para os seus impactos prejudiciais quando persistente ou desproporcional. Foi realizada uma apresentação em PowerPoint, de forma a facilitar a compreensão dos conteúdos abordados.

A utilização de exemplos práticos permitiu que os participantes identificassem sinais de ansiedade no seu quotidiano e reconhecessem gatilhos. Adicionalmente, uma prática de *mindfulness* focada na respiração consciente ajudou os participantes a observar e aceitar as sensações físicas associadas à ansiedade, promovendo uma maior consciência emocional.

Na terceira sessão, o foco incidiu sobre o autocontrolo da ansiedade, com a introdução de estratégias práticas para lidar com esta emoção e fomentar o bem-estar geral. A sessão incluiu, ainda, uma reflexão sobre o impacto negativo da ansiedade, sublinhando os benefícios da regulação emocional, como maior autonomia, interações sociais mais eficazes e redução do risco de agravamento de sintomas psicóticos residuais. Os participantes foram incentivados a partilhar as suas experiências e a explorar formas de integrar estas estratégias no seu dia a dia. A prática de *mindfulness* contou com uma visualização guiada, o que foi do agrado de todos os participantes.

A quarta sessão centrou-se na criação de um *kit* personalizado de gestão emocional, concebido como uma ferramenta prática para consolidar as aprendizagens da intervenção de psicoeducação. Os participantes selecionaram itens significativos, como cartões com estratégias, bolas anti-*stress* e outros objetos, que simbolizavam recursos de regulação emocional. A prática de *mindfulness* foi novamente integrada para reforçar o foco no presente e

promover o relaxamento. Esta prática foi enriquecida com frases autocompassivas. Durante a sessão, discutiu-se a forma e em que situações o *kit* poderia ser utilizado no quotidiano, promovendo a aplicação prática e consistente das ferramentas adquiridas.

Ao longo das quatro sessões, a abordagem interativa e reflexiva criou um ambiente seguro para que os participantes explorassem as suas emoções e desenvolvessem competências essenciais para enfrentar os desafios emocionais associados à esquizofrenia residual.

A intervenção concluiu-se com uma avaliação informal, através da partilha de opiniões, sugestões de melhoria e vantagens deste tipo de intervenção. Foi ainda reforçada a importância de dar continuidade ao autocuidado emocional e à utilização das estratégias aprendidas.

O cliente do estudo de caso participou em todas estas sessões. Adicionalmente, foram sendo realizadas pequenas sessões de reforço da aprendizagem.

3.4.5. Resultados obtidos e avaliação da intervenção

Durante a realização da atividade de psicoeducação, foi feita, em todas as sessões, uma avaliação informal, com especial destaque para a aquisição de conhecimentos e a implementação de estratégias para a regulação da ansiedade. Paralelamente, avaliou-se a manifestação de sintomas de ansiedade, no dia a dia dos clientes e, sempre que necessário, foram reforçados, de forma individualizada, os conteúdos abordados. Nesta avaliação informal verificou-se que a adesão à respiração consciente e a participação na meditação *mindfulness* foi o dado mais significativo, tendo os clientes manifestado a vontade de manter este momento de relaxamento, de forma mais regular.

No final da intervenção, voltou-se a fazer a avaliação dos indicadores NOC escolhidos para avaliar a ansiedade e o autocontrolo da ansiedade. O quadro 9

apresenta os dados recolhidos antes e após a intervenção e foi elaborado pela autora. Estes dados foram recolhidos por observação.

Quadro 9 – Avaliação da efetividade da intervenção de psicoeducação

Indicador NOC Ansiedade/ Autocontrolo da Ansiedade	Participantes									
	1		2		3		4		5	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Apresenta inquietação	4	2	5	3	3	3	3	2	4	3
Demonstra comportamento calmo e controlado	3	4	2	4	3	4	3	4	2	3
Expressa emoções de forma adequada	3	3	2	4	2	3	3	4	2	3
Identifica fatores desencadeadores da ansiedade	1	4	1	3	1	4	1	4	1	3
Manifesta preocupação excessiva com o futuro	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3
Mantém padrão de sono adequado	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Monitoriza a intensidade da ansiedade	1	3	1	3	1	3	1	4	1	4
Monitoriza as manifestações comportamentais de ansiedade	1	3	1	3	1	3	1	4	1	3
Monitoriza as manifestações físicas de ansiedade	1	3	1	3	1	3	1	4	1	2
Participa em atividades que reduzem a ansiedade	2	3	2	3	3	4	4	4	2	2
Utiliza técnicas de relaxamento (respiração consciente)	1	4	1	3	1	4	1	4	1	3

Legenda: 1 – Nunca; 2 – Raramente; 3 – Algumas vezes; 4 – Frequentemente; 5 – Sempre

A avaliação permitiu verificar uma redução significativa da ansiedade, bem como uma utilização mais frequente de estratégias de autocontrolo, nomeadamente a respiração consciente, a caixa das emoções e o mapa de registo das situações desencadeadoras de ansiedade e do mapa emocional.

3.4.6. Outras atividades desenvolvidas

A formação em serviço representa uma estratégia fundamental para o desenvolvimento contínuo dos profissionais de saúde, particularmente no contexto da prestação de cuidados a pessoas com doença mental grave. Esta modalidade formativa não só permite a atualização de competências técnicas,

como também facilita a adaptação às exigências emocionais e psicológicas, inerentes ao cuidado de populações vulneráveis. De acordo com Eraut (2004), a aprendizagem no ambiente de trabalho é um processo dinâmico, que integra o conhecimento teórico com a experiência prática, e a partilha entre colegas, potenciando um crescimento profissional mais sólido e aplicado ao quotidiano.

O trabalho diário com clientes institucionalizados, que vivem com doença mental grave, coloca desafios exigentes aos enfermeiros, requerendo, para além do domínio técnico, estratégias eficazes de regulação emocional e autocuidado.

O contacto frequente com o sofrimento, associado a condições de trabalho frequentemente desafiantes, pode conduzir a elevados níveis de *stress* e fadiga emocional. Perante esta realidade, foi proposta à equipa de Enfermagem uma sessão de formação em serviço, focada no *mindfulness* e na autocompaixão, visando a consolidação de estratégias de regulação emocional, a gestão do *stress* e a prevenção do *burnout*. Como sublinha Eraut (2004), a aprendizagem no local de trabalho deve ser contextualizada e aplicável à prática diária, assegurando um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados.

A escolha do *mindfulness* como tema central desta formação baseia-se em evidências científicas, que destacam os seus benefícios no reforço da resiliência, na prevenção do *burnout* e na promoção da satisfação profissional (Sulosaari *et al.*, 2022). Simultaneamente, a abordagem centrada na autocompaixão sublinha a importância de um olhar mais gentil sobre si próprio, uma necessidade muitas vezes negligenciada em profissões altamente exigentes como a Enfermagem.

A relevância da formação contínua, em temas que envolvem o autocuidado e a regulação emocional, está amplamente sustentada pela literatura. Segundo Kang & Myung (2021), iniciativas que promovem o bem-estar dos profissionais de saúde têm um impacto direto na qualidade dos cuidados prestados. Além disso, a incorporação de práticas de *mindfulness* no contexto de trabalho não só melhora a SM dos enfermeiros, mas também fortalece as dinâmicas de equipa e a cultura organizacional (Pascoe *et al.*, 2017).

O autocuidado emocional surge como um pilar essencial na promoção da SM dos enfermeiros, reduzindo os níveis de *stress* e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (Sullivan *et al.*, 2021). A autocompaixão, em particular, destaca-se como uma estratégia que permite aos enfermeiros, gerir de forma mais saudável, os desafios emocionais da profissão. Os estudos recentes indicam que a sua prática está associada a menores níveis de *burnout*, maior resiliência emocional e maior satisfação profissional (Gomes *et al.*, 2021; Sulosaari *et al.*, 2022).

A sessão de formação foi cuidadosamente planeada para garantir um impacto significativo na equipa. A estruturação da atividade teve em conta metodologias dinâmicas e participativas, combinando exposição teórica, discussão em grupo e prática guiada de *mindfulness*, conforme apresentado no Apêndice 16. A duração total foi de uma hora, incluindo a apresentação dos conceitos fundamentais, através de um PowerPoint, e a realização de uma prática de *mindfulness* focada na auto-compaixão.

No final, os participantes foram convidados a preencher um questionário de avaliação/satisfação, cujos resultados foram compilados num relatório detalhado, disponível no Apêndice 17.

4. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DA AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS ENQUANTO FUTURA ENFERMEIRA ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

A prática do EEESMP exige um equilíbrio entre conhecimento teórico, experiência prática e competências interpessoais. McCance e McCormack (2016) sublinham que um profissional verdadeiramente qualificado é aquele que consegue integrar estes três pilares, assegurando cuidados holísticos, personalizados e humanizados.

No contexto da ESMP, as competências esperadas dos enfermeiros especialistas são definidas por diretrizes específicas, garantindo um padrão de qualidade e segurança na prestação de cuidados. Em Portugal, estas diretrizes estão formalmente estabelecidas no Regulamento n.º 515/2018, que discrimina as competências essenciais para o exercício desta especialidade. Para além destas, existem competências transversais a todos os enfermeiros especialistas, enunciadas no Regulamento n.º 140/2019, refletindo a importância da interdisciplinaridade e da adaptação contínua à complexidade dos cuidados de saúde mental.

A exploração aprofundada do conceito de *mindfulness* revelou-se uma etapa transformadora no meu percurso profissional, proporcionando-me uma compreensão mais sólida dos seus fundamentos científicos e da sua aplicabilidade na ESMP. Há cerca de quatro anos, integrei a prática do *mindfulness* na minha vida pessoal, como estratégia de regulação emocional, permitindo-me experienciar diretamente os seus benefícios. Este contacto contínuo despertou em mim um interesse em aprofundar o conceito, não apenas a nível pessoal, mas, sobretudo, no contexto profissional.

A revisão da literatura tornou evidente que o *mindfulness* pode e deve ser integrado na prática especializada como uma ferramenta terapêutica complementar, algo que pude experienciar ao longo do estágio. A sua

aplicabilidade nos contextos de estágio revelou-se valiosa na gestão do *stress*, na regulação emocional e na promoção do bem-estar dos clientes alvo dos cuidados de enfermagem. Mais do que uma técnica isolada, compreendi que se trata de uma abordagem integrativa, capaz de humanizar o cuidado prestado, fortalecer a relação terapêutica e melhorar os resultados clínicos. Este aprofundamento teórico e prático consolidou os meus conhecimentos e fortaleceu a minha visão crítica e reflexiva sobre a importância de práticas baseadas na evidência científica, reforçando a necessidade de desenvolver estratégias inovadoras para a qualificação do cuidado especializado em Enfermagem de SM.

4.1. Competências especializadas

O desenvolvimento das competências especializadas enquanto futura enfermeira especialista e mestre em ESMP aconteceu de forma integrada, numa sinergia entre teoria e prática. A articulação entre conhecimento técnico e experiência clínica foi essencial para garantir, não apenas a aquisição de novas competências, mas também a sua aplicação em contextos reais, tornando o processo de aprendizagem mais significativo e enriquecedor.

De seguida, será realizada uma análise reflexiva da aquisição das competências enquanto futura enfermeira especialista e mestre em ESMP, ao longo deste percurso, destacando a sua relevância para a prática clínica e os desafios inerentes ao seu desenvolvimento.

Para uma melhor compreensão das atividades que foram realizadas nos diferentes contextos de estágio e que contribuíram para a aquisição e consolidação das competências fundamentais ao exercício profissional especializado, foi elaborado o Quadro 10.

Quadro 10 – Síntese das atividades realizadas em cada contexto de estágio

Competência	Atividades Desenvolvidas	Contexto do Estágio		
		1	2	3
F1: Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	Utilização de diário reflexivo para registo de emoções e análise de transferência e contratransferência.			
	Prática regular de <i>mindfulness</i> para desenvolvimento pessoal e gestão do <i>stress</i> .			
	Reflexão crítica sobre o <i>feedback</i> recebido de pares e supervisores, aplicando melhorias contínuas na prática clínica.			
	Utilização da comunicação verbal e não verbal como ferramentas auxiliares da tomada de decisão.			
	Realização de autoavaliações e avaliações formais das competências profissionais, identificando áreas de dificuldade e oportunidades de melhoria.			
	Estabelecimento de relações terapêuticas baseadas na empatia, na escuta ativa e na confiança, criando um ambiente seguro para os clientes.			
F2: Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da SM.	Realização de consultas de enfermagem, com recolha de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada, utilizando instrumentos validados e a entrevista clínica.			
	Integração e interpretação dos dados recolhidos para identificar diagnósticos de enfermagem.			
	Avaliação dos recursos internos e externos na manutenção / recuperação da SM.			
	Avaliação do impacto da sobrecarga nos CF na qualidade de vida e no bem-estar destes, bem como na qualidade dos cuidados prestados e na dinâmica familiar.			
	Identificação das necessidades da pessoa com doença mental grave, integrando os dados comportamentais nas informações verbais recolhidas, utilizando a escuta ativa e a comunicação não verbal.			
	Realização de atividades com o objetivo de promover a SM e a redução de sobrecarga nos CF através de sessões educativas e práticas baseadas no <i>mindfulness</i> .			
	Sensibilização de cuidadores formais para o autocuidado emocional e primeiros socorros emocionais			
F3: Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a SM.	Identificação das necessidades do cliente, da família, do CF e do grupo, na vertente da SM.			
	Avaliação da sobrecarga do CF usando a entrevista semidiretiva e instrumentos de avaliação adequados.			
	Identificação de complicações decorrentes da doença mental em clientes com PNC e clientes com doença mental grave.			
	Estabelecimento de metas terapêuticas claras em conjunto com os clientes e as suas famílias.			
	Identificação e monitorização dos resultados clínicos para determinação da efetividade do plano de cuidados e dos ganhos em saúde.			
	Colaboração com a equipa multidisciplinar na implementação de intervenções terapêuticas.			
	Realização de três estudos de caso utilizando a plataforma E4Nursing, que apresenta a NursinOntos no seu <i>backend</i> .			
F4: Presta cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo do ciclo de vida.	Implementação de intervenções de estimulação cognitiva, terapia pela reminiscência e orientação para a realidade a um grupo de idosos com PNC.			
	Implementação de intervenções psicoeducativas estruturadas de forma individual e em grupo.			
	Utilização da prática do <i>mindfulness</i> e da autocompaixão como estratégia de autocuidado emocional.			
	Utilização da intervenção psicoterapêutica Relação de Ajuda Profissional no CF na redução da ansiedade e do humor depressivo e na consciencialização de fatores concorrentes para a ansiedade.			

Legenda: 1 – Contexto da comunidade; 2 – Contexto de respostas diferenciadas; 3 – Contexto de internamento de pessoas com descompensação aguda da doença

O papel do EESMP vai muito além do tratamento da doença mental. Ele assume um papel ativo na promoção do bem-estar psicológico, na prevenção de perturbações mentais e na reabilitação psicossocial, intervindo junto das pessoas, das famílias e das comunidades. Através de uma abordagem terapêutica, é possível compreender melhor as necessidades individuais e coletivas, o que contribui para conceção de cuidados mais eficazes e personalizados.

O conhecimento adquirido ao longo da formação académica culminou na consolidação de competências especializadas em contexto clínico, onde a aplicação prática permitiu transformar teoria em experiência real. Esta integração fortaleceu a minha capacidade de prestar cuidados holísticos e humanizados, gerando um impacto positivo não apenas nos clientes, mas também em todos os envolvidos no processo assistencial e formativo.

F1 – Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

O desenvolvimento do autoconhecimento e da consciência profissional revelou-se um dos aspetos mais desafiadores e transformadores do meu percurso formativo, sobretudo pelo facto de ser cuidadora informal do meu pai, que vive com demência. Esta experiência pessoal teve um impacto profundo na forma como vivenciei o estágio, exigindo um esforço consciente para gerir emoções ambivalentes, distinguir os papéis de filha e enfermeira e enfrentar os desafios inerentes à transferência e contratransferência.

Durante o estágio, a utilização do diário reflexivo foi uma ferramenta essencial para estruturar e compreender melhor as emoções que emergiam na interação com clientes e cuidadores, tanto formais como informais. De acordo com Schön (1983), a prática reflexiva permite aos enfermeiros identificar os padrões emocionais que influenciam as suas decisões clínicas e as relações interpessoais. A escrita reflexiva permitiu-me reconhecer de que forma a minha experiência, enquanto cuidadora influencia a forma como me relaciono com os clientes e os seus familiares.

O contacto com cuidadores familiares, que enfrentavam dificuldades semelhantes às minhas, despertou emoções intensas e, por vezes, contraditórias. Por um lado, sentia uma empatia genuína e um profundo desejo de apoiar estas pessoas de forma eficaz. Por outro, confrontava-me com sentimentos de vulnerabilidade, frustração e até culpa, ao reconhecer os desafios que também enfrentava na minha própria vivência.

A teoria da transferência e contratransferência de Freud (1912) explica como as experiências pessoais podem influenciar, de forma inconsciente, as interações terapêuticas. No meu caso, houve momentos em que me identifiquei profundamente com os cuidadores que acompanhava, levando-me a questionar se estaria a projetar as minhas próprias emoções no processo terapêutico, sentindo a necessidade de criar algum distanciamento emocional.

A prática de *mindfulness*, conforme descrita por Kabat-Zinn (2003), revelou-se uma ferramenta valiosa para a gestão destas emoções. A meditação e as técnicas de regulação emocional ajudaram-me a aceitar os sentimentos ambivalentes sem julgamento, permitindo-me manter a objetividade profissional sem ignorar a minha experiência pessoal enquanto cuidadora. Esta abordagem está em consonância com estudos como o de França *et al.* (2023), que demonstram que o *mindfulness* auxilia os profissionais de saúde a manter o equilíbrio emocional e a desenvolver maior resiliência perante situações emocionalmente exigentes.

A minha experiência profissional levou-me a desenvolver uma empatia mais profunda pelos cuidadores a quem prestei cuidados. Esta facilitou a construção de relações terapêuticas mais autênticas e humanizadas, compreendendo, de forma profunda e ampla, as dificuldades emocionais, físicas e sociais inerentes ao papel de cuidador.

Contudo, tornou-se fundamental estabelecer limites entre o meu papel profissional, pessoal e de aluna. A literatura sugere que um envolvimento emocional excessivo pode conduzir à exaustão emocional com impacto nos cuidados prestados (Figley, 2002). Assim, a reflexão crítica e o apoio dos

enfermeiros tutores foram determinantes para me ajudar a equilibrar a empatia profissional, com a necessidade de manter um distanciamento saudável.

A autoavaliação contínua, aliada ao *feedback* dos enfermeiros tutores e dos pares, permitiu-me ajustar a minha abordagem clínica, garantindo que a minha experiência profissional e pessoal enriquecesse a prática, sem comprometer a objetividade necessária no cuidado especializado. O uso da comunicação verbal e não verbal como ferramentas terapêuticas revelou-se essencial para assegurar que a minha intervenção fosse pautada pelo profissionalismo, sem ser excessivamente influenciada pelas minhas vivências

F2 – Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da Saúde Mental.

Durante o estágio, a aquisição da competência F2 envolveu desafios significativos, nomeadamente na complexidade das dinâmicas familiares, na interrelação entre SM e determinantes sociais e na implementação de intervenções psicoterapêuticas individuais e grupais. A avaliação das necessidades dos clientes exigiu uma abordagem estruturada e multidimensional, alicerçada em evidências científicas atualizadas. Para além da sintomatologia clínica, tornou-se essencial considerar os fatores sociais, ambientais e culturais que influenciam o bem-estar psicológico. Durante o percurso formativo utilizei instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa e adaptados aos clientes, o que permitiu obter dados mais fidedignos para a identificação dos diagnósticos de enfermagem. A utilização da entrevista clínica semidiretiva permitiu explorar a história de vida, os fatores de risco para a doença mental e os fatores protetores da SM.

A influência das relações sociais e das condições socioeconómicas na SM revelou-se evidente ao longo das avaliações realizadas. Os estudos indicam que a falta de suporte formal aos cuidadores contribui para o aumento da sobrecarga e para a deterioração da qualidade de vida dos cuidados e da dinâmica familiar. Esta realidade foi observada na prática, demonstrando os cuidadores, frequentemente, sintomas de ansiedade, humor depressivo e exaustão emocional.

A identificação de fatores predisponentes e protetores realçou a importância das intervenções precoces e preventivas. O isolamento social, a solidão e a dificuldade de acesso a serviços de saúde especializados emergiram como elementos concorrentes para a sobrecarga, enquanto o suporte social estruturado e a participação em atividades comunitárias se destacaram como fatores protetores. A inclusão de práticas de *mindfulness* revelou-se uma estratégia eficaz na regulação emocional e na melhoria da qualidade de vida dos cuidadores, corroborando assim os estudos que sublinham a relevância das intervenções psicossociais e das estratégias de autorregulação emocional na redução da sobrecarga.

Paralelamente, tornou-se evidente, durante as intervenções realizadas, a necessidade de reforçar a literacia em saúde mental através de estratégias educativas. Esta constatação está em sintonia com investigações que demonstram que o aumento do conhecimento sobre saúde mental nas comunidades melhora significativamente a capacidade de reconhecer sintomas e procurar apoio adequado (Marinho *et al.*, 2022). Além disso, a avaliação global da saúde mental e da funcionalidade dos clientes revelou que a perceção que cada pessoa tem acerca da sua própria condição influencia diretamente a decisão de procurar ajuda.

A análise das capacidades internas dos clientes, como a resiliência emocional, os mecanismos de *coping* e o suporte social, revelou que a sobrecarga pode comprometer a capacidade dos cuidadores de mobilizar os seus próprios recursos para lidar com desafios. Estudos demonstram que cuidadores de pessoas com PNC apresentam níveis elevados de ansiedade e depressão, um fenómeno que foi amplamente observado ao longo do estágio (Silva *et al.*, 2012). A implementação das sessões psicoeducativas e da RAP mostrou-se eficaz, promovendo uma melhoria significativa na gestão do *stress* e na perceção da importância do autocuidado. Estes resultados reforçam a relevância dessas abordagens na redução do *stress* e no aumento do bem-estar emocional.

A capacitação e o empoderamento de clientes com doença mental grave constituíram outro eixo central, promovendo a autonomia e a participação ativa

na comunidade. As abordagens centradas no empoderamento demonstraram reduzir a dependência institucional e melhorar a qualidade de vida, reforçando a importância da inclusão social. Simultaneamente, foram implementadas estratégias para a gestão do *stress* ocupacional em profissionais de saúde e cuidadores formais, visando a prevenção do *burnout* e da exaustão emocional, problemas recorrentes no contexto da enfermagem.

F3 – Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a Saúde Mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto

A consolidação das competências relacionadas com a avaliação, o diagnóstico, o planeamento e a implementação de cuidados em SM constituiu um dos aspetos mais enriquecedores da experiência de estágio, permitindo um aprofundamento da prática clínica e o desenvolvimento de estratégias fundamentadas em evidências.

A diversidade das atividades desenvolvidas ao longo do estágio possibilitou a consolidação destas competências, abrangendo a identificação das necessidades dos clientes e dos cuidadores e a implementação de processos de tomada de decisão estruturados e integrados. O percurso formativo nestes três contextos de estágio proporcionou uma compreensão mais abrangente dos desafios inerentes à avaliação, ao planeamento e à monitorização dos cuidados em SM (Franca *et al.*, 2023).

A identificação das problemáticas e necessidades específicas dos clientes exigiu uma abordagem estruturada, baseada na entrevista semidiretiva e na aplicação de instrumentos validados. A diferenciação entre alterações fisiológicas, perturbações psiquiátricas e doenças orgânicas revelou-se um dos desafios mais significativos da prática clínica. Foi essencial considerar os sinais e sintomas no contexto da história de vida, assegurando um diagnóstico mais preciso e orientado (Kim & Park, 2021).

A utilização de sistemas de taxonomia standardizados revelou-se fundamental para garantir coerência nos diagnósticos e facilitar a comunicação interprofissional dentro da equipa de SM (Manzini & Vale, 2020).

F4 – Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde

A competência F4 no âmbito da ESMP demonstra a relevância da coordenação, do desenvolvimento e da implementação de programas de psicoeducação, de promoção da adesão ao tratamento e de utilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas para a reabilitação psicossocial dos clientes. Durante o estágio, a aquisição destas competências possibilitou a implementação de intervenções eficazes, baseadas na evidência científica e centradas na pessoa.

A implementação de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas representou um dos desafios centrais do estágio. Foram aplicadas técnicas facilitadoras da recuperação da SM, da promoção da autonomia e da ressignificação da experiência da doença.

A psicoeducação desempenha um papel essencial na redução do estigma, na promoção da adesão ao tratamento e na melhoria da funcionalidade dos clientes, nomeadamente aqueles com doença mental grave. Durante o estágio, foram implementadas intervenções psicoeducativas estruturadas, individuais e em grupo, abrangendo sessões educativas sobre regulação emocional, gestão do stress e adoção de estratégias de autocontrolo da ansiedade.

A evidência científica documenta a importância destas intervenções, demonstrando que a psicoeducação melhora a qualidade de vida dos clientes e reduz a incidência de recaídas (Chien *et al.*, 2013; Thornicroft & Tansella, 2013).

A adoção de técnicas interativas e dinâmicas, como jogos didáticos e atividades de reconhecimento emocional, facilitou a aprendizagem, promovendo um ambiente mais colaborativo. A utilização de estratégias como o *mindfulness* e a autocompaixão demonstraram ser eficazes na redução da ansiedade e da

sobrecarga emocional, corroboradas por estudos que evidenciam os seus benefícios na regulação emocional e no bem-estar psicológico (Franca *et al.*, 2023).

A RAP revelou-se uma intervenção psicoterapêutica essencial na abordagem da ansiedade e do humor depressivo, particularmente na consciencialização da sobrecarga, por parte do cliente. Esta estratégia revelou-se fundamental para a identificação dos fatores que contribuem para a ansiedade e o humor depressivo, bem como para o reconhecimento das estratégias de regulação emocional.

A utilização de estratégias terapêuticas, como a exploração da história de vida e a prática do *mindfulness*, permitiu aos clientes identificar padrões disfuncionais e desenvolver estratégias adaptativas para gerir o *stress*. Esta abordagem está alinhada com as diretrizes de estudos que defendem o uso de técnicas narrativas e terapias baseadas na aceitação, para promover o *insight* e a mudança comportamental (Walter & Pinquart, 2019).

No contexto de respostas diferenciadas, foram realizadas intervenções de estimulação cognitiva, terapia pela reminiscência e orientação para a realidade, de forma colaborativa, em idosos com PNC. Os estudos indicam que estas intervenções reduzem a agitação e a apatia, promovendo melhorias na funcionalidade e no bem-estar emocional (Nobrega *et al.*, 2022).

O percurso de aprendizagem, em contexto clínico, realçou a necessidade de intervenções adaptadas às particularidades individuais, valorizando a escuta ativa, a empatia e a autonomia dos clientes. Este percurso confirmou que a ESMP desempenha um papel essencial na promoção da saúde mental, na recuperação e reinserção de pessoas com perturbação mental, promovendo um modelo de cuidados humanizado e inclusivo (Manzini & Vale, 2020).

4.2. Competências comuns do EE

A formação de um enfermeiro especialista assenta em quatro domínios essenciais que estruturam a sua prática profissional e asseguram um cuidado seguro, ético e eficaz. Estes domínios são a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Durante o estágio, estes princípios foram integralmente aplicados, garantindo uma prática alinhada com as diretrizes do Regulamento n.º 402/2009.

A experiência adquirida ao longo dos diferentes contextos de estágio demonstrou um forte compromisso com os princípios éticos e legais, fundamentais na prática especializada. No contexto comunitário e no contexto de respostas diferenciadas, a centralidade do cuidado ao cliente e à família revelou-se uma prioridade, promovendo abordagens que respeitaram a dignidade, a autonomia e a individualidade de cada pessoa.

A introdução do *mindfulness* como estratégia terapêutica emergiu como uma abordagem inovadora e profundamente humanizadora, permitindo uma intervenção empática e centrada na redução do impacto emocional e físico associado ao cuidado de pessoas com necessidades complexas. Ainda no âmbito das respostas diferenciadas, o trabalho desenvolvido com pessoas idosas que sofrem de patologias como a PNC e depressão veio reafirmar a importância de práticas éticas e sensíveis, orientadas para a dignidade e os direitos desta população vulnerável. No contexto da doença mental grave, aprofundei a minha consciência relativamente ao estigma que persiste sobre esta população e à necessidade de estratégias que promovam a inclusão e o respeito pelos seus direitos.

A ética na ESMP exige um compromisso inabalável com a autonomia, a dignidade e a privacidade dos clientes, sobretudo em situações de maior vulnerabilidade (Beauchamp & Childress, 2019). Durante o estágio, foram implementadas estratégias para fortalecer a tomada de decisão ética e garantir

o respeito pelos direitos humanos. Estas estratégias incluíram a supervisão da prática profissional por parte da enfermeira tutora e da equipa de enfermagem, assegurando a adesão aos princípios éticos e legais, a participação ativa na gestão de casos clínicos complexos, promovendo decisões partilhadas e garantindo a confidencialidade dos clientes, conforme o Código deontológico da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015). Adicionalmente, os contratos terapêuticos foram sempre negociados em conjunto com o cliente, respeitando as suas necessidades, prioridades e preferências. A literatura reforça que a inclusão do cliente no processo de decisão terapêutica melhora a adesão ao tratamento e reduz a resistência ao mesmo (Slade *et al.*, 2020). A utilização de instrumentos de avaliação foi devidamente autorizada pelos seus autores.

A qualidade dos cuidados em ESMP e a segurança do cliente constituem pilares fundamentais da enfermagem especializada (World Health Organization, 2021). Foram desenvolvidas atividades específicas para a gestão da qualidade e a prevenção de eventos adversos, incluindo a avaliação criteriosa do estado clínico do cliente e a implementação de intervenções sustentadas por evidência científica, sempre em conformidade com o guia de boas práticas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2023). Em todos os contextos, as ações realizadas foram orientadas para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

No contexto comunitário e de respostas diferenciadas, o foco esteve no planeamento e na implementação de intervenções dirigidas aos CF, promovendo a sua autonomia e o seu bem-estar emocional. Já no contexto de internamento de pessoas em fase de descompensação clínica aguda, as intervenções baseadas em psicoeducação mostraram-se eficazes na redução dos níveis de ansiedade, contribuindo para um ambiente terapêutico mais estável e centrado na pessoa.

A gestão dos cuidados na ESMP envolve a otimização de recursos, a liderança na equipa de saúde e a adaptação dos modelos assistenciais às necessidades dos clientes (Manley *et al.*, 2018). O desenvolvimento desta competência foi evidente ao longo do estágio. No contexto comunitário e de respostas diferenciadas, a gestão das intervenções dirigidas aos CF fortaleceu a

capacidade de planejar e implementar estratégias eficazes. No contexto de internamento, a gestão focou-se na estabilização do ambiente terapêutico, garantindo um suporte mais estruturado. Destaca-se, ainda, a realização de uma sessão formativa sobre o impacto do *mindfulness* na redução do *stress* em enfermeiros, uma iniciativa que sublinhou a importância do autocuidado emocional na equipa de enfermagem. Esta sensibilização fomentou a autocompaixão entre os profissionais, promovendo melhorias na qualidade do cuidado prestado e um ambiente de trabalho mais equilibrado.

A atualização constante e a incorporação de novas abordagens terapêuticas são essenciais para a prática da enfermagem baseada na evidência (Melnik *et al.*, 2022). Neste contexto, tive a oportunidade de participar na revisão de um artigo sobre o diagnóstico de enfermagem “Ansiedade” para a revista *Germinare*, o que permitiu consolidar conhecimentos teóricos e explorar abordagens especializadas nesta área, conforme apresentado no Apêndice 18. Paralelamente, a minha participação ativa em congressos e conferências, através da apresentação de pósteres e comunicações livres, reforçou o compromisso com a formação contínua, conforme demonstrado no Apêndice 19. As análises reflexivas, realizadas em conjunto com as enfermeiras tutoras e a equipa de enfermagem, foram cruciais para a consolidação das competências especializadas.

Este percurso formativo em diferentes contextos de estágio proporcionou o desenvolvimento de competências essenciais para a prática especializada em enfermagem, destacando-se a integração de princípios éticos, a excelência nos cuidados baseados na melhor evidência científica e o trabalho multidisciplinar.

A utilização de intervenções psicoterapêuticas, com o auxílio do *mindfulness*, a procura constante de novas aprendizagens e a capacidade de adaptação aos contextos clínicos, reforçaram a minha identidade profissional. Mais do que uma etapa de aprendizagem, esta experiência consolidou o meu compromisso com uma enfermagem centrada na dignidade e nas necessidades dos clientes, sustentada nos mais elevados padrões éticos e científicos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de competências especializadas em contexto clínico é essencial para garantir uma prática de enfermagem qualificada e adaptada às exigências dos cuidados de saúde atuais. No domínio da SM, a especialização em ESMP assume um papel central na promoção da saúde mental dos clientes, na prevenção de perturbações mentais e na implementação de intervenções terapêuticas eficazes.

A enfermagem especializada contribui não apenas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mas também para a humanização do acompanhamento terapêutico, assegurando uma abordagem holística e centrada na pessoa.

O presente relatório permitiu uma descrição e a análise crítica fundamentada do desenvolvimento profissional, destacando as aprendizagens adquiridas, a aplicabilidade das intervenções implementadas e o impacto destas na prática da ESMP. O percurso formativo, em contexto de estágio, consolidou a aquisição de competências especializadas, permitindo uma abordagem mais holística, humanizada e sustentada na melhor evidência científica, promovendo um cuidado de excelência.

A utilização de estratégias terapêuticas, como a psicoeducação, a relação de ajuda profissional e o *mindfulness*, revelou-se fundamental na promoção da regulação emocional dos clientes, proporcionando uma redução da ansiedade e a promoção do seu autocontrolo. Estas abordagens permitiram não apenas uma melhoria substancial na qualidade de vida dos clientes, mas também a valorização do papel do enfermeiro especialista e mestre enquanto agente facilitador do bem-estar emocional e promotor da autonomia.

As intervenções desenvolvidas contribuíram para a criação de um ambiente terapêutico estruturado, no qual cada pessoa é valorizada na sua singularidade e apoiada no seu percurso de recuperação. A relação de ajuda profissional demonstrou ser uma intervenção essencial no desenvolvimento de uma

comunicação terapêutica eficaz, permitindo um suporte emocional significativo e a criação de uma aliança terapêutica sólida, aspetos fundamentais para a adesão e o sucesso das intervenções.

A otimização dos recursos revelou-se determinante para a viabilidade e o sucesso das estratégias implementadas. A adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada cliente emergiu como um dos principais fatores facilitadores da adesão, assegurando um acompanhamento contínuo e ajustado à realidade de cada contexto.

A supervisão e a formação obtidas ao longo deste percurso foram essenciais para a consolidação do conhecimento teórico e prático, reforçando a capacidade de tomada de decisão clínica informada e sustentada na melhor evidência disponível. A reflexão sobre a prática demonstrou ser um instrumento valioso na identificação de boas práticas, desafios e oportunidades de melhoria, contribuindo para o crescimento profissional e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

De forma a assegurar a continuidade e a evolução das práticas desenvolvidas, recomenda-se o investimento na capacitação das equipas multidisciplinares, garantindo a implementação estruturada do *mindfulness* e da relação de ajuda profissional. Paralelamente, considera-se essencial fomentar a investigação nesta área, de forma a validar e a expandir a aplicabilidade destas abordagens a diferentes populações e contextos clínicos, consolidando-as como instrumentos terapêuticos fundamentais na prática especializada.

Em síntese, o estágio representou uma experiência enriquecedora e estruturante, permitindo o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, fundamentais para a ESMP. As aprendizagens adquiridas reforçam o compromisso com uma atuação profissional centrada no rigor científico, na humanização dos cuidados e na promoção da autonomia dos clientes. O percurso desenvolvido constitui, assim, um alicerce sólido para o futuro exercício profissional como enfermeira especialista e mestre em ESMP, assegurando uma intervenção qualificada, ética e adaptada aos desafios atuais da SM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review*, 23(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)

Adler-Neal, A. L., Waugh, C. E., & Garland, E. L. (2020). The role of heart rate variability in *mindfulness*-based pain relief. *The Journal of Pain*, 21(6), 717-727. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590019307734>

Alberts, H. J., Thewissen, R., & Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a *mindfulness*-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847–851. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.009>

Alexopoulos G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365 (9475), 1961–1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)

Alzheimer Europe (2019). *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe*. ISBN 978-99959-995-9-9.

Alzheimer Portugal. (sem data). *Prevalência da demência*. Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes com Alzheimer. <https://alzheimerportugal.org/prevalencia-da-demencia/>

Amaro, A. (2015). A holistic *mindfulness*. *Mindfulness*, 6(3), 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0382-3>

American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: APA Publishing.

Anālayo, B. (2019). The emphasis on the present moment in the cultivation of *mindfulness*. *Mindfulness*, 10(3), 571–581. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1074-1>

Baer, Ruth & Smith, Gregory & Hopkins, Jaclyn & Krietemeyer, Jennifer & Toney, Leslie. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of *Mindfulness*. *Assessment*. 13. 27-45. <https://10.1177/1073191105283504>

Baminiwatta, A.& Solangaarachchi, I. (2021). Trends and Developments in Mindfulness Research over 55 Years: A Bibliometric Analysis of Publications Indexed in Web of Science. *Mindfulness* 12, 2099–2116. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01681-x>

Barakat, M. M., Abo Zeid, E. N., & Ahmed, F. M. (2024). Effect of *mindfulness*-based psycho-education program on emotional regulation, stimulating hope, and recovery among patients with schizophrenia. *Egyptian Journal of Health Care*, 15(2).

Barker, P. (2019a). *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals*. Routledge.

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

Baxter, K., & Parker, G. (2016). *Improving care for people with dementia: development and initial feasibility study for evaluation of life story work in dementia care*. NIHR Journals Library.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8^a ed.). Oxford University Press.

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

Black, D. S., & Slavich, G. M. (2016). *Mindfulness* meditation and the immune system: A systematic review of randomized controlled trials. *Annals of*

the New York Academy of Sciences, 1373(1), 13-24.
<https://doi.org/10.1111/nyas.12998>

Black, D. S., O'Reilly, G. A., Olmstead, R., & Breen, E. C. (2015). Mindfulness meditation and improvement in sleep quality and daytime impairment among older adults with sleep disturbances: A randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 494-501.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8081>

Boscart, V.M., Sidani, S., Poss, J. et al. (2018). The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Serv Res*, 750. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3552-5>

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Press.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 71(5), 547–556.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>

Braga, R. J., Reynolds, G. P., & Siris, S. G. (2013). Anxiety comorbidity in schizophrenia. *Psychiatry research*, 210(1), 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.07.030>

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. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (5.^a ed.). Elsevier.

Burch, V. (2008). *Viva Bem com a Dor e a Doença: O Método da Atenção Plena*. Editor Summus

Burke, C. A. (2010). *Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133–144. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9282-x>

Calderone, A., Latella, D., Impellizzeri, F., de Pasquale, P., Famà, F., Quartarone, A., & Calabrò, R. S. (2024). Neurobiological Changes Induced by *Mindfulness and Meditation: A Systematic Review. Biomedicines*, 12(11), 2613. <https://doi.org/10.3390/biomedicines12112613>

Camino, M., Satorres, E., Delhom, I., Real, E., Abella, M., and Meléndez, J. C. (2022). *Mindfulness-based Cognitive Therapy to Improve Sleep Quality in Older Adults with Insomnia. Psychosocial Intervention*, 31(3), 159 - 167. <https://doi.org/10.5093/pi2022a12>

Carvalho, A. F. da C. F. D., Andrade, A. I., Rodrigues, L. S. A. F., & Albernaz, M. F. M. (2023). Sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais: o que nos dizem as evidências. *Servir*, 2(01e), 55. Obtido de <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31605>

Chalifour, J. M. (2009). *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção*. 2ª ed., Lusodidacta.

Chan, S. H. W., Lui, D., Chan, H., & Sum, K. (2022). Effects of *mindfulness-based intervention programs on sleep among people with common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. World Journal of Psychiatry*, 2022, 10(12), 123. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9048455/>

Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1463–1481. <https://doi.org/10.2147/NDT.S49263>

Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 357–373. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>

Chou, Y.-C., & Fu, L.-Y. (2017). Family caregivers' financial burden: The impact of emotional and physical caregiving strain. *Social Science Medicine*, 192, 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.028>

Coelho, J., Sampaio, F., Sequeira, C., Lleixà Fortuño, M., & Roldán Merino, J. (2021). The structure and contents of the helping relationship as a nursing psychotherapeutic intervention: A modified e-Delphi study. *Perspectives in psychiatric care*, 57(1), 148–156. <https://doi.org/10.1111/ppc.12536>

Coelho, Joana, Sampaio, Francisco, Teixeira, Sónia, Parola, Vítor, Sequeira, Carlos, Fortuño, Mar Lleixà, & Merino, Juan Roldán. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (23), 63-72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0274>

Cooney, A., & O'Shea, E. (2019). The impact of life story work on person-centred care for people with dementia living in long-stay care settings in Ireland. *Dementia (London, England)*, 18(7-8), 2731–2746. <https://doi.org/10.1177/1471301218756123>

Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2018). *Issues and ethics in the helping professions*. Cengage Learning.

Correll, C. U., Detraux, J., De Lepeleire, J., & De Hert, M. (2015). Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 119–136. <https://doi.org/10.1002/wps.20204>

Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of

outcome studies. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 63(10), 963–973.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

Crandall, A. A., Cheung, A., & Young, A. (2019). Theory-based predictors of *mindfulness* meditation mobile app usage: A survey and cohort study. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(3), e10794. <https://doi.org/10.2196/10794>

Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M., & Kuyken, W. (2017). What defines *mindfulness*-based programs? The warp and the weft. *Psychological medicine*, 47(6), 990–999.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716003317>

Creswell, J. D. (2017). *Mindfulness* Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68, 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., ... & Cole, S. W. (2016). *Mindfulness*-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 51, 103-109.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2015.07.001>

Cusens, B., Duggan, G. B., Thorne, K., & Burch, V. (2010). Evaluation of the breathworks *mindfulness*-based pain management programme: effects on well-being and multiple measures of *mindfulness*. *Clinical psychology & psychotherapy*, 17(1), 63–78. <https://doi.org/10.1002/cpp.653>

Daubenmier, J., Kristeller, J., Hecht, F. M., Maninger, N., Kuwata, M., Jhaveri, K., Lustig, R. H., Kemeny, M., Karan, L., & Epel, E. (2011). *Mindfulness* Intervention for Stress Eating to Reduce Cortisol and Abdominal Fat among Overweight and Obese Women: An Exploratory Randomized Controlled Study. *Journal of obesity*, 2011, 651936. <https://doi.org/10.1155/2011/651936>

Davidson, R. J., & Kabat-Zinn, J. (2015). Alterations in brain and immune function produced by *mindfulness* meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>

Davidson, R. J., & McEwen, B. S. (2012). Social influences on neuroplasticity: Stress and interventions to promote well-being. *Nature Neuroscience*, 15(5), 689–695. <https://doi.org/10.1038/nn.3093>

Day, M. A., Jensen, M. P., Ehde, D. M., & Thorn, B. E. (2014). Toward a theoretical model for *mindfulness*-based pain management. *The Journal of Pain*, 15(7), 691–703. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.03.003>

Desbordes, G., Negi, L. T., Pace, T. W., Wallace, B. A., Raison, C. L., & Schwartz, E. L. (2012). Effects of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non-meditative state. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 292. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2012.00292>

Direção-Geral da Saúde. (2021). Relatório sobre SM em Portugal. DGS. <https://saudemental.min-saude.pt/documentacao/>

Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 5–20. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033446>

Dreyfus, Georges (2011). Is *mindfulness* present-centred and non-judgmental? A discussion of the cognitive dimensions of *mindfulness*. *Contemporary Buddhism* 12 (1):41–54 <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564815>

Encinas-Monge, Celia, Sergio Hidalgo-Fuentes, Elena Cejalvo e Manuel Martí-Vilar. (2024). Interventions to Relieve the Burden on Informal Caregivers of Older People with Dementia: A Scoping Review. *Nursing Reports* 14, no. 3: 2535-2549. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030187>

Eraut, M. (2004). Informal learning in the workplace. *Studies in Continuing Education*, 26(2), 247–273. <https://doi.org/10.1080/158037042000225245>

Eurostat. (2023). *Population structure and ageing*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php>

Felver, J.C., Celis-de Hoyos, C.E., Tezanos, K. *et al.* A Systematic Review of Mindfulness-Based Interventions for Youth in School Settings. *Mindfulness* 7, 34–45 (2016). <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0389-4>

Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: a meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10(8), 1455–1473. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01134-6>

Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

Finlay-Jones, A. L., Rees, C. S., & Kane, R. T. (2015). Self-Compassion, Emotion Regulation and Stress among Australian Psychologists: Testing an Emotion Regulation Model of Self-Compassion Using Structural Equation Modeling. *PloS one*, 10(7), e0133481. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133481>

FitzGerald, C., & Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>

Fletcher, L., & Hayes, SC (2005). Teoria da estrutura relacional, terapia de aceitação e compromisso, e uma definição analítica funcional de atenção plena. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23 (4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 59(1), 10–17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>

Forchuk, C., & Reynolds, W. (2001). Clients' reflections on relationships with nurses: Comparisons from Canada and Scotland. *Journal of Psychiatric and*

Mental HealthNursing, 8(1), 45–52. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00344.x>

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for Anxiety and Depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772–799. <https://doi.org/10.1177/0145445507302202>

Foster, J. E., Reiter, S., & Maré, P. M. (2017). Institutional care and its psychological impact: A systematic review. *Journal of Mental Health*, 26(2), 123–134. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1305803>

França, D. C., Festa, A. J., Santos, P. M., Peixoto, M. J., & Araújo, M. F. (2022). A concepção de cuidados de enfermagem dirigida ao stress prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21106. <https://doi.org/10.12707/RV21106>

França, D., Peixoto, M.J., Araújo, F. (2020). Intervenções eficazes na prevenção ou redução da sobrecarga do familiar cuidador: revisão sistemática da literatura. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*; 43(1): 69-8

Galante, J., Stochl, J., Dufour, G., Vainre, M., Wagner, A. P., & Jones, P. B. (2021). Effectiveness of providing university students with a *mindfulness*-based intervention to increase resilience to stress: 1-year follow-up of a pragmatic randomised controlled trial. *Journal of epidemiology and community health*, 75(2), 151–160. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214390>

Garland, E. L., Hanley, A. W., Nakamura, Y., Barrett, J. W., Baker, A. K., Reese, S. E., Riquino, M. R., Froeliger, B., & Donaldson, G. W. (2022). *Mindfulness*-Oriented Recovery Enhancement vs Supportive Group Therapy for Co-occurring Opioid Misuse and Chronic Pain in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 182(4), 407–417. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.0033>

Garland, E. L., Hanley, A. W., Riquino, M. R., Reese, S. E., Baker, A. K., Salas, K., Yack, B. P., Bedford, C. E., Bryan, M. A., Atchley, R., Nakamura, Y., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2019). *Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces opioid misuse risk via analgesic and positive psychological mechanisms: A randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology, 87*(10), 927–940. <https://doi.org/10.1037/ccp0000390>

Garland, S. N., Zhou, E. S., Gonzalez, B. D., & Rodriguez, N. (2016). The Quest for Mindful Sleep: A Critical Synthesis of the Impact of Mindfulness-Based Interventions for Insomnia. *Current sleep medicine reports, 2*(3), 142–151. <https://doi.org/10.1007/s40675-016-0050-3>

Germer, C. & Neff, K. D. (2019). Mindful Self-Compassion (MSC). In I. Itzhan (Ed.) *The handbook of mindfulness-based programs: Every established intervention, from medicine to education* (pp. 357-367). London: Routledge.

Gethin, R. (2011). On some definitions of *mindfulness*. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 263-279. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564843>

Gherardi-Donato ECS, Moraes VS, Esper LH *et al.* *Mindfulness Measurement Instruments: A Systematic Review. Int J Psychiatr Res.* 2020; 3(4): 1-12. <http://dx.doi.org/10.33425/2641-4317.1066>

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>

Gomes, Maria José; Ramos, Olga Moura & Galvão, Ana Maria (2021). Satisfação laboral, bem-estar e *mindfulness*. In *Advances in Clinical Psychology: livro de resumos*. p. 178-178 <http://hdl.handle.net/10198/24195>

Gonçalves-Pereira, M., & Marques, MJ. (2022). *Programas de intervenção psicossocial validados na demência*. Formação disponível em Portugal com interesse potencial para equipas. Coordenação Nacional das Políticas de SM

(Coordenador: Miguel Xavier), Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., Ministério da Saúde. <https://doi.org/10.34619/oir0-2pba>

Gong, H., Ni, C. X., Liu, Y. Z., Zhang, Y., Su, W. J., Lian, Y. J., & Li, L. J. (2016). *Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Psychosomatic Research*, 89, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.07.016>

Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., & Smits, M. (2016). 8-week *mindfulness-based stress reduction* induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice: A systematic review. *Brain and Cognition*, 105, 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.01.001>

Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, et al. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2014;174(3):357–368. <https://doi:10.1001/jamainternmed.2013.13018>

Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). *Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of addiction medicine*, 11(5), 386–396. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000338>

Gridley, K., Brooks, J., Birks, Y. McKeown, J., Ryan, T., Ingleton, C., & Clarke, A. (2015). 'You have to be mindful of whose story it is': the challenges of undertaking life story work with people with dementia and their family carers. *Dementia (London, England)*, 14(2), 238–256. <https://doi.org/10.1177/1471301213495864>

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). *Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35–43. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00573-7](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7)

Guerreiro, C., Gemito, M., Caldeira, E., Coelho, A., & Moita, E. (2022). Sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos

dependentes. *Revista Ibero-Americana de Saúde e envelhecimento*, 8(2), 225-239. [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8\(2\).560.225-239](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2022.8(2).560.225-239)

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 180–198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does *Mindfulness* Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>

Huberty, J. L., Green, J., Puzia, M. E., Larkey, L., Laird, B., & Li, Y. (2021). Testing a *mindfulness* meditation mobile app for the treatment of sleep-related symptoms in adults with sleep disturbance: A randomized controlled trial. *PLOS ONE*, 16(1), e0244717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244717>

Hui, C. L. M., Wong, C. C. L., Lui, E. C. Y., Chiu, T. C., Tao, T. J., Chan, E. W. T., ... & Chen, E. Y. H. (2024). Effects of *mindfulness*-based intervention in preventing relapse in patients with remitted psychosis: A randomized controlled trial. *Schizophrenia*, 10(120). <https://doi.org/10.1038/s41537-024-00539-0>

Instituto Nacional de Estatística (2023). *Estatísticas Demográficas: 2023*. INE. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>

Ivaki, P., Schulz, S., Jeitler, M., & Kessler, C. S. (2021). Effects of yoga and *mindfulness* practices on the autonomous nervous system in primary school children: A non-randomised controlled study. *Complementary Therapies in*

Medicine.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229921001126>

Jennings, P. A. (2015). Early childhood teachers' well-being, *mindfulness*, and self-compassion in relation to classroom quality and attitudes towards challenging students. *Mindfulness*, 6(2), 253-263.
<https://doi.org/10.1007/s12671-014-0312-4>

Jhang, K. M., Liao, G. C., Wang, W. F., Tung, Y. C., Yen, S. W., & Wu, H. H. (2024). Caregivers' Burden on Patients with Dementia Having Multiple Chronic Diseases. *Risk management and healthcare policy*, 17, 1151–1163.
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S454796>

Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., & Maas, M. (2004). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. Elsevier Health Sciences.

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

Kabat-Zinn, J. (2009). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hachette Books.

Kalaria, R. N., Akinyemi, R., & Ihara, M. (2016). Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochimica et biophysica acta*, 1862(5), 915–925. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2016.01.015>

Kang, M., & Myung, S. (2022). Effects of Mindfulness-Based Interventions on Mental Health in Nurses: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(1), 51-59.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1949765>

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). *Mindfulness*-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of*

psychosomatic research, 78(6), 519–528.
<https://doi.org/10.1016/j.ipsychores.2015.03.009>

Kim, Y. K., & Park, S. C. (2021). An alternative approach to future diagnostic standards for major depressive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *Elsevier* (105).
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110133>

Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357–363. <https://doi.org/10.1177/135910539900400305>

Kristeller, J. L., Wolever, R. Q., & Sheets, V. (2013). *Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial*. *Mindfulness*, 5, 282–297 <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0179-1>

Krygier, J. R., Heathers, J. A., Shahrestani, S., Abbott, M., Gross, J. J., & Kemp, A. H. (2013). *Mindfulness meditation, well-being, and heart rate variability: a preliminary investigation into the impact of intensive Vipassana meditation*. *International journal of psychophysiology: official journal of the International Organization of Psychophysiology*, 89(3), 305–313.
<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2013.06.017>

Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalglish, T. (2016). Efficacy of *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565–574.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>

Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O. C., Vicary, R., Motton, N., Burnett, R., Cullen, C., Hennesly, S., & Huppert, F. (2013). Effectiveness of the *Mindfulness in Schools Programme*: non-randomised controlled feasibility

study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 203(2), 126–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.126649>

Lam, A. H. Y., Leung, S. F., Lin, J. J., & Chien, W. T. (2020). The Effectiveness of a *Mindfulness*-Based Psychoeducation Programme for Emotional Regulation in Individuals with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Pilot Randomised Controlled Trial. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 729–747. <https://doi.org/10.2147/NDT.S231877>

Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. Addison-Wesley.

Langer, Ellen & Moldoveanu, Mihnea. (2000). The Construct of *Mindfulness*. *Journal of Social Issues*. 56. 1 - 9. <http://10.1111/0022-4537.00148>

Lappalainen, P., Pakkala, I., Strömmer, J., Sairanen, E., Kaipainen, K., & Lappalainen, R. (2021). Supporting parents of children with chronic conditions: A randomized controlled trial of web-based and self-help ACT interventions. *Internet interventions*, 24, 100382. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100382>

Laurie, J., & Blandford, A. (2016). Making time for *mindfulness*. *International Journal of Medical Informatics*, 97, 282-290. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.01.010>

Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., Doré, P., & Wetherell, J. L. (2014). *Mindfulness*-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(10), 991–1000. <https://doi.org/10.1002/gps.4086>

Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R. R., Geddes, J. R., Kissling, W., Stapf, M. P., Lässig, B., Salanti, G., & Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 382(9896), 951–962. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60733-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60733-3)

Lin, J., Scott, W., Carpenter, L. *et al.* (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: protocol of a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Syst Rev* **8**, 140 <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1044-2>

Lin, Y., Tang, R., & Braver, T. S. (2022). Investigating *mindfulness* influences on cognitive function: On the promise and potential of converging research strategies. *Psychonomic bulletin & review*, 29(4), 1198–1222. <https://doi.org/10.3758/s13423-021-02008-6>

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>

Liu, Q., Wang, F., Tan, L., *et al.* (2024). Art therapies and cognitive function in elderly with subjective cognitive decline: a protocol for a network meta-analysis. *BMJ Open*;14: e079146. <http://10.1136/bmjopen-2023-079146>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* (London, England), 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, 91(9), 617–624. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/0501/p617.html>

Lopes, H. (2024). Viver com Demência: Um Olhar sobre a Vida dos Cuidadores Informais de Pessoas com Demência em Portugal. *Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa. NOVA Information Management School (NOVA IMS)*. <https://doi.org/10.34619/xpzp-i1io>

Lopes, M. J. (2018). *Relação de Ajuda em Enfermagem: Prática Reflexiva*. Lidel.

Malinowski, P. (2008). *Mindfulness as psychological dimension: Concepts and applications*. *The Irish Journal of Psychology*, 29(1-2), 155-166. <https://doi.org/10.1080/03033910.2008.10446281>

Manley, K., Jackson, C., McKenzie, C., & Martin, A. (2018). Transformational strategies and leadership practices for nursing workforce engagement in health care systems: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 26(3), 291-319. <https://doi.org/10.1111/jonm.12599>

Manzini, C. S. S., & do Vale, F. A. C. (2020). Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. *Dementia & neuropsychologia*, 14(1), 56–61. <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010009>

Marinho, Áurea, & Silva, Paulo (2024). Care Practices Produced by Primary Care Nurses in the Territory: A Study in Boa Vista, Roraima. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 13(1), e3799. <https://doi.org/10.22235/ech.v13i1.3799>

Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). *Mindfulness and meditation*. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10327-004>

Martínez-Santos, A. E., Vicho de la Fuente, N., Facal, D., Vilanova-Trillo, L., Gandoy-Crego, M., & Rodríguez-González, R. (2021). Care tasks and impact of caring in primary family caregivers: A cross-sectional study from a nursing perspective. *Applied nursing research: ANR*, 62, 151505. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151505>

Martins, T., PaisRibeiro, J. L., & Garrett, C. (2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doenças*, IV (1), 131-148. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36240109.pdf>

McCance, T., McCormack, B., Slater, P., & McConnell, D. (2021). Examining the theoretical relationships between constructs in the person-centred practice framework: a structural equation model. *Int J Environ Res Public Health*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-22586/v1>

McCormack, B. & McCance, T. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice*. Wiley Blackwell.

McCormack, B. (2019). My Vision for Person-centred Nursing. *Projetar Enfermagem – Revista Científica de Enfermagem*, 2, 6 – 12.

Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., & Fineout-Overholt, E. (2022). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice (5^a ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.

Melo, R., Silva, M., Parreira, P. & Ferreira, M. (2011). Competências Relacionais de Ajuda nos enfermeiros: validação de um instrumento de medida [Helping relationship skills in nurses: the validation of a measurement instrument]. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, 45(6), 1387–1395. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000600016>

Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 52 Suppl, S9–S12. [http//https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/](http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/)

Mitikhin, V., & Kuzminova, M. (2023). Clinico-psychopathological characteristics of patients with residual states in long-term schizophrenia. *European Psychiatry*, 66(Suppl 1), S1092. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2319>

Mohr, E., Matthew, S., Narisetti, L., Duff, C., & Schoenberg, P. (2025). Cognitive mechanisms of mindfulness-based pain management in chronic pain. *Social Sciences & Humanities Open Social Sciences & Humanities Open* (11), 101261, <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2024.101261>.

Moniz-Lewis, David & Stein, Elena & Bowen, Sarah & Witkiewitz, Katie. (2022). Self-Efficacy as a Potential Mechanism of Behavior Change in Mindfulness-Based Relapse Prevention. *Mindfulness*. 13. <https://10.1007/s12671-022-01946-z>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of health outcomes* (6th ed.). Elsevier.

Nakao, M. (2019). Heart rate variability and perceived stress as measurements of relaxation response. *Journal of Clinical Medicine*, 8(10), 1704. <https://www.mdpi.com/2077-0383/8/10/1704>

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th ed.). Pearson.

Nicol, A. A. M., & De France, K. (2018). Mindfulness: Relations with prejudice, social dominance orientation, and right-wing authoritarianism. *Mindfulness*, 9(1), 285-293. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0938-8>

Nóbrega, M., Freitas, C., Jesus, B. de, Santos, J., & Silva, M. (2022). Programas de estimulação cognitiva para idosos com ou sem síndromes demenciais supervisionados ou aplicados por enfermeiros: Revisão integrativa. *Cogitare Enferm*, 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.78943>

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>

Nunes, M. do C., Lopes, M. B., Manata, J., Santos, D., Limão, R., & Santos, E. (2024). Requisites for assuming the role of caregiver: nurses'

perceptions. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, (14e), e32918. <https://doi.org/10.29352/mill0214e.32918>

Oberle, C. D., Harrison, E., & Lawless, J. L. (2022). *Mindfulness-based interventions and cardiovascular health: A review of recent literature. Mindfulness*, 13(2), 167-178. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01618-4>

Ong, J. C., & Smith, C. E. (2017). Using *Mindfulness* for the Treatment of Insomnia. *Current sleep medicine reports*, 3(2), 57–65. <https://doi.org/10.1007/s40675-017-0068-1>

Ong, J. C., Manber, R., Segal, Z., Xia, Y., Shapiro, S., & Wyatt, J. K. (2014). A randomized controlled trial of *mindfulness* meditation for chronic insomnia. *Sleep*, 37(9), 1553-1563. <https://doi.org/10.5665/sleep.4008>

Ordem dos Enfermeiros (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.o 356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República*, 2.a série - N o 122.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*

Ownby, R. L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V., & Loewenstein, D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 530–538. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.530>

Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Jenkins, Z. M., & Ski, C. F. (2017). *Mindfulness* mediates the physiological markers of stress: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 156-178. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.004>

Pérez-Fernández, J.I., Salaberria, K. & Ruiz de Ocenda, Á. Mindfulness-Based Pain Management (MBPM) for Chronic Pain: a Randomized Clinical

Trial. (2022). *Mindfulness* (13), 3153–3165 <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02023-1>

Perini, F., Wong, K. F., Lin, J., Hassirim, Z., Ong, J. L., Lo, J., ... Lim, J. (2023). Mindfulness-based therapy for insomnia for older adults with sleep difficulties: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 53(3), 1038–1048. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002476>

Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S. D., Ganguli, M., Gloss, D., Gronseth, G. S., Marson, D., Pringsheim, T., Day, G. S., Sager, M., Stevens, J., & Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 90(3), 126–135. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826>

Phaneuf, M. (2010). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lusodidacta

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>

Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(3), 443–452. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0316>

Pleger, M.; Treppner, K.; Diefenbacher, A.; Schade, C.; Dambacher, C. & Fydrich, T. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*, (32) 4. 166-173, <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.03.003>.

Prazak, M., Critelli, J., Martin, L., Miranda, V., & Purdum, M. (2012). Mindfulness and its role in physical and psychological health. *International*

Journal of Health and Well-Being, 10(3), 23-45. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2011.01063.x>

Pretzer, J. & Beck, J. S. (2004). Cognitive Therapy of Personality Disorders: Twenty Years of Progress. In R. Leahy (Ed.) *New advances in cognitive therapy*. New York: Guilford. (1) (PDF) *Cognitive therapy of personality disorders: Twenty years of progress*. Available from: https://www.researchgate.net/publication/282414849_Cognitive_therapy_of_personality_disorders_Twenty_years_of_progress [accessed Jan 19 2025].

Rathore, M., Verma, M., & Nirwan, M. (2022). Functional Connectivity of Prefrontal Cortex in Various Meditation Techniques. *International Journal of Yoga*, 15(3), 23–33. https://doi.org/10.4103/ijoy.ijoy_73_22

Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748. <https://10.1080/13607863.2011.562177>

Rogers, Carl (2004). *Terapia Centrada no Cliente*, trad. Moraes Editores.

Rusch, Heather & Rosario, Michael & Levinson, Lisa & Olivera, Anlys & Livingston, Whitney & Wu, Tianxia & Gill, Jessica. (2018). The effect of *mindfulness* meditation on sleep quality: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of the New York Academy of Sciences*. (1) 1445. <https://doi.org/10.1111/nyas.13996>

Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2017). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), e141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>

Sampaio F, Sousa L, Neves P, Costa R, Pimenta S, Sequeira C. (2018). CASI, CADI e CAMI: Aferição das propriedades psicométricas das versões reduzidas na população portuguesa. *Conference NursID Week. Semana de*

Investigação em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto 9 a 13 de julho 2018, Porto, Portugal.

Sampaio, F., & Silva, M. (2020). A importância do autocuidado para cuidadores informais. *Revista de Cuidados de Saúde*, 15(3), 25-34

Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 28(1), 7–14. <https://doi.org/10.1177/1533317512466693>

Santos, EJ, Lopes, MB, Manata, J., Santos, D., Limão, R., & Nunes, MC (2024). Perceção do prestador de cuidados sobre os requisitos para a assunção do seu papel: Estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), e31501. <https://doi.org/10.12707/RVI23.74.31501>

Schmidtman, E. A., Hurley, R. A., & Taber, K. H. (2017). Secular Mindfulness-Based Interventions: Efficacy and Neurobiology. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 29(2), A6–A83. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.17020034>

Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books.

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American journal of nursing*, 108(9 Suppl), 23–27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The journal of nursing scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sears, S., & Kraus, S. (2009). I think therefore I am: Cognitive distortions and coping style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 561–573. <https://doi.org/10.1002/jclp.20543>

Segal, Z. V., & Ferguson, A. M. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy: Treatment development from a common cognitive therapy core*. In R. L. Leahy (Ed.), *Science and practice in cognitive therapy: Foundations, mechanisms, and applications* (pp. 159–174). The Guilford Press.

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

Sequeira, C. (2012). A sobrecarga do cuidador: um desafio na SM. In. *Cuidar em SM: Desafios e Intervenções* (pp. 105-123). Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (1ª Edição). Lidel- Edições Técnicas, Lda.

Sequeira, Carlos (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. 2ª Ed. Lidel

Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The Art and Science of Mindfulness: Integrating Mindfulness into Psychology and the Helping Professions*. American Psychological Association.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of *mindfulness*. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>

Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2016). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601–2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>

Shulman, E. (2010). Mindful Wisdom: The Sati-paṭṭhāna-sutta on *Mindfulness*, Memory, and Liberation. *History of Religions*, 49(4), 393-409

Silva, M., Sá, L., & Sousa, L. (2018). Eficácia dos programas psicoeducacionais na sobrecarga nos familiares cuidadores de pessoas com

demência: Revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de SM* (19), 54-60. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0202>

Simione, L., & Saldarini, F. (2023). A critical review of the monitor and acceptance theory of *mindfulness*. *Mindfulness*, 14(6), 1317–1328. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02129-0>

Simões, R., e Rodrigues, M. (2010). Helping relationship in end-of-life patient's nursing care context. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(3), 485-489. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>

Slade, M., Amering, M., & Oades, L. G. (2020). Recovery: An international perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(1), 33-37. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00001624>

Solarikova, P., Blahunkova, S., & Rajcani, J. (2021). The effect of HRV biofeedback, yoga and *mindfulness* training on autonomic nervous system, perceived stress, and dispositional *mindfulness*. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 63(2), 53-64. <http://www.rediviva.sav.sk/63i2/53.pdf>

Strauss C, Bibby-Jones A, Jones F, et al. (2023). Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Supported *Mindfulness*-Based Cognitive Therapy Self-help Compared With Supported Cognitive Behavioral Therapy Self-help for Adults Experiencing Depression: The Low-Intensity Guided Help Through *Mindfulness* (LIGHTMind) Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. ;80(5):415–424. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.0222>

Sullivan, B. N., Boyle, N. B., & Ray, L. A. (2021). *Mindfulness*-based interventions improve heart rate variability and autonomic regulation in hypertensive patients. *Journal of Clinical Hypertension*, 23(9), 173-183. <https://doi.org/10.1111/jch.143524>.

Sullivan, V., Hughes, V., & Wilson, D. R. (2022). Nursing Burnout and Its Impact on Health. *The Nursing clinics of North America*, 57(1), 153–169. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2021.11.011>

Sulosaari, V., Unal, E., & Cinar, F. I. (2022). The effectiveness of mindfulness-based interventions on the psychological well-being of nurses: A systematic review. *Applied Nursing Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151565>.

Sun, S., Hu, C., Pan, J., Liu, C., & Huang, M. (2019). Trait *mindfulness* is associated with the self-similarity of heart rate variability. *Frontiers in Psychology*, 10, 314. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00314/full>

Temmingh, H., & Stein, D. J. (2015). Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS drugs*, 29(10), 819–832. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0282-7>

Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological medicine*, 43(4), 849–863. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001420>

Tseng, H. W., Chou, F. H., Chen, C. H., & Chang, Y. P. (2023). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Major Depressive Disorder with Multiple Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1555. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021555>

Tung, Y. H., & Hsieh, J. C. (2019). The impacts of *mindfulness* on heart rate variability: A brief review. *International Journal of Pharma, Medicine and Biological Sciences*. <https://www.ijpmbs.com/uploadfile/2019/0927/20190927053000884.pdf>

Vallim, J. R. da S., Lima, G. S. A., Pires, G. N., & Tufik, S. (2023). An Overview of the Methods Used to Measure the Impact of *Mindfulness*-Based Interventions in Sleep-Related Outcomes. *Sleep Science*, 16(1), 2-10. <https://doi.org/10.1055/s-0043-1773789>

Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A., Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the Hype: A Critical Evaluation and Prescriptive Agenda for Research on

Mindfulness and Meditation. Perspectives on Psychological Science, 13(1), 36-61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>

Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2016). *Mindfulness and mental health: A comprehensive review of the literature. Health Psychology Review*, 10(3), 257-276.

Vandenberghe, L., & Assunção, A. B. (2009). Conceções de *mindfulness* em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência ocidental com a espiritualidade oriental. *Contextos Clínicos*, 2, 124-135.

Viegas, L., & Rodrigues, F. (2022). Intervenção de enfermagem centrada no cuidador familiar em sobrecarga. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 97-111. <http://10.37689/actaape/2022AO010566>

Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946–972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>

Walter, E., & Pinquart, M. (2020). How Effective Are Dementia Caregiver Interventions? An Updated Comprehensive Meta-Analysis. *The Gerontologist*, 60(8), 609–619. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz118>

Whitebird, R. R., Kreitzer, M., Crain, A. L., Lewis, B. A., Hanson, L. R., & Enstad, C. J. (2013). *Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. The Gerontologist*, 53(4), 676–686. <https://doi.org/10.1093/geront/gns126>

Witkiewitz, Katie & Bowen, Sarah & Harrop, Erin & Carroll, Haley & Enkema, Matthew & Sedgwick, Carly. (2014). *Mindfulness-Based Treatment to Prevent Addictive Behavior Relapse: Theoretical Models and Hypothesized Mechanisms of Change. Substance use & misuse*. 49. 513-24. <https://10.3109/10826084.2014.891845>.

World Health Organization (2021). *Global status report on the public health response to dementia*. ISBN 978-92-4-003324-5

World Health Organization (WHO). (2021). International Classification of Diseases (11th Revision). Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). (2024). Integrated people-centred care. <https://www.who.int>

World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020* <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

Yanagida, N., Yamaguchi, T., & Matsunari, Y. (2024). Evaluating the Impact of Reminiscence Therapy on Cognitive and Emotional Outcomes in Dementia Patients. *Journal of personalized medicine*, 14(6), 629. <https://doi.org/10.3390/jpm14060629>

Yao, H., Li, K., Li, C., Hu, S., Huang, Z., Chen, J., & Xu, Y. (2024). Caregiving burden, depression, and anxiety in informal caregivers of people with mental illness in China: a cross-sectional survey. *BMC psychiatry*, 24(1), 824. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06239-4>

Ye L, Li Y, Deng Q, Zhao X, Zhong L, Yang L (2024) Acceptance and commitment therapy for patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis on psychological outcomes and quality of life. *PLoS ONE* 19(6): e0301226. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301226>

Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition*, 19(2), 597–605. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2010.03.014>

Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools-a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 5, 603. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00603>

Zoogman, S., Goldberg, S.B., Hoyt, W.T. et al. Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness* 6, 290–302 (2015). <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0260-4>

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Guião da entrevista clínica semidiretiva e questionário sociodemográfico

Entrevista Semi-Diretiva

Introdução:

"Agradeço a sua disposição para participar nesta entrevista. O objetivo aqui é entender melhor como (nome da cliente) está lidando com o papel de cuidador e os impactos que isso pode ter tido na sua vida. As respostas irão ajudar a compreender melhor as suas necessidades e desafios. Fique à vontade para falar o que sentir, e se houver alguma pergunta, que não se sentir confortável em responder, pode deixar de lado."

Seção 1: Rotina e Saúde Física

Por favor, descreva o seu dia típico.

Como as suas atividades diárias mudaram desde que começou a cuidar do seu familiar?

Tem problemas para dormir? Se sim, o que causa as dificuldades?

Consegue lembrar-se de como dormia antes do início da doença do seu familiar?

Como a qualidade do seu sono afeta a sua disposição durante o dia?

Pratica alguma atividade física? Se sim, que tipo de atividade física e com que frequência no último mês?

Como se sente após praticar essa atividade?

Consegue lembrar-se de alguma atividade que praticava e agora não consegue mais? Se não pratica atividades físicas, quais os motivos para isso?

O que acha que poderia ajudá-lo a retomar essas atividades?

Como avalia a sua saúde física? Houve alguma mudança desde que assumiu o papel de cuidador?

Costuma fazer exames médicos regularmente? _____

Que mudanças na sua saúde física atribui ao papel de cuidador?

Seção 2: Impactos Emocionais e Relacionais

Como se sente sobre o seu papel como cuidador? Acha esse papel difícil? Se esse papel o sobrecarrega, qual considera ser a principal causa desse fardo?

O que mais o ajuda a lidar com essas dificuldades no papel de cuidador?

Como a dependência do seu familiar afetam a sua relação com a pessoa que cuida?

O papel do cuidador e as atividades relacionadas a esse papel afetam como se sente? _____

Está mais nervoso do que antes? _____

Há algum momento em que se sente mais calmo ou mais nervoso enquanto cuida?

Incomoda-se com alguma coisa relacionada a fornecer cuidados?

Conversa com alguém sobre as dificuldades que possa enfrentar? _____

Desabafa com alguém? _____

Com quem costuma conversar sobre essas dificuldades? _____

Já procurou ou considerou procurar ajuda psicológica profissional? _____

Se sim, o que a motivou a procurar ajuda? _____

Se não procurou ajuda, o que a impede de fazê-lo? _____

Seção 3: Vida Social e Suporte Familiar

Tem saído com parentes ou amigos ultimamente? _____

Como se sente nesses momentos fora de casa? _____

Houve alguma mudança nas suas atividades de lazer desde que assumiu o papel de cuidador?

Que aspectos da sua personalidade acha que mais mudaram desde que começou a cuidar?

Membros da família ou amigos ajudam-na a cuidar do seu familiar doente? _____

Sente que precisa de ajuda adicional? _____

Se precisa de ajuda adicional, que tipo de ajuda o que acha que seria mais útil?

Seção 4: Tempo Livre e Autocuidado

Teve tempo ultimamente para se envolver em algumas atividades livres (hobbies, visitas a exposições, teatro...)? _____ Se não, qual foi o motivo para isso?

O que gostaria de fazer com o seu tempo livre se pudesse?

Conclusão:

"Muito obrigado por hoje partilhar as suas experiências comigo. As suas respostas são muito valiosas para entendermos melhor os desafios como cuidador e como podemos oferecer suporte. Antes de encerrarmos, há mais alguma coisa que gostaria de acrescentar ou que não foi perguntado, mas que considera importante partilhar?"

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Cuidador Familiar

Informações Pessoais

Qual é a sua idade?

- ☐ Menos de 30 anos ☐ 30-39 anos ☐ 40-49 anos ☐ 50-59 anos
☐ 60-69 anos ☐ 70 anos ou mais

Qual é o seu género?

- ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Outro

Qual é o seu estado civil?

- ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)

Educação e Profissão

Qual é o seu nível de escolaridade (último grau completo)?

- ☐ Ensino básico ☐ Ensino secundário ☐ Ensino superior (Licenciatura)
☐ Pós-graduação (Mestrado/Doutoramento)

Qual é a sua profissão atual?

- ☐ Empregado(a) a tempo inteiro ☐ Empregado(a) a tempo parcial ☐ Desempregado(a)
☐ Reformado(a) ☐ Outro

Quantas horas por semana trabalha, em média?

- ☐ Menos de 10 horas ☐ 10-20 horas ☐ 21-30 horas
☐ 31-40 horas ☐ Mais de 40 horas

Relacionamento e Situação familiar

Qual é a sua relação com o paciente com demência?

- ☐ Cônjuge ☐ Filho(a) ☐ Outro

Quantas horas por dia dedica ao cuidado do paciente?

- ☐ Menos de 2 horas ☐ 2-4 horas ☐ 5-8 horas ☐ Mais de 8 horas

Situação Habitacional

Qual é o tipo de residência onde vive?

- ☐ Própria ☐ Alugada ☐ Casa de família ☐ Outro

Quantas pessoas, incluindo você, vivem na mesma casa?

- ☐ 1 pessoa ☐ 2 pessoas ☐ 3-4 pessoas ☐ 5 ou mais pessoas

Suporte Social e Rede de Apoio

Quais são as suas principais fontes de apoio emocional?

- ☐ Família ☐ Amigos ☐ Grupos de apoio ☐ Nenhuma

Participa em algum grupo de apoio para cuidadores?

- ☐ Sim ☐ Não

Saúde Física e Bem-Estar

Como avalia o seu estado geral de saúde?

- ☐ Bom ☐ Razoável ☐ Mau

Tem algum problema de saúde crónico?

- ☐ Sim Qual: _____ ☐ Não

Bem-Estar Psicológico

Quais são os sentimentos mais frequentes relacionados com o seu papel de cuidador?

- ☐ Stress ☐ Tristeza ☐ Gratificação ☐ Outro

Utiliza alguma estratégia pessoal para lidar com o stress?

- ☐ Sim ☐ Não

Informações Adicionais

Quais são os principais desafios que enfrenta como cuidador?

- ☐ Gestão do tempo ☐ Stress emocional ☐ Falta de apoio ☐ Outro

Quais são as suas expectativas em relação ao suporte psicológico ou terapêutico?

- ☐ Apoio emocional ☐ Estratégias de adaptação ☐ Recursos de suporte
☐ Outro

APÊNDICE 2 – Planeamento da intervenção de psicoeducação individual

Plano da 1ª Sessão

Objetivo Geral	✓ Promover a consciencialização e a adoção de estratégias práticas de autocuidado emocional, higiene do sono e respiração mindfulness ✓ Capacitar a cuidadora informal a melhorar o seu bem-estar físico e emocional.
Objetivos Específicos	✓ Informar a cuidadora sobre a importância do autocuidado emocional na gestão da ansiedade. ✓ Ensinar práticas de higiene do sono que promovam um descanso de melhor qualidade. ✓ Instruir sobre a técnica de respiração mindfulness como uma ferramenta para reduzir a ansiedade e melhorar o relaxamento. ✓ Estimular a implementação de estratégias diárias para manter o equilíbrio entre as responsabilidades de cuidadora e o cuidado consigo mesma.
Etapas	Atividades Planeadas
Introdução	✓ Explicar brevemente o foco da sessão, abordando autocuidado emocional, higiene do sono e respiração mindfulness. ✓ Apresentar os resultados das escalas: QASCI e Inventário de Ansiedade Geriátrica ✓ Perguntar à cuidadora sobre as suas expectativas em relação à sessão e possíveis dificuldades com o autocuidado emocional e o sono. ✓ Incentivá-la a partilhar como ela se sente em relação ao seu papel de cuidadora e os desafios que enfrenta, incluindo os temas de ansiedade e sobrecarga emocional identificados pelas escalas.
Desenvolvimento	✓ Explicar à cuidadora o conceito de autocuidado emocional e a sua importância na manutenção da saúde mental e no alívio do stress. ✓ Explicar o conceito de higiene do sono e os fatores que influenciam a qualidade do descanso, como manter uma rotina regular, evitar cafeína e o uso de telemóvel antes de dormir, criar um ambiente confortável e escuro. ✓ Discutir hábitos que a cuidadora pode implementar para melhorar seu sono nomeadamente a partilha dos cuidados noturnos ao marido com a filha. ✓ Pedir à cuidadora que identifique dois comportamentos que afetam negativamente o seu sono. ✓ Discutir estratégias para ajustar esses hábitos, promovendo uma melhoria gradual no sono. ✓ Explicar o conceito de mindfulness como prática de atenção plena no momento presente, ajudando a gerir a ansiedade, o stress e o sono. ✓ Ensinar a técnica de respiração consciente e como ela pode ser útil em momentos de maior ansiedade ou antes de dormir para acalmar a mente e o corpo. e guiar um exercício de respiração mindfulness,
Conclusão	✓ Recapitulação dos conteúdos ✓ Pedir à cuidadora que identifique uma ou duas ações específicas que pretende implementar na sua rotina, ✓ Estabelecer metas pequenas e alcançáveis, incentivando a cuidadora a monitorar seu progresso ao longo da semana. ✓ Espaço para dúvidas e encerramento da sessão

Plano da 2ª Sessão

Objetivo Geral	✓ Introduzir e aplicar práticas de auto-compassão e gratidão ✓ Desenvolver um plano personalizado de autocuidado.
Objetivos Específicos	✓ Compreender a importância da auto-compassão e gratidão para o bem-estar do cuidador. ✓ Desenvolver práticas regulares de auto-compassão e gratidão ✓ Criar um plano de autocuidado que inclua mindfulness e auto-compassão.
Etapas	Atividades Planeadas
Introdução	✓ Recapitulação da sessão anterior. ✓ Apresentação da sessão e dos objetivos. ✓ Prática guiada de mindfulness: Meditação da respiração. ✓ Discussão sobre a importância de ser gentil consigo próprio(a) e de cultivar a gratidão.
Desenvolvimento	✓ Explicar à cuidadora o conceito de auto-compassão e a sua importância na manutenção da saúde mental e no alívio do stress. ✓ Pedir à cuidadora que identifique frases de auto-compassão Exercício de Auto-Compaixão: O cuidador é convidado a recordar um momento recente de frustração ou stress no contexto do cuidado. Em seguida, são introduzidas as 3 etapas da auto-compassão: 1. Reconhecimento do sofrimento: "Este é um momento de dificuldade." 2. Compreensão da humanidade comum: "Todos passam por momentos difíceis, não estou sozinho." 3. Atitude gentil: "Que eu possa ser gentil comigo neste momento." Prática de Toque Compassivo: Colocar uma mão sobre o coração ou noutra área de conforto, enquanto repete frases de auto-compassão. Prática guiada de mindfulness
Conclusão	✓ Discussão sobre a importância de integrar a auto-compassão e a gratidão como práticas diárias para reduzir o impacto emocional do cuidado. ✓ Tarefa para Casa: Identificar estratégias de autocuidado emocional no dia a dia e começar a fazer o plano de autocuidado ✓ Agradecer a participação da cuidadora e abrir espaço para perguntas ou comentários sobre a sessão. ✓ Reforçar a importância de continuar com as práticas discutidas e sugerir um acompanhamento para revisar os progressos nas próximas semanas. ✓ Fechar a sessão de forma positiva, valorizando o esforço e a participação da cuidadora.

Sessão 3:

Objetivo Geral	✓ Consolidar e aprofundar as práticas de autocuidado já introduzidas (mindfulness, respiração consciente, meditação da autocompaixão), ✓ Desenvolver um plano prático de autocuidado, para reduzir a sobrecarga do cuidado
Objetivos Específicos	✓ Reforçar o uso das técnicas previamente abordadas. ✓ Facilitar a construção de um plano individual de gestão do stress.
Etapas	Atividades Planeadas
Introdução	✓ Recapitulação da sessão anterior. ✓ Prática guiada de mindfulness: Meditação da respiração. ✓ Explicação sobre a importância da gestão de tempo para prevenir a fadiga emocional e reduzir o stress
Desenvolvimento	✓ Criação de Cronograma Semanal: Identificação de tarefas essenciais e tarefas que podem ser delegadas. Discussão sobre como delegar responsabilidades a outros membros da família ou profissionais de apoio. ✓ Elaboração conjunta de um plano de autocuidado emocional. As estratégias podem incluir pausas programadas, organização do tempo, delegação de tarefas e uso de redes de apoio. ✓ Reflexão sobre como combinar as técnicas aprendidas (mindfulness, respiração, autocompaixão, gratidão e relaxamento muscular) de forma harmoniosa no dia a dia do cuidador. ✓ Prática da meditação da auto compaixão
Conclusão	✓ Pedir à cuidadora que identifique uma ou duas ações específicas que pretende implementar na sua rotina, como praticar a respiração mindfulness à noite ou o toque compassivo. ✓ Reforçar a importância da prática regular e dos cuidados com a saúde mental. ✓ Agradecer a participação da cuidadora e abrir espaço para perguntas ou comentários sobre a sessão. ✓ Fornecer material escrito e digital com o resumo das técnicas abordadas e o plano de autocuidado. ✓ Encerrar a sessão de forma positiva, valorizando o esforço e a participação da cuidadora.

Sessão 4:

Objetivo Geral	✓ Promover a criação e o fortalecimento de uma rede de apoio para ajudar o cuidador a partilhar responsabilidades e diminuir a sobrecarga. ✓ Consolidar as práticas de mindfulness e auto-compaixão ✓ Planear a continuidade dessas práticas para o futuro.
Objetivos Específicos	✓ Identificar recursos de apoio, promovendo a colaboração entre o cuidador e a sua rede de apoio. ✓ Reforçar as habilidades adquiridas nas sessões anteriores. ✓ Identificar e superar possíveis barreiras para a continuidade das práticas. ✓ Desenvolver um plano de manutenção para o bem-estar a longo prazo.
Etapas	Atividades Planeadas
Introdução	✓ Recapitulação da sessão anterior. ✓ Introdução à importância de uma rede de apoio sólida e colaborativa. ✓ Revisão do progresso até o momento e reflexão sobre as mudanças percebidas ✓ Discussão sobre a importância da continuidade das práticas de mindfulness e auto-compaixão.
Desenvolvimento	✓ Mapeamento da Rede de Apoio: 1. Identificação de familiares, amigos e instituições que podem colaborar. 2. Discussão sobre como ativar essa rede de apoio. ✓ Exploração de estratégias para enfrentar desafios futuros. ✓ Elaboração do plano de autocuidado, garantindo que seja sustentável e adaptável às necessidades futuras
Conclusão	✓ Reflexão sobre como utilizar a rede de apoio de forma contínua. Recapitulação das principais aprendizagens e progressos das sessões. ✓ Estabelecer uma rotina semanal para a prática contínua de mindfulness e auto-compaixão. ✓ Reflexão sobre o impacto contínuo das práticas na vida diária e planeamento de estratégias para manter o progresso alcançado. ✓ Preenchimento dos instrumentos de avaliação ✓ Avaliação dos resultados e da intervenção ✓ Prática guiada de mindfulness: Meditação da respiração.

APÊNDICE 3 – Guião da meditação *mindfulness*

GUIÃO DA MEDITAÇÃO

Prática de Mindfulness - Respiração Consciente e Sensações Corporais

Duração Total: 20 minutos

Preparação Inicial

Garantir um ambiente silencioso e confortável. Pode usar luz suave ou música ambiente relaxante (ex.: natureza ou música instrumental).

Informar os participantes de que esta prática é uma oportunidade para estarem presentes e focarem em sua respiração e corpo, sem julgamentos.

Convidar os participantes:

"Sente-se de forma confortável, com os pés bem assentados no chão. Relaxe as mãos sobre o colo ou as coxas. Se preferir, feche os olhos ou mantenha o olhar suavemente pousado no chão."

"Mantenha as costas direitas, mas sem tensão. Imagine que está a ser gentilmente puxado para cima pela coroa da cabeça."

Introdução à Respiração Consciente

Passos: focar na respiração natural

"Vamos começar por prestar atenção à nossa respiração. Não é preciso alterar nada. Apenas observe como o ar entra pelo nariz... e sai pela boca."

Aprofundar a conexão com a respiração:

"Sinta como o ar fresco entra e como sai mais quente. Observe o movimento natural do seu corpo: o abdômen que sobe e desce, o leve movimento do peito."

Inserir um ritmo consciente (opcional):

"Agora, inspire profundamente durante 4 segundos... segure o ar por 2 segundos... e expire suavemente durante 6 segundos."

Repita esta orientação por 3 ciclos e depois volte à respiração natural.

Exploração das Sensações Corporais

Passos:

Orientar a atenção pelo corpo:

"Agora, leve a sua atenção para o corpo. Comece pelos pés: sinta o contato com o chão. Existe alguma pressão ou temperatura específica?"

"Passe para as pernas... os quadris... e depois para as costas. Observe qualquer área de tensão ou relaxamento."

Guia para áreas de desconforto:

"Se notar alguma área desconfortável ou tensa, não tente mudá-la. Apenas observe-a. Respire para essa área, como se estivesse a enviar-lhe instruções."

Focar no corpo como um todo:

"Agora, tente sentir seu corpo como um todo. Você está relaxado? Tenso? Não há respostas certas ou erradas. Apenas observe o que está presente."

Aprofundamento da Prática (Opcional – 2 minutos adicionais)

Passos:

Incorporar a consciência das emoções:

"Pergunte a si mesmo: Que emoção está presente neste momento? Há alguma sensação no corpo associada a essa emoção?"

"Pode ser calma, ansiedade, alegria ou outra sensação. Não tente mudar nada. Apenas reconheça e encontre o que está presente."

Praticar a autocompaixão:

"Se surgir desconforto ou autocrítica, diga a si mesmo: 'Está tudo bem. Estou a aprender a estar presente.'"

Encerramento (3 minutos)

Passos:

Preparação para sair da prática:

"Quando estiver pronto, leve a atenção de volta ao ambiente ao seu redor. Note os sons, as luzes e os cheiros à sua volta."

Retornar ao movimento:

"Comece a mexer lentamente os dedos das mãos e dos pés. Alongue-se suavemente, se necessário."

Reflexão curta:

"Antes de abrir os olhos, pergunte-se: Como me sinto agora? O que mudou desde o início da prática?"

Dicas para o Facilitador

- **Voz e Ritmo:** mantenha uma voz calma, pausada e acolhedora. Permita momentos de silêncio entre as instruções para os participantes a analisarem.
- **Respeitar a Individualidade:** reforce que não há "maneira certa" de sentir ou fazer a prática. Cada pessoa terá uma experiência única.
- **Acompanhamento Final:** Caso o grupo se sinta confortável, convide-os a partilhar brevemente como se sentiram durante a prática.]

APÊNDICE 4 – Plano da sessão de sensibilização “*Mindfulness* e primeiros socorros emocionais”

Plano de Sessão

Sessão de Psicoeducação: Mindfulness e Primeiros Socorros Emocionais para Cuidadores Formais Público-alvo: Cuidadores formais Formadores: Mariana Dias, Ana Santos			Data: 26/09/2024 Hora: 17h Duração: 1h Local:	
Objetivos Gerais: • Capacitar os cuidadores formais em primeiros socorros emocionais • Promover a adoção da prática de Mindfulness para melhorar o autocuidado e o bem-estar emocional				
Objetivos Específicos:	Metodologia	Estratégias e Técnicas Didáticas	Recursos Didáticos	Avaliação
• Capacitar os cuidadores formais para prestar primeiros socorros emocionais aos seus utentes, garantindo o encaminhamento adequado para serviços especializados em saúde mental. • Capacitar para a identificação de sinais de sofrimento emocional nos utentes, facilitando a referência para acompanhamento especializado. • Incentivar a reflexão sobre a importância do autocuidado emocional • Ensinar estratégias de Autocuidado e promoção da saúde mental nos cuidadores. • Promover a utilização do Mindfulness como estratégia de redução do <i>stress</i>, prevenção do burnout e promoção do bem-estar emocional • Partilhar estratégias práticas de autocuidado que promovam a saúde mental e o bem-estar dos cuidadores, contribuindo para a sua resiliência emocional.	Expositivo Ativo	Interação com os participantes com dinâmicas e exercícios práticos	Computador, projetor Colunas de som Papel	A avaliação será realizada por observação direta Questionário de satisfação

____/____/____

Assinaturas:

Formadores:

APÊNDICE 5 – Questionário de satisfação e respectivo relatório

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Informações Gerais	
Título da Formação	Mindfulness e Primeiros Socorros Emocionais para Cuidadores Formais
Data	28 setembro 2024
Formador	Ana Santos e Mariana Dias

1. Organização e Logística	Opções
1.1. A organização da sessão foi adequada?	☒ Excelente ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Insatisfatória
1.2. O horário e a duração da formação foram adequados?	☒ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não

2. Conteúdo e Materiais	Opções
2.1. O conteúdo da formação foi relevante para o seu trabalho?	☒ Totalmente ☐ Parcialmente ☐ Pouco ☐ Nada
2.2. O material utilizado foi adequado e de fácil compreensão?	☒ Excelente ☐ Bom ☐ Razoável ☐ Insatisfatório

3. Desempenho do Formador Ana Santos	Opções
3.1. O formador demonstrou domínio do conteúdo?	☒ Excelente ☐ Bom ☐ Razoável ☐ Insatisfatório
3.2. A clareza das explicações do formador foi:	☒ Excelente ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Insatisfatória
3.3. O formador incentivou a participação e a interação?	☒ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não

4. Desempenho do Formador Mariana Dias	Opções
4.1. O formador demonstrou domínio do conteúdo?	☒ Excelente ☐ Bom ☐ Razoável ☐ Insatisfatório
4.2. A clareza das explicações do formador foi:	☒ Excelente ☐ Boa ☐ Razoável ☐ Insatisfatória
4.3. O formador incentivou a participação e a interação?	☒ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não

5. Metodologia e Interatividade	Opções
5.1. As atividades práticas foram adequadas para consolidar o conteúdo?	☒ Totalmente ☐ Parcialmente ☐ Pouco ☐ Nada
5.2. A metodologia utilizada foi eficaz para a aprendizagem?	☒ Sim ☐ Parcialmente ☐ Não

6. Satisfação Geral	Opções
6.1. A formação correspondeu às suas expectativas?	☒ Sim, totalmente ☐ Sim, em parte ☐ Não
6.2. Recomendaria esta formação a um colega?	☒ Sim ☐ Não
6.3. Como avalia a sua satisfação geral com a formação?	☒ Muito Satisfeito(a) ☐ Satisfeito(a) ☒ Insatisfeito(a) ☐ Muito Insatisfeito(a)

7. Comentários e Sugestões	
7.1. O que mais gostou na formação?	
7.2. O que poderia ser melhorado?	
7.3. Sugestões para futuras formações	

Relatório: Questionário de Satisfação da Sessão de Sensibilização	
Sessão de sensibilização: Mindfulness e Primeiros Socorros Emocionais para Cuidadores Formais Público-alvo: Cuidadores formais - Cruz Vermelha de Matosinhos Formadores: Mariana Dias, Ana Santos e Cristina Vilarinho (EESMP) Data: 26/09/2024 Hora: 17h Duração: 1h Local: Cruz Vermelha de Matosinhos	
1. Organização e Logística	
1.1. A organização da sessão foi adequada?	6 respostas: excelente
1.2. O horário e a duração da formação foram adequados?	6 respostas: sim
Conclusão: Todos os participantes avaliaram a organização e o horário de forma positiva.	
2. Conteúdo e Materiais	
2.1. O conteúdo da formação foi relevante para o seu trabalho?	6 respostas: totalmente
2.2. O material utilizado foi adequado e de fácil compreensão?	5 respostas: excelente 1 resposta: Bom
Conclusão: O conteúdo foi totalmente relevante para todos, com uma ligeira diferença na avaliação dos materiais, onde um participante achou "bom", enquanto os restantes consideraram "excelente".	
3. Desempenho do Formador Ana Santos	
3.1. O formador demonstrou domínio do conteúdo?	6 respostas: excelente
3.2. A clareza das explicações do formador foi:	6 respostas: excelente
3.3. O formador incentivou a participação e a interação?	6 respostas: sim
4. Desempenho do Formador Mariana Dias	
4.1. O formador demonstrou domínio do conteúdo?	6 respostas: excelente
4.2. A clareza das explicações do formador foi:	6 respostas: excelente
4.3. O formador incentivou a participação e a interação?	6 respostas: sim

Conclusão: O desempenho dos formadores foi unânime em excelência.	
5. Metodologia e Interatividade	
5.1. As atividades práticas foram adequadas para consolidar o conteúdo?	6 respostas: totalmente
5.2. A metodologia utilizada foi eficaz para a aprendizagem?	6 respostas: totalmente
Conclusão: A metodologia e interatividade foram bem-recebidas, com todos a considerarem-na eficaz.	
6. Satisfação Geral	
6.1. A formação correspondeu às suas expectativas?	5 respostas: sim, totalmente 1 não respondeu
6.2. Recomendaria esta formação a um colega?	5 respostas: sim 1 não respondeu
6.3. Como avalia a sua satisfação geral com a formação?	5 respostas: Muito Satisfeito 1 não respondeu
Conclusão: Os participantes estavam bastante satisfeitos, com cinco a responderem de forma muito positiva, mas houve uma pessoa que não deu resposta.	
7. Comentários e Sugestões	
7.1. O que mais gostou na formação?	"Gostei de tudo, mas a parte que mais gostei foi o tema 'Agradecer' "Gostei de tudo, foi uma excelente formação" "Gostei dos conteúdos todos e da maneira como explicado" "A explicação do conteúdo com clareza e as atividades práticas" "De tudo, foi bastante interessante. A interligação entre a teoria e a prática foi muito bom."
7.2. O que poderia ser melhorado?	"Foi tudo bom." "Nada a salientar, no entanto a demonstração de mais atividades práticas seria benéfica."
7.3. Sugestões para futuras formações:	"Lidar com utentes demenciados, o que fazer? Estratégias e sinais de alerta"

APÊNDICE 6 – *Flyer* “Cultivando o bem-estar”

CULTIVANDO O BEM-ESTAR



MINDFULNESS PARA CUIDADORES FORMAIS



AUTOCUIDADO EMOCIONAL

O autocuidado emocional é essencial para os cuidadores formais que lidam diariamente com o sofrimento de terceiros. Estes profissionais estão particularmente vulneráveis ao stress emocional, à fadiga por compaixão e ao burnout, resultantes da exposição contínua a situações emocionalmente exigentes.

A prática de mindfulness surge como uma ferramenta eficaz para promover o autocuidado emocional, ajudando a reduzir o stress e a melhorar o bem-estar psicológico.

MINDFULNESS

É a prática de estar presente no momento, com atenção plena e sem julgamento. Esta técnica, popularizada por Kabat-Zinn (2003), permite que nos conectemos com o aqui e agora, ajudando a acalmar a mente e a reduzir a reatividade emocional.

Assenta em 5 princípios fundamentais: atenção plena; não julgamento; paciência; curiosidade e aceitação.

Benefícios do Mindfulness para Cuidadores

- Reduz o stress e ansiedade: A prática regular de mindfulness demonstrou reduzir os níveis de stress e ansiedade.
- Aumenta a resiliência emocional: Ajuda a lidar com momentos desafiadores com mais calma e clareza mental.
- Melhora o foco e a concentração: a prática de mindfulness permite maior clareza mental e capacidade de tomar decisões em situações de pressão.
- Melhora a percepção de qualidade de vida e de bem estar.

PLANO DE AUTOCUIDADO PARA CUIDADORES

Incorpore estas práticas simples de mindfulness no seu dia-a-dia para reduzir o stress e melhorar a qualidade de vida

Atividade	Descrição	Frequência
Meditação da Respiração	Reserve 10-15 minutos por dia para focar-se na sua respiração. Sempre que a mente vagar, traga suavemente a atenção de volta ao presente.	Diariamente
Pausas Conscientes	Faça mini pausas de 1-2 minutos ao longo do dia. Respire profundamente e concentre-se apenas na respiração, aliviando o stress acumulado.	3-5 vezes ao dia
Meditação de Auto-Compaixão	Pratique a gentileza para consigo próprio, dizendo frases como: "Que eu possa ser gentil comigo mesmo" ou "Que eu me trate com compaixão".	3 vezes por semana
Caminhada Consciente	Realize caminhadas ao ar livre, prestando atenção ao movimento do corpo e ao ambiente ao seu redor, sem pressa e sem distrações.	20-30 minutos, 3 vezes/semana
Journaling (Escrita Reflexiva)	Escreva sobre as suas emoções e experiências ao fim do dia. Foque-se em algo pelo qual está grato, um momento difícil e uma frase de auto-compaixão.	2 vezes por semana
Partilha com Outros Cuidadores	Participe em grupos de apoio para partilhar experiências e aprender com outros cuidadores. A auto-compaixão partilhada reduz a sensação de isolamento.	1 vez por semana
Estabelecimento de Limites Saudáveis	Avalie as suas responsabilidades e estabeleça limites para evitar o esgotamento. Delegue tarefas e peça ajuda sempre que necessário.	Mensal
Prática de Gratidão	No final de cada dia, pense em três coisas pelas quais está grato, escreva uma e coloque-a num frasco. Semanalmente retire um dos papelinhos do frasco e leia-o. Esta prática ajuda a manter o equilíbrio emocional e uma mentalidade positiva.	Diariamente

Elaborado por: Ana Santos (nº11343) Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Referências Bibliográficas:

- Emmons, R. A. & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377-389. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.377>
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. Hachette Books.
- Reade, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95-108. <https://doi.org/10.1080/08854726.2014.913876>
- Lima, A. G. & Sene, A. S. (2017). Mindfulness nas técnicas de redução de ansiedade. *Psicologia & Saúde: Em Debate*, 3(Supl. 1), 40-41. <https://doi.org/10.22289/P3S.1A19>
- Santos, C., Gonçalves, G., Brás, N., & Sousa, A. (2021). Cuidadores Informais: Principais dificuldades e desafios no ato de cuidar / Informal caregivers: Main difficulties and barriers in the act of caring. *Palpae*, XV(62), 9-25. <https://doi.org/10.26018/2183-4808.XV.62.1>
- <https://www.umnhhealth.org/center-mindfulness>

APÊNDICE 7 – Planeamento da intervenção Relação de Ajuda Profissional

Planeamento da intervenção Relação de Ajuda Profissional



Tema	Sessão 1				
Data	31-10-2024	Horário	Início: 15.00	Fim: 16.00	Local: Gabinete clínico
Cliente	MF				
Enfermeiro/a	Ana Santos				
Objetivos	❖ Caracterizar os diagnósticos de enfermagem ❖ Explicar em que consiste a relação de ajuda, a sua duração e o número de sessões previstas ❖ Definir objetivos e avaliar as expectativas ❖ Orientar para a importância da participação ativa do cliente				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	10min	➢ Acolher a cliente de forma acolhedora e empática, estabelecendo uma atmosfera de confiança ➢ Fazer um breve resumo da sessão anterior (entrevista clínica). ➢ Explicar o funcionamento da primeira sessão e os objetivos da mesma			
Desenvolvimento	40min	➢ Relembrar o contrato terapêutico abordando sinteticamente a RAP, seus objetivos, duração e número de sessões bem como a clarificação dos papéis dos intervenientes ➢ Validar as emoções da cliente enquadrando-as no diagnóstico de enfermagem selecionado. ➢ Explorar os fatores que concorrem para o diagnóstico e os fatores protetores ➢ Sugerir trabalho de casa reforçando a importância da participação ativa do cliente no seu processo cuidativo			
Conclusão	10min	➢ Resumir os principais pontos discutidos durante a sessão, reforçando os insights e estratégias identificados ➢ Oferecer ao cliente a oportunidade de fazer quaisquer perguntas adicionais ou expressar quaisquer preocupações não abordadas. ➢ Obter feedback relativamente à forma como se sentiu durante a sessão. ➢ Agendar a próxima sessão ➢ Terminar a sessão.			

Tema	Sessão 2				
Data	06-11-2024	Horário	Início: 15.00	Fim: 16.00	Local: Gabinete clínico
Cliente	MF				
Enfermeiro/a	Ana Santos				
Objetivos	❖ Explorar história de vida ❖ Identificar recursos que o cliente utiliza para gerir as suas dificuldades emocionais e promover o seu bem-estar geral ❖ Explorar estratégias de resolução de problemas e de gestão emocional ❖ Promover a consciencialização para o autocuidado emocional ❖ Estimular a implementação de estratégias diárias para manter o equilíbrio entre as responsabilidades de cuidador e o autocuidado				
	Duração	Conteúdos			
Introdução	10min	➢ Cumprimentar o cliente de forma acolhedora e empática, reforçando a atmosfera de confiança ➢ Breve revisão da sessão anterior para estabelecer continuidade ➢ Explicar que esta sessão se concentrará na exploração da história de vida ➢ Convidar o cliente a partilhar expectativas que tenha para a sessão ou preocupação que possa ter em relação ao processo de aconselhamento			
Desenvolvimento	40min	➢ Explorar através da história de vida os recursos e estratégias que o cliente já utiliza na sua gestão emocional ➢ Validar e reforçar positivamente os recursos de resolução de problemas e gestão emocional que o cliente já possui ➢ Avaliar a eficácia dessas estratégias, identificando quais têm sido úteis e quais podem precisar de ser ajustadas ➢ Orientar na procura de novas estratégias para a gestão emocional e do stress, nomeadamente a prática da respiração mindfulless ➢ Identificar os obstáculos potenciais que o cliente possa enfrentar ao longo do caminho e discutir estratégias para superá-los			
Conclusão	10min	➢ Recapitular os principais temas discutidos durante a sessão, incluindo as questões exploradas e os recursos identificados ➢ Rever as metas estabelecidas durante a sessão e o plano de ação desenvolvido para alcançá-las ➢ Esclarecer questões relativamente ao processo terapêutico ➢ Fornecer material de suporte (flyer "Com(viver) com a demência") e áudio com a prática da respiração consciente ➢ Agendar a próxima sessão e terminar a sessão.			



Tema	Sessão 3					
Data	11-11-2024	Horário	Início: 10:00	Fim: 11:00	Local	Gabinete clínico
Cliente	MF					
Enfermeiro/a	Ana Santos					
Objetivos	- Continuar a explorar a história de vida - Promover a consciencialização e a adoção de estratégias práticas de autocuidado emocional - Elaborar um plano de autocuidado emocional - Analisar o potencial de sucesso do plano					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Cumprimentar a cliente de forma acolhedora e empática, reforçando a atmosfera de confiança - Realizar breve revisão da sessão anterior para estabelecer continuidade - Explicar que esta sessão se concentrará na identificação de estratégias de autocuidado emocional - Convidar a cliente a partilhar uma expectativa específica para a sessão ou preocupação que possa ter em relação ao processo de cuidar do seu familiar				
Desenvolvimento	40min	- Exploração dos recursos pessoais do cliente, como habilidades, experiências passadas, redes de suporte através da história de vida - Discussão sobre como potencializar o uso dos recursos disponíveis - Introduzir o conceito de autocompaixão como estratégia de regulação emocional: Exercício de Auto-Compaixão: O cuidador é convidado a identificar frases de auto compaixão e a recordar um momento recente de frustração ou stress no contexto do cuidado. Introduzir as 3 etapas da auto-compassão: 1. Reconhecimento do sofrimento: "Este é um momento de dificuldade." 2. Compreensão da humanidade comum: "Todos passam por momentos difíceis, não estou sozinho." 3. Atitude gentil: "Que eu possa ser gentil comigo neste momento." Prática de Toque Compassivo: colocar uma mão sobre o coração ou noutra área de conforto, enquanto repete frases de auto-compassão. - Manter suporte emocional treinando a prática de respiração mindfulness de forma guiada				
Conclusão	10min	- Recapitular os principais temas discutidos e das estratégias propostas. - Elogiar e reconhecer os esforços e insight do cliente. - Contratualizar com o cliente a continuação da implementação das estratégias já trabalhadas. - Dar ao utente a oportunidade de dar feedback sobre a sessão; esclarecer questões relativamente ao processo terapêutico - Agendar a próxima sessão - Terminar a sessão, acompanhando a utente à porta e despedindo-se formalmente.				

Tema	Sessão 4:					
Data	15-11-2024	Horário	Início: 15h	Fim: 16h	Local	Gabinete clínico
Cliente	MF					
Enfermeiro/a	Ana Santos					
Objetivos	- Promover a adoção de estratégias práticas de autocuidado emocional - Reforçar a prática de Mindfulness e da auto compaixão como estratégia terapêutica de autocuidado emocional - Avaliar os resultados obtidos; - Verificar se foram atingidos os objetivos e expectativas do cliente e orientar					
	Duração	Conteúdos				
Introdução	10min	- Cumprimentar o cliente de forma acolhedora e empática, reforçando a atmosfera de confiança - Convidar o cliente a partilhar as dificuldades e/ou ganhos sentidos com as estratégias definidas nas sessões anteriores - Breve revisão da sessão anterior para estabelecer continuidade e confirmar a boa execução da técnica da respiração consciente - Elaborar um plano de autocuidado				
Desenvolvimento	40min	- Instruir o cliente na meditação da auto compaixão como estratégias de autocuidado emocional, guiando esta prática - Explorar as emoções e sentimentos evocados pelo cliente durante o treino da meditação da auto compaixão. - Validar e reforçar positivamente os recursos que o cliente já possui e os benefícios adquiridos pela introdução das diferentes estratégias.				
Conclusão	10min	- Solicitar ao cliente uma autoavaliação do percurso, explorando as suas preocupações com o futuro; - Dar feedback positivo ao cliente pelo seu percurso durante a intervenção; - Preencher os instrumentos de avaliação (GAI e QASCI e Stress percebido) - Solicitar ao cliente a avaliação do plano terapêutico - Agradecer ao cliente a disponibilidade e validar os ganhos em saúde - Terminar a sessão, acompanhando o cliente à porta e despedindo-se formalmente.				

APÊNDICE 8 – *Flyer* “Com(viver) com a demência”



Sou cuidador... e agora?

Os cuidadores desempenham um papel crucial no cuidado de pessoas com demência, mas muitas vezes podem negligenciar a sua própria saúde e bem-estar enquanto se concentram nas necessidades dos outros.



CUIDAR DA SUA SAÚDE EMOCIONAL É FUNDAMENTAL

Com-(viver)-com-a¶



DEMÊNCIA



- 1**

Reserve um tempo para si mesmo todos os dias, mesmo que seja apenas alguns minutos. Isso pode incluir fazer uma caminhada, praticar exercícios de respiração, ler um livro ou simplesmente relaxar. Priorizar o autocuidado ajuda a recarregar suas energias e reduzir o stress.
- 2**

Pratique atividade física regularmente. O exercício regular não só melhora a saúde física, mas também ajuda a reduzir o stress e a ansiedade. Encontre uma atividade física que você goste, como caminhar, nadar, dançar ou praticar ioga, e reserve tempo para praticá-la regularmente.
- 3**

Durma o suficiente. A falta de sono pode afetar negativamente a sua saúde física e mental. Tente estabelecer uma rotina de sono consistente e criar um ambiente propício para dormir, como um quarto escuro e silencioso.
- 4**

Estabeleça limites saudáveis. É importante reconhecer os seus próprios limites e aprender a dizer não quando necessário. Não hesite em pedir ajuda a outros membros da família, amigos ou profissionais de saúde, se estiver se sentindo sobrecarregado.
- 5**

Mantenha os seus hobbies e interesses. Reserve tempo para continuar a fazer as coisas que você gosta, mesmo que seja numa escala menor. Isso pode ajudá-lo a manter um senso de identidade próprio e a reduzir o isolamento social.

Priorize o seu bem-estar e não tenha medo de pedir ajuda quando necessário.

Não hesite em procurar ajuda de profissionais de saúde. Eles podem oferecer orientação, apoio e recursos adicionais para o cuidado da pessoa com demência.

Associações de cuidadores

- Because I care (Associação para apoiar e cuidar de pessoas que cuidam)
- Caregivers Portugal (Associação Portuguesa de Cuidadores)
- Cuidadores, melhorar a vida de quem cuida
- Cuidadores Portugal¶ (Associação Cuidadores de Portugal)
- Panóplia de heróis (Associação nacional de cuidadores informais)
- Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (Alzheimer Portugal)



Ana Santos
Enfermeira





O-que-é-uma- demência¶

Demência é uma condição caracterizada por deterioração da função cognitiva, nomeadamente da memória, compreensão, aprendizagem, linguagem, comportamento e julgamento, afetando negativamente a vida diária do indivíduo.¶ (OMS, 2018).¶

Existem muitos tipos diferentes de demência e todos eles são progressivos.¶

(Alzheimer, Vascular, Frontotemporal, Corpos de Lewy,¶ Parkinson, entre outros)¶

Isto significa que os sintomas podem ser relativamente ligeiros no início, mas pioram com o tempo, geralmente ao longo de vários anos.¶

¶

À medida que a demência progride, a pessoa afetada precisará de mais ajuda e, a dada altura, precisará de muito apoio no autocuidado (higiene pessoal, alimentação, vestuário, mobilidade)¶

¶

PRINCIPAIS SINTOMAS¶

- Declínio da memória¶**

Dificuldade em lembrar informações recentes, esquecimento de eventos importantes ou repetição de perguntas.¶ (ex.: esquecer os tachos ao lume, não desligar o gás, não lembrar recados)¶
- Dificuldade de comunicação¶**

Não conseguir encontrar palavras, seguir conversas ou expressar pensamentos.¶
- Dificuldade em realizar tarefas¶**

Dificuldade para completar tarefas quotidianas, como cozinhar, vestir-se ou pagar as contas.¶
- Confusão mental¶**

Desorientação em relação ao tempo, lugar ou pessoas.¶ (ex.: sair de casa e perder-se, não reconhecer familiares/amigos/vizinhos, não se reconhecer ao espelho)¶

¶

Prejuízo cognitivo¶

Dificuldade em raciocinar, resolver problemas ou tomar decisões.¶
- Mudanças de humor e comportamento¶**

Alterações de humor, irritabilidade, apatia, ansiedade ou agitação.¶
- Perda de interesse em atividades anteriores¶**

Falta de interesse em hobbies ou atividades sociais que costumavam ser apreciadas.¶
- Dificuldade em julgar situações¶**

Incapacidade para avaliar situações de forma apropriada ou tomar decisões sensatas.¶

- Problemas com movimento e coordenação¶**

Dificuldade na realização de tarefas motoras finas, como escrever ou usar utensílios.¶
- Alterações na personalidade¶**

Mudanças na personalidade, como tornar-se mais retraído, desconfiado ou agressivo.¶

Cuidar de alguém com demência pode ser desafiador, mas existem várias estratégias que podem ajudar a tornar o processo mais suave e eficaz. Aqui estão algumas dicas:¶
- Informe-se sobre a demência¶**

Aprender sobre a demência pode ajudá-lo a entender o que esperar e a desenvolver estratégias para lidar com os desafios que surgirem. Existem muitos recursos disponíveis, incluindo livros, sites e grupos de apoio.¶
- Estabeleça uma rotina¶**

A rotina pode proporcionar estabilidade e previsibilidade para a pessoa com demência. Tente manter horários consistentes para atividades como refeições, sono e banho.¶
- Simplifique as tarefas¶**

Divida as tarefas em etapas simples e ofereça orientação gentil conforme necessário. Por exemplo, ao ajudar com o banho, forneça instruções claras e demonstre as etapas, se necessário.¶
- Comunique-se de forma clara e simples¶**

Use frases curtas e simples ao falar com a pessoa com demência. Evite usar linguagem complicada ou perguntas complexas, pois isso pode causar confusão.¶
- Pratique a empatia¶**

Tente colocar-se no lugar da pessoa com demência e entender as dificuldades que ela está a enfrentar. Mostre compaixão e ofereça apoio emocional sempre que possível.¶
- Ofereça estímulo mental e social¶**

Estimule a pessoa com demência a envolver-se em atividades que estimulem o cérebro, como quebra-cabeças, jogos de memória ou leitura. Além disso, encoraje a participação em atividades sociais, como passeios ou grupos de apoio.¶

APÊNDICE 9 – Questionário de avaliação da intervenção Relação de Ajuda Profissional

Questionário de Avaliação de Satisfação

Instruções: Por favor, responda às seguintes perguntas com base na sua experiência com o plano de psicoeducação. As suas respostas são importantes para melhorar a qualidade do programa.

1. Informações Gerais:

- a. Idade: _____
b. Tempo como cuidador(a): _____
c. Número de sessões do programa assistidas: _____

2. Conteúdo do Programa:

- a. O conteúdo do programa atendeu às suas expectativas?

- ☐ Muito abaixo
☐ Abaixo
☐ Na média
☐ Acima
☐ Muito acima

- b. Como avaliaria a relevância dos temas abordados para a sua situação como cuidador(a)?

- ☐ Muito irrelevante
☐ Irrelevante
☐ Neutro
☐ Relevante
☐ Muito relevante

- c. A abordagem de mindfulness e autocompaixão foi clara e compreensível?

- ☐ Muito clara
☐ Clara
☐ Neutra
☐ Confusa
☐ Muito confusa

3. Facilitadores e Material:

- a. Como avaliaria a competência dos facilitadores do programa?

- ☐ Muito insatisfatória
☐ Insatisfatória
☐ Neutra
☐ Satisfatória
☐ Muito satisfatória

- b. O material fornecido foi útil e bem organizado?

- ☐ Muito inútil
☐ Ineficaz
☐ Neutro
☐ Útil
☐ Muito útil

4. Aplicação Prática:

- a. Sentiu que as técnicas de mindfulness e autocompaixão são aplicáveis no seu dia a dia como cuidador(a)?

- ☐ Muito ineficaz
☐ Ineficaz
☐ Neutro
☐ Eficaz
☐ Muito eficaz

- b. Após o programa, sente-se mais capaz de lidar com o stress e a sobrecarga?

- ☐ Muito menos capaz
☐ Menos capaz
☐ Neutro
☐ Mais capaz
☐ Muito mais capaz

5. Satisfação Geral:

- a. Qual é o seu nível geral de satisfação com o programa?

- ☐ Muito insatisfeito(a)
☐ Insatisfeito(a)
☐ Neutro
☐ Satisfeito(a)
☐ Muito satisfeito(a)

- b. Recomendaria este programa a outros cuidadores informais?

- ☐ Definitivamente não
☐ Provavelmente não
☐ Não tenho certeza
☐ Provavelmente sim
☐ Definitivamente sim

6. Comentários e Sugestões:

- a. Quais aspetos do programa mais apreciou?

- b. Quais aspetos do programa poderiam ser melhorados?

- c. Tem alguma sugestão para futuros programas?

Muito obrigado (a) pela colaboração

APÊNDICE 10 – Planeamento da intervenção de estimulação cognitiva

Sessão 1

Local	Hospital de dia	Hora	14h	Tema	Elaboração de um espanta-espíritos
Data	7 Nov.	Facilitador	Ana Santos (EESMP)	Número de Participantes	6
Objetivos Gerais	Promover a estimulação sensorial e motora através da criação artesanal de um espanta espíritos Melhorar a atenção, a percepção sensorial e a evocação de memórias. Desenvolver a coordenação motora fina, estimular a criatividade e estimular a atenção e concentração.				Materiais a utilizar: • Pinhas (pequenas e médias) • Tinta acrílica de várias cores • Cordas ou fios de sisal • Pequenos sinos e contas decorativas • Tesoura e pincéis
Intervenção	Atividades			Objetivos Específicos	
Introdução (10 min)	• Dar as boas vindas • Apresentação dos objetivos da sessão (estimular os sentidos, através de diversos materiais e técnicas).			Criar um ambiente acolhedor para promover a socialização entre os participantes	
Atividade Sensorial (40 min)	• O facilitador explica como será elaborado o espanta-espíritos, mostrando os materiais a utilizar e demonstrando a montagem, destacando a importância de cada etapa do processo. • Os participantes escolhem as suas pinhas, as cores das tintas, cordas e pequenos elementos decorativos para começar a montagem. • Os participantes iniciam a pintura das pinhas e a montagem, amarrando as pinhas e outros elementos à madeira, conforme as instruções. • O facilitador orienta o processo de elaboração da atividade e convida os participantes a verbalizarem as emoções e memórias			• Estimular a percepção visual. • Estimular a psicomotricidade • Promover a verbalização de emoções • Estabelecer conexão entre a atividade e a memória.	
Conclusão Partilha (10 min)	• O facilitador convida os participantes a observar o resultado final e a refletir sobre o processo de criação, perguntando como se sentiram e o que aprenderam. • Escolher no jardim um local para pendurar o espanta espíritos. • Agradecer a participação e validar o trabalho dos participantes • Encerrar a sessão			• Refletir sobre como os sentidos influenciam emoções e memórias.	

Sessão 2

Local da Sessão	Hospital de dia	Hora	14h	Tema	Magusto
Data	11 Nov.	Facilitador	Ana Santos (EESMP)	Número de Participantes	6
Objetivo Geral	Estimular os sentidos e fortalecer memórias culturais através da celebração de São Martinho. Ativar a memória olfativa e gustativa; envolvendo os participantes em atividades que remetam a memórias afetivas.				Materiais a utilizar: • Castanhas • Guardanapos • Aparelho de som
Intervenção	Atividades			Objetivos Específicos	
Introdução (10 min)	• Dar as boas vindas • O facilitador explica em que consiste a atividade.			Criar um ambiente acolhedor para promover a socialização entre os participantes	
Atividades Sensoriais (40 min)	• Os participantes são convidados a preparar as castanhas para serem assadas • O facilitador convida um dos participantes a contar a lenda de São Martinho. • Os participantes provam as castanhas assadas enquanto refletem sobre a sua textura e sabor, promovendo a ativação de memórias gustativas. E exploram os diferentes provérbios associados ao S. Martinho • O facilitador orienta a atividade			Estimular a psicomotricidade Estimular o olfato e paladar. Promover a evocação de memórias.	
Conclusão/ Partilha (10 min)	• Discussão sobre como o paladar e o olfato evocaram memórias ou sensações de conforto. • Agradecer a participação. • Encerrar a sessão			Fortalecer a conexão entre sensação olfativa e gustativa e a memória emocional.	

Sessão 3

Local da Sessão	Hospital de dia	Hora	11h	Tema	Os aromas e cores
Data	20 Nov.	Facilitador	Ana Santos (EESMP)	Número de Participantes	6
Objetivo Geral	- Estimular os sentidos de forma integrada, utilizando elementos naturais - Promover a atenção plena, a criatividade e o bem-estar emocional. - Proporcionar um ambiente colaborativo que valorize a expressão individual e a interação social.				
Intervenção	Atividades			Objetivos Específicos	
Introdução	- Dar as boas vindas - O facilitador explica em que consiste a atividade e apresenta os diferentes materiais e plantas - Explicação do conceito de jardim sensorial e os seus benefícios.			Criar um ambiente acolhedor para promover a socialização entre os participantes.	
Atividades Sensoriais (60 min)	- Os participantes exploram as plantas e os materiais decorativos a utilizar. - Pintura das estruturas (vasos ou canteiros) com tintas coloridas, incentivando a criatividade e promovendo a coordenação motora. - Preenchimento dos vasos com terra e plantação das plantas aromáticas. - Verbalização das emoções e memórias associadas aos elementos sensoriais - Colocação dos vasos na estrutura de forma a criar diferentes espaços sensoriais			Promover a exploração sensorial inicial com estímulo de memórias e preferências individuais. Estimular a coordenação motora fina e a criatividade durante a pintura dos canteiros Fomentar a expressão artística e a valorização do trabalho individual e coletivo. Promover a exploração sensorial tátil e olfativa durante o manuseio das plantas Incentivar o trabalho em equipe	
Conclusão Partilha (10 min)	- Observação, explorando os sentidos (cheirar plantas, tocar texturas, ouvir sons). - Os participantes são convidados a refletir sobre como a atividade os ajudou a sentirem-se mais presentes e conscientes. - Reforçar o impacto positivo da experiência, promovendo uma sensação de realização e conexão. - Agradecer a participação - Encerramento da atividade			Incentivar os participantes a identificar os sentidos mais estimulados Facilitar a partilha de emoções e aprendizagens relacionadas à atividade.	

APÊNDICE 11 – Grelha de observação da intervenção de estimulação cognitiva

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA ATIVIDADE DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Sessão	Participante	Participação (Sim/Não)	Grau de Interesse (1 a 5)	Grau de Envolvimento (1 a 5)	Grau de Satisfação (1 a 5)
1	1	Sim	5	5	5
	2	Sim	5	5	5
	3	sim	4	4	5
	4	Sim	4	3	4
	5	Sim	5	4	5
	6	Sim	5	5	5
2	1	Sim	5	5	5
	2	Não	0	0	0
	3	Sim	5	5	5
	4	Sim	4	4	5
	5	Sim	4	4	5
	6	Sim	5	5	5
3	1	Sim	5	5	5
	2	Sim	4	4	5
	3	Sim	5	5	5
	4	Sim	5	5	5
	5	Sim	4	4	5
	6	Sim	5	5	5

Instruções de Preenchimento

- **Participação (Sim/Não):** indicar se o participante esteve presente na sessão.
- **Grau de Interesse:** Avaliar de 1 (muito baixo) a 5 (muito alto) o nível de interesse demonstrado.
- **Grau de Envolvimento na Atividade:** Avaliar de 1 (muito baixo) a 5 (muito alto) o nível de envolvimento.
- **Grau de Satisfação:** Avaliar de 1 (muito baixo) a 5 (muito alto) a satisfação de cada participante.

APÊNDICE 12 – Relatório E4Nursing do estudo de caso

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Estágio de natureza profissional com relatório -
Módulo II**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autor

Ana Cristina Cardoso dos Santos

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Professor Coordenador Principal, Doutor

Patrícia Gonçalves –

Prof. Adjunto

Autor

Ana Cristina Cardoso dos Santos

Porto, 2025

ÍNDICE

1. CASO CLINICO CONTEXTO INTERNAMENTO.....	170
1.1. Enquadramento teórico	170
1.2. Clientes	172
1.3. Medicação	172
1.3.1. <i>Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita</i>	<i>173</i>
1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	174
1.4.1. <i>Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica</i>	<i>174</i>
1.5. Domínios	174
1.5.1. <i>Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico.....</i>	<i>175</i>
1.6. Conceção de Cuidados	179
1.7. Especificação das intervenções.....	185
1.8. Síntese relativa ao caso	187

1. CASO CLINICO CONTEXTO INTERNAMENTO

Indivíduo do sexo masculino, 55 anos, com diagnóstico de perturbação do desenvolvimento intelectual ligeira e psicose não orgânica. Institucionalizado desde 2016 pelo desgaste dos pais cuidadores devido a episódios de agitação psicomotora, heteroagressividade, frangofilia e ideias deliróides de matiz persecutório e polimorfos. Desde então, o pai faleceu, permanecendo a mãe idosa como retaguarda familiar principal, acompanhada por um irmão que realiza visitas regulares. Historial clínico psiquiátrico: Diagnóstico de psicose não orgânica e Perturbação do desenvolvimento intelectual ligeira. Apresenta défices cognitivos evidenciados por um score de 21 no *Mini Mental State Examination (MMSE)*. Patologias não psiquiátricas: Diminuição acentuada da visão, compensada com uso de óculos. Relata cialgias, sendo medicado com analgesia em SOS e realizando sessões de fisioterapia regularmente. Sem outras patologias conhecidas. Estado emocional: Score de 1,12 na subescala de ansiedade e de 1,5 na subescala de depressão do *Brief Symptom Inventory (BSI)*, indicando níveis moderados de sintomatologia ansiosa e depressiva. História educacional e laboral: Analfabeto funcional, sabendo apenas escrever o próprio nome. Trabalhou anteriormente como carpinteiro, mas foi despedido devido a conflitos interpessoais no ambiente laboral, antes da institucionalização. Autonomia: independente para as Atividades de Vida Diária (AVD's) e com dependência moderada para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD's). Funcionamento cognitivo: apresenta défices no pensamento abstrato e na aprendizagem, com limitações significativas para atividades que exijam raciocínio mais elaborado. Aspectos Psicossociais e Participação: de trato fácil, amável e adequado em contexto social, embora com características apelativas. Frequenta regularmente atividades recreativas como o coro e oficinas de cartonagem, que contribuem para a sua integração social e ocupacional.

1.1. Enquadramento teórico

A Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) é uma condição caracterizada por limitações significativas, no funcionamento intelectual e nas habilidades adaptativas, manifestando-se antes dos 18 anos de idade. Segundo a *American Psychiatric Association (APA, 2022)*, o funcionamento intelectual é avaliado por meio de testes padronizados, como o quociente de inteligência (QI), sendo que valores abaixo de 70 podem indicar esta perturbação. As habilidades adaptativas referem-se à capacidade do indivíduo para lidar com as exigências da vida quotidiana, abrangendo três domínios principais: o social, o prático e o conceptual.

Consoante a gravidade das limitações e a necessidade de apoio, a PDI pode ser classificada como leve, moderada, severa ou profunda (*World Health Organization [WHO], 2021*).

Os indivíduos com PDI moderada tendem a apresentar dificuldades em domínios como, as competências académicas, o pensamento abstrato e a resolução de problemas. No entanto, com o suporte adequado e intervenções educativas personalizadas, podem desenvolver autonomia parcial e realizar tarefas práticas de forma independente (Tassé et al., 2016). As abordagens estruturadas, que promovam a integração social e a estimulação de competências funcionais e

cognitivas, são essenciais para melhorar a qualidade de vida destes indivíduos (Lifshitz, Weiss, & Fridel, 2020).

A psicose, por sua vez, é uma perturbação psiquiátrica que afeta a percepção da realidade, sendo frequentemente associada a sintomas como as alucinações, os delírios e o pensamento desorganizado. De acordo com Murray e Jones (2021), a psicose pode estar presente em diversas condições psiquiátricas, incluindo a esquizofrenia. Em pessoas com PDI, os sinais de psicose tendem a manifestar-se de forma atípica, através de comportamentos desadaptativos, irritabilidade e retraimento social, em vez de relatos explícitos de alucinações ou delírios (Cooper et al., 2007).

A associação entre psicose e PDI está bem documentada, sendo a sua prevalência mais elevada entre populações institucionalizadas ou em situações de vulnerabilidade social (Morgan, Leonard, Bourke, & Jablensky, 2014). O diagnóstico nestes casos pode ser particularmente desafiante, dado que as limitações cognitivas podem mascarar ou agravar os sintomas psicóticos. Além disso, os fatores como o luto, as mudanças na estrutura familiar e os conflitos interpessoais, são frequentemente desencadeadoras de episódios psicóticos, em indivíduos vulneráveis (Shear et al., 2016).

O diagnóstico de psicose em indivíduos com PDI exige uma abordagem multidisciplinar e ferramentas adaptadas, de forma a minimizar a sobreposição de sintomas e a identificar alterações comportamentais subtis (Haddock et al., 2016). A utilização de antipsicóticos atípicos, combinada com terapia cognitivo-comportamental (TCC) adaptada, tem-se revelado eficaz na redução dos sintomas e na melhoria da funcionalidade social (Leucht et al., 2019).

A ansiedade é outra manifestação frequente em indivíduos com PDI e psicose, sendo particularmente prevalente em contextos de institucionalização. Trata-se de um estado emocional, caracterizado por uma resposta exacerbada, a estímulos internos e externos, incluindo alterações na rotina, interações sociais limitadas e experiências traumáticas. A dificuldade em interpretar e responder adequadamente, a situações de stress, torna estes indivíduos mais vulneráveis à ansiedade (Vorría et al., 2020).

A institucionalização pode agravar esta vulnerabilidade, dado que ambientes institucionais, muitas vezes, carecem de estímulos individualizados e apresentam suporte emocional reduzido, fatores que contribuem para o desenvolvimento de sintomas ansiosos (Cooper et al., 2007). A falta de uma rede de apoio familiar consistente e a exposição prolongada, a mudanças na rotina ou conflitos interpessoais, aumentam ainda mais o risco de ansiedade nestes contextos (Foster et al., 2017).

A ansiedade e a psicose interagem de forma bidirecional: a ansiedade pode intensificar os sintomas psicóticos, enquanto os próprios sintomas psicóticos podem gerar ou agravar estados ansiosos (Haddock et al., 2016). Este fenómeno é particularmente relevante em populações institucionalizadas, onde o isolamento social e a estigmatização podem reforçar sentimentos de medo e solidão.

O diagnóstico de ansiedade nestes indivíduos é desafiante, pois as manifestações podem ser atípicas. Sintomas como inquietação motora, comportamentos repetitivos e irritabilidade são

frequentemente subvalorizados, sendo erroneamente atribuídos ao compromisso intelectual ou à psicose subjacente (Saha et al., 2017). Por isso, a utilização de entrevistas clínicas estruturadas e avaliações comportamentais, é essencial para identificar corretamente os estados de ansiedade, nestes grupos vulneráveis (Shear et al., 2016).

O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EEESMP) é fundamental na abordagem de indivíduos com PDI, psicose e ansiedade, especialmente em contextos institucionais. Estes indivíduos apresentam necessidades complexas que exigem intervenções personalizadas, baseadas em evidências científicas. Embora a institucionalização possa ser necessária, também pode contribuir para o agravamento dos sintomas, devido ao isolamento social, à escassez de estímulos ambientais e à redução da rede de apoio familiar (Vorria et al., 2020; Novella, 2010).

A identificação precoce, de sintomas ansiosos e psicóticos, é uma das principais competências do enfermeiro especialista, que deve recorrer a ferramentas diagnósticas adaptadas, como escalas específicas e entrevistas comportamentais estruturadas (Schalock et al., 2021). Além disso, as intervenções terapêuticas estruturadas, como musicoterapia, arteterapia e programas psicoeducacionais, têm demonstrado um impacto positivo na redução da ansiedade e na promoção da interação social (Perkins & Fancourt, 2021).

1.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Masculino

1.2. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-11-27 17:00:00	Ácido valpróico 500 mg 2x dia	
2024-11-27 17:00:00	Paliperidona 6 mg x dia	
2024-11-27 17:00:00	Lorazepam 2,5 mg á noite	
2024-11-27 17:00:00	Trazodona 150 mg 1x dia	
2024-11-27 17:00:00	Sertralina 50 mg 1x dia	
2024-11-27 17:00:00	Biperidona 4 mg 1x dia	
2024-11-27 17:00:00	Olanzapina 20 mg 1x dia	

1.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Ácido Valpróico

O ácido valpróico é utilizado como estabilizador do humor em perturbações bipolares e no tratamento da epilepsia. Os seus efeitos secundários mais comuns incluem náuseas, tremores, aumento de peso, queda de cabelo e hepatotoxicidade. Em situações raras, pode causar pancreatite ou encefalopatia. Deve-se monitorizar periodicamente a função hepática e os níveis séricos do medicamento, assegurando que estes se encontram no intervalo terapêutico (50–100 mcg/mL). A administração deve ser efetuada com alimentos para reduzir desconfortos gastrointestinais e o enfermeiro deve monitorizar os sinais de alerta, como icterícia, fadiga extrema ou dor abdominal persistente.

Paliperidona

A paliperidona é um antipsicótico atípico indicado para tratar esquizofrenia e perturbações esquizoafetivas. Os possíveis efeitos adversos incluem sedação, aumento de peso, dislipidemia, hiperglicemia, prolongamento do intervalo QT no ECG e sintomas extrapiramidais, como rigidez e tremores. O enfermeiro deve monitorizar o peso, glicemia e sinais de síndrome metabólica. O cliente deve ser orientado a evitar atividades que exijam elevada concentração, devido ao poder sedativo e a manter hidratação adequada para prevenir tonturas relacionadas com hipotensão.

Lorazepam

O lorazepam é uma benzodiazepina prescrito para a ansiedade grave e a insónia. Os efeitos secundários incluem sedação, tonturas, letargia e, com uso prolongado, risco de dependência e tolerância. Também pode causar depressão respiratória, sobretudo em idosos ou quando associado a outros depressores do sistema nervoso central. O enfermeiro deve monitorizar sinais de sedação excessiva, apneia do sono e possíveis indícios de dependência. Deve-se informar a pessoa sobre os riscos do consumo de álcool e a necessidade de evitar a interrupção abrupta do medicamento, que pode provocar sintomas de abstinência, como ansiedade ou irritabilidade.

Trazodona

A trazodona é um antidepressivo frequentemente usado para a insónia associada a depressão, devido ao seu efeito sedativo. Os efeitos secundários incluem hipotensão postural, sonolência, boca seca, tonturas e, raramente, priapismo. O enfermeiro deve estar atento a sinais de hipotensão postural. É recomendado administrar o medicamento à noite para aproveitar o efeito sedativo e minimizar os impactos na rotina diária.

Sertralina

A sertralina é um inibidor seletivo da recaptção da serotonina (ISRS), indicado para tratar depressão, ansiedade e perturbações obsessivo-compulsivas (POC). Os efeitos secundários mais comuns são náuseas, diarreia, insónia, boca seca, diminuição da libido e, raramente, síndrome serotoninérgica (hipertermia, rigidez muscular, confusão mental). O enfermeiro deve monitorizar sinais de síndrome serotoninérgica. É também crucial avaliar sinais de

comportamento suicida nas fases iniciais do tratamento e informar o cliente de que os efeitos terapêuticos podem demorar até quatro semanas a manifestar-se.

Biperidona

A biperidona é um anticolinérgico usado para gerir efeitos extrapiramidais induzidos por antipsicóticos, como tremores, rigidez e movimentos involuntários. Os efeitos secundários incluem boca seca, visão turva, obstipação, retenção urinária e, em alguns casos, confusão. O enfermeiro deve monitorizar sinais de retenção urinária e obstipação, sobretudo em pessoas idosas, e incentivar a hidratação e uma dieta rica em fibras para prevenir complicações. É importante orientar o cliente a relatar dificuldades em urinar ou alterações na visão.

Olanzapina

A olanzapina é um antipsicótico atípico utilizado no tratamento de esquizofrenia e perturbação bipolar. Os efeitos secundários mais frequentes incluem aumento significativo de peso, sedação, dislipidemia, hiperglicemia, hipotensão postural e risco de agranulocitose (redução de leucócitos). O enfermeiro deve monitorizar regularmente o peso, glicemia e pressão arterial, além de observar sinais de infeções recorrentes ou febre, que podem indicar agranulocitose. A administração deve ocorrer à noite devido ao efeito sedativo, e o doente deve ser encorajado a adotar um estilo de vida saudável para minimizar os efeitos metabólicos.

1.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

1.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Nada a considerar.

1.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-11-2024 17:00	Visão	
27-11-2024 17:00	Sono	
27-11-2024 17:00	Autoconceito	
27-11-2024 17:00	Emoção	
27-11-2024 17:00	Memória	
27-11-2024 17:00	Autogestão do regime medicamentoso	
27-11-2024 17:00	Desenvolvimento do adulto	
27-11-2024 17:00	Padrão de exercício	

1.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A avaliação dos domínios de enfermagem no caso clínico apresentado é essencial para compreender as múltiplas dimensões que influenciam a saúde e o bem-estar do cliente. Indivíduos com PDI ligeiro a moderado, psicose e ansiedade enfrentam desafios que afetam a sua capacidade funcional e adaptativa, particularmente em contextos de institucionalização. Segundo Schalock, Luckasson e Tassé (2021), a PDI e as comorbidades psiquiátricas requerem uma análise abrangente que inclua os fatores emocionais, os cognitivos e os físicos, pois estes elementos interagem para determinar o nível de autonomia e a qualidade de vida.

Apesar de este cliente apresentar um compromisso cognitivo ligeiro, associado a uma perturbação do desenvolvimento intelectual, o mesmo apresenta capacidade de aprendizagem, colaborando com o plano de atividades da instituição (dobrar a roupa, varrer o chão, pôr a mesa, etc.), participa nas atividades de cartonagem e pertence ao coro da instituição. Durante 20 anos foi carpinteiro, atividade profissional que interrompeu aquando da institucionalização.

Foram identificados os seguintes domínios, suscetíveis de serem avaliados pelo enfermeiro especialista: visão, sono, autoconceito, memória, autogestão do regime medicamentoso, desenvolvimento do adulto, padrão de exercício e emoção.

O quadro seguinte é uma síntese da identificação dos diagnósticos de enfermagem após a recolha de dados, a sua relação com o quadro teórico e a definição dos objetivos das intervenções de enfermagem.

Domínio	Diagnósticos de Enfermagem	Justificação da avaliação	Recolha de Dados	Objetivos
Visão	Visão comprometida	Os estudos mostram que condições visuais não corrigidas agravam as dificuldades adaptativas em populações com défices cognitivos, contribuindo para o isolamento e a ansiedade (Chiu et al., 2021).	Ambliopia bilateral elevada	Promover autogestão para prevenção de quedas
Autoconceito	Autoconceito não comprometido	Indivíduos com debilidade intelectual e psicose podem apresentar este domínio comprometido devido às suas limitações funcionais e à estigmatização (Falk, K., & Sansour, T., 2024)	Não revela sentimentos de desvalorização pessoal. Aceita perceções positivas. Revela uma autoimagem e autoestima positiva.	
Autogestão Medicamentosa	Autogestão do regime medicamentoso comprometido	O cumprimento rigoroso do regime medicamentoso é crucial para evitar recaídas psicóticas, sintomas de ansiedade e depressão, comportamento agressivo e alterações do sono em pessoas institucionalizadas com doença mental grave. A não adesão está associada a recaídas mais frequentes, perda de função e resistência ao tratamento (Kane, J., 2013; Morken, G. et al., 2006).	O cliente revela dificuldade na gestão medicamentosa sendo esta da responsabilidade da equipa de enfermagem. Cumpre a medicação prescrita, conhece o plano medicamentoso e os efeitos secundários da mesma.	
Padrão de Exercício	Autogestão do regime de exercício	Estudos revelam uma alta prevalência de síndrome metabólica em pessoas tratados com antipsicóticos, sendo esta associada ao IMC elevado e ao sedentarismo. A prática de atividades físicas de lazer foi identificada como um fator protetor significativo contra os componentes da síndrome metabólica, promovendo melhorias no controle do peso corporal e na saúde metabólica (Yang et al., 2016). A prática regular de atividade física tem sido amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz para a redução da ansiedade, trazendo benefícios significativos para a saúde mental.	O cliente revela que caminha de forma regular cerca de 30m diariamente nos jardins da instituição e participa de forma irregular no programa de exercício físico que a instituição disponibiliza.	Determinar evolução do padrão de exercício Promover autogestão: regime de exercício
Desenvolvimento do Adulto	Obesidade		Altura: 158 cm. /Peso: 75 kg. / IMC: 30 Kg/m²	

Sono	Sono não comprometido	Alterações no padrão de sono são comuns em quadros de ansiedade e psicose podendo agravar esta sintomatologia. O equilíbrio do sono é essencial para a estabilidade emocional e cognitiva, reduzindo o impacto de sintomas ansiosos (Kaskie, R. et al., 2017).	Dormiu por períodos longos. Sono reparador. 8h de sono noturno; 0h de sono diurno.	Determinar evolução do sono
Emoção	Ansiedade Moderada Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade; o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade; a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade	A ansiedade é frequente em indivíduos com debilidade intelectual e psicose, sendo agravada pela falta de estímulos e suporte emocional em ambientes institucionalizados, onde a interação bidirecional entre ansiedade e psicose intensifica sintomas e promove isolamento social e estigmatização (Cooper et al., 2007; Haddock et al., 2016; Vornia et al., 2020). A ansiedade em períodos festivos é amplificada pela incerteza e mudanças na rotina, especialmente em indivíduos institucionalizados (Velamoor et al., 1999).	O cliente verbaliza ansiedade pela aproximação do natal e manifesta inquietação, questionando frequentemente a equipa de enfermagem pela confirmação da saída para casa para passar a época festiva. O cliente não reconhece os fatores que concorrem para a ansiedade; desconhece estratégias promotoras da regulação da ansiedade e carece de capacidade prática para implementar essas estratégias.	Determinar evolução da ansiedade Promover autocontrolo da ansiedade. Diminuir ansiedade
	Humor não comprometido	O humor depressivo intensifica sintomas psicóticos ao amplificar distorções cognitivas, perpetuar ciclos de manutenção e agravar a vulnerabilidade devido a barreiras sociais e subdiagnóstico. (McLay et al., 2024; Smith et al., 2006; Freeman & Garety, 2003; Krabbendam et al., 2005)	Sem indícios de humor depressivo ou euforia	
Memória	Memória comprometida	A psicose, a debilidade intelectual, a institucionalização e o comprometimento cognitivo apresentam uma relação interdependente, na qual cada fator pode intensificar os efeitos do outro. Indivíduos que combinam estes fatores apresentam dificuldades na memória verbal, na velocidade de processamento e nas funções executivas, contribuindo para limitações significativas no funcionamento social e na autonomia (Kushwaha, A et al., 2024; Sheffield et al., 2018).	Dificuldade em reter e recuperar informação. Diminuição da velocidade de processamento. Score MMSE: 21. (Declínio cognitivo em pessoa analfabeta)	

1.5.2. OBJETIVOS E PRIORIDADES NO PLANEAMENTO DOS CUIDADOS

Os objetivos desempenham um papel crucial no plano de cuidados em enfermagem, pois estabelecem metas específicas e mensuráveis para a prestação dos cuidados. Eles facilitam a coordenação e eficácia da equipa de enfermagem, garantindo um foco comum. Além disso, garantem uma abordagem personalizada e holística, adaptada às necessidades, às preferências e aos objetivos individuais do cliente (Johnson et al., 2004).

Ao definir objetivos claros no plano de cuidados, os enfermeiros podem monitorizar o progresso do cliente ao longo do tempo e ajustar os cuidados conforme necessário. Isso pode envolver mudanças nas intervenções prescritas, identificação de novos diagnósticos de enfermagem ou implementação de novas intervenções (Johnson et al., 2004).

As prioridades no planeamento dos cuidados de enfermagem são fundamentais para classificar as necessidades do cliente por ordem de importância visando a rápida resolução dos diagnósticos traçados. Ao estabelecer prioridades, os enfermeiros consideram a urgência das necessidades, a gravidade da condição, as preferências do cliente, a complexidade dos cuidados e a disponibilidade de recursos. É essencial avaliar e reavaliar continuamente as prioridades, pois as necessidades do cliente podem mudar ao longo do tempo (Johnson, 2004).

Com base na entrevista clínica realizada e na recolha de dados, foi priorizado o diagnóstico de enfermagem ansiedade.

1. Ansiedade

Objetivos:

- Diminuir ansiedade
- Promover autocontrolo ansiedade

2. Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes da ansiedade

Objetivos:

- Melhorar a consciencialização sobre os fatores concorrentes da ansiedade

3. Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade

Objetivos:

- Melhorar o conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade.

4. Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Objetivos:

- Melhorar a capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Para intervir neste diagnóstico optou-se por uma intervenção psicoeducacional desenvolvido em 4 sessões. Esta intervenção foi realizada em grupo, mas foi efetuado um reforço das aprendizagens de forma individual, tendo em conta as dificuldades cognitivas que o cliente apresenta.

A psicoeducação é uma intervenção fundamental para a gestão da ansiedade em indivíduos com declínio cognitivo e doença mental grave. Estas duas condições frequentemente apresentam desafios significativos nomeadamente no controle dos sintomas ansiosos, exigindo abordagens adaptadas e centradas no indivíduo. A psicoeducação neste contexto deverá ser adaptada utilizando linguagem simplificada e recursos visuais. A eficácia de tais adaptações foi confirmada em programas projetados para reduzir a ansiedade e melhorar a interação social em pessoas com *déficits* cognitivos ligeiros a moderados (Acton *et al.*, 2023).

O planeamento desta intervenção de psicoeducação focou-se na diminuição da ansiedade, na regulação emocional e na promoção do bem-estar psicológico, integrando estratégias de autocontrolo da ansiedade através da prática de respiração consciente e do mindfulness. A elaboração na última sessão de uma caixa de gestão emocional demonstrou ser uma estratégia eficaz de consolidação dos conhecimentos, bem como uma ferramenta a utilizar em momentos emocionalmente mais difíceis.

1.5.4. A evolução do cliente: indicadores de resultado

A avaliação da evolução do cliente é uma tarefa essencial que requer uma abordagem individualizada e cuidadosa por parte do EESMP. Esta avaliação permite identificar as necessidades e condições específicas de cada cliente e avaliar a eficácia das intervenções. É fundamental que o enfermeiro esteja atento aos sintomas de ansiedade e stress do cliente, realizando avaliações objetivas regulares para identificar alterações significativas que possam impactar o bem-estar do cliente e potenciar recaídas.

Os indicadores de resultado são essenciais no plano de cuidados de enfermagem, pois permitem a avaliação da eficácia das intervenções e garantem uma abordagem individualizada e centrada no cliente. Eles facilitam a monitorização da evolução do cliente, promovem a qualidade do cuidado, melhoram a comunicação entre os profissionais de saúde e possibilitam a reavaliação contínua das intervenções. A sua utilização contribui para a personalização dos cuidados e para a melhoria da satisfação do cliente, além de orientar a gestão de recursos na prática clínica (Boscart *et al.*, 2018; McCormack & McCance, 2006).

IR* - Indicador de resultado

Ansiedade - IR:

- Que o cliente verbalize melhoria da ansiedade
- Que o cliente seja capaz de desenvolver estratégias de autocontrolo da ansiedade

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade- IR:

- Que o cliente demonstre conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes da ansiedade

- Que o cliente demonstre consciencialização sobre os fatores concorrentes da ansiedade

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Que o cliente demonstre capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

CRONOGRAMA DA CONCEÇÃO DOS CUIDADOS



1.6. Conceção de Cuidados

Visão

27-11-2024 17:00

27-11-2024 17:00 - Acuidade visual

27-11-2024 17:00 - Bilateral: perda parcial crónica.

27-11-2024 17:00 - Visão comprometida

27-11-2024 17:00 - Promover autogestão: prevenção de quedas

27-11-2024 17:00 - Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

27-11-2024 17:00 - Conhecimento sobre promoção da orientação no ambiente físico: facilitador.

Sono

27-11-2024 17:00 - Dormiu por períodos longos.

27-11-2024 17:00 - Sono reparador.

27-11-2024 17:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

27-11-2024 17:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

27-11-2024 17:30 - Determinar evolução do sono

27-11-2024 17:30 - Avaliar evolução do sono

18-12-2024 17:30 - Dormiu por períodos longos.

18-12-2024 17:30 - Sono reparador [MANTEVE].

18-12-2024 17:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

18-12-2024 17:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

06-01-2025 12:00 - Dormiu por períodos longos.

06-01-2025 12:00 - Sono reparador [MANTEVE].

06-01-2025 12:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

06-01-2025 12:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 0 Hora.

Autoconceito

27-11-2024 17:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

27-11-2024 17:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

27-11-2024 17:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

27-11-2024 17:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

Emoção

27-11-2024 17:00 - Sem indícios de humor depressivo.

27-11-2024 17:00 - Sem indícios de euforia.

27-11-2024 17:00 - Verbaliza ansiedade.

27-11-2024 17:00 - Manifestação de inquietação.

27-11-2024 17:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

27-11-2024 17:00 - Sem manifestação de pânico.

27-11-2024 17:00 - Determinar evolução do humor

27-11-2024 17:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [SOS]

06-01-2025 12:00 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

27-11-2024 17:00 - Ansiedade [RESOLVIDO] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Determinar evolução da ansiedade [FIM] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Avaliar evolução da ansiedade [SOS] [FIM] 06-01-2025 12:00

04-12-2024 16:30 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

11-12-2024 17:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

06-01-2025 12:00 - Não verbaliza ansiedade [MELHOROU].

04-12-2024 16:30 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

11-12-2024 17:00 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

06-01-2025 12:00 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

04-12-2024 16:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

11-12-2024 17:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

06-01-2025 12:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

04-12-2024 16:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

11-12-2024 17:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

06-01-2025 12:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

27-11-2024 17:00 - Diminuir ansiedade [FIM] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Executar técnica de relaxamento [FIM] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade [FIM] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Promover autocontrolo: ansiedade [FIM] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-11-2024 17:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-11-2024 17:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

27-11-2024 17:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

27-11-2024 17:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

27-11-2024 17:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

27-11-2024 17:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 18-12-2024 19:00

27-11-2024 17:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 18-12-2024 19:00

11-12-2024 17:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-12-2024 19:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

27-11-2024 17:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [FIM] 18-12-2024 19:00

27-11-2024 17:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [FIM] 18-12-2024 19:00

27-11-2024 17:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 18-12-2024 18:00

27-11-2024 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 18-12-2024 18:00

18-12-2024 18:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

27-11-2024 17:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 18-12-2024 18:00

27-11-2024 17:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [FIM] 18-12-2024 18:00

27-11-2024 17:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [06/01] [FIM] 06-01-2025 12:00

06-01-2025 12:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

27-11-2024 17:00 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 06-01-2025 12:00

27-11-2024 17:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [06/01] [FIM] 06-01-2025 12:00

06-01-2025 12:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

06-01-2025 12:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

27-11-2024 17:00 - Executar intervenção psicoeducativa [FIM] 06-01-2025 12:00

Memória

27-11-2024 17:00 - Dificuldade em reter nova informação.

27-11-2024 17:00 - Dificuldade em recuperar informação.

27-11-2024 17:00 - Sem desorientação face às pessoas.

27-11-2024 17:00 - Sem desorientação no espaço.

27-11-2024 17:00 - Sem desorientação no tempo.

27-11-2024 17:00 - Score MMSE 21

27-11-2024 17:00 - Memória comprometida

27-11-2024 17:00 - Determinar evolução da memória

27-11-2024 17:00 - Avaliar evolução da memória [semestral]

Autogestão do regime medicamentoso

27-11-2024 17:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

27-11-2024 17:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

27-11-2024 17:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

27-11-2024 17:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

27-11-2024 17:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

27-11-2024 17:00 - Administra a medicação pela via adequada.

27-11-2024 17:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

27-11-2024 17:00 - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

27-11-2024 17:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

27-11-2024 17:00 - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

27-11-2024 17:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

27-11-2024 17:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

27-11-2024 17:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

27-11-2024 17:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2024 17:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

27-11-2024 17:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2024 17:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

27-11-2024 17:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2024 17:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

27-11-2024 17:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

27-11-2024 17:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

27-11-2024 17:00 - Acesso a dispositivos face ao compromisso na autogestão do regime medicamentoso

27-11-2024 17:00 - não sabe e não tem disponibilidade financeira para aceder ao dispositivo, aquando no domicílio.

Padrão de exercício

27-11-2024 17:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 4 horas.

27-11-2024 17:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

27-11-2024 17:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos.

27-11-2024 17:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos.

27-11-2024 17:00 - Autogestão do regime de exercício

27-11-2024 17:00 - Determinar evolução do padrão de exercício

27-11-2024 17:00 - *Avaliar evolução do padrão de exercício [1x mês]*

06-01-2025 12:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 3 horas.

06-01-2025 12:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

06-01-2025 12:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos.

06-01-2025 12:00 - Tempo de exercício físico semanal: 60 Minutos.

27-11-2024 17:00 - Promover autogestão: regime de exercício

27-11-2024 17:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

27-11-2024 17:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador.

27-11-2024 17:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: facilitadora.

27-11-2024 17:00 - Conscientização da relação entre atividade física e o peso corporal: facilitadora.

27-11-2024 17:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

27-11-2024 17:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [1x mês]*

06-01-2025 12:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

06-01-2025 12:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

Desenvolvimento do adulto

27-11-2024 17:00

27-11-2024 17:00 - Comprimento/Altura: 158.00 cm. 27-11-2024 17:00 - Peso: 75.00 Kg.

27-11-2024 17:00 - Índice de massa corporal: 30.04 Kg/m².

27-11-2024 17:00 - Atualmente desempregado/reformado.

27-11-2024 17:00 - Sem atividade laboral.

1.7. Especificação das intervenções

Treinar estratégias de relaxamento

- Treinar a prática da respiração consciente

Instruir estratégias de relaxamento

- Instruir a prática da respiração consciente

Avaliar evolução da memória

- Aplicar MMSE

Avaliar evolução do humor depressivo

- Vigiar tristeza
- Vigiar isolamento

Executar técnica de relaxamento

- Executar meditação Mindfulness de acordo com o guião (em anexo)

Avaliar evolução da ansiedade

- Monitorizar verbalização de ansiedade
- Vigiar sintomatologia ansiosa

Assistir cliente no treino do autocontrolo da ansiedade

- Instruir a prática da respiração consciente
- Instruir a prática da utilização da caixa das emoções
- Incentivar a comunicação de emoções
- Contratualizar com o cliente a participação no programa de psicoeducação emocional em grupo
- Contratualizar com o cliente a prática da meditação mindfulness em grupo

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- O cliente identifica as estratégias de regulação emocional
- Monitorizar quais as estratégias que o cliente utiliza

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Informar o cliente das diferentes estratégias de autocontrolo da ansiedade
- Informar o cliente das vantagens das diferentes estratégias de autocontrolo da ansiedade

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Informar o cliente das diferentes técnicas de relaxamento (relaxamento muscular progressivo, treino autogénico, respiração consciente)
- Informar o cliente das vantagens das diferentes técnicas de relaxamento

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Encorajar o cliente a utilizar a caixa das emoções na gestão da ansiedade
- Monitorizar o uso das estratégias de autocontrolo da ansiedade

Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

- Questionar o cliente sobre o impacto que a época natalícia tem nas suas emoções
- Pedir ao cliente que descreva o que sente quando pensa no natal
- Assistir o cliente num exercício de autorreflexão sobre os fatores que podem desencadear a ansiedade

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- O cliente enumera os fatores desencadeantes de ansiedade

Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício

- Monitorizar a prática de exercício físico de forma regular

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- O cliente adota estratégias de gestão de ansiedade (respiração consciente, atividade física/ caminhada, caixa das emoções)
- O cliente verbaliza melhoria da preocupação e inquietação

Executar intervenção psicoeducativa

- sessão 1 - Reconhecimento das emoções
- sessão 2 - Entendendo a ansiedade
- sessão 3 - Regulação da ansiedade
- sessão 4 - A minha caixa de gestão emocional

Avaliar evolução do sono

- Monitorizar o número de horas noturnas dormidas
- Vigiar padrão do sono

1.8. Síntese relativa ao caso

Durante a execução do plano de cuidados desenvolveram-se atividades que operacionalizaram a intervenção psicoterapêutica planeada e que foram implementadas ao longo das quatro sessões. Estas atividades foram adaptadas quer às dificuldades cognitivas do cliente quer às suas necessidades e preferências e tiveram por base a melhor evidência científica. De forma a consolidar os conhecimentos adquiridos e a obter os melhores resultados o cliente foi incorporado num programa de psicoeducação de grupo, mas simultaneamente foram realizadas sessões individuais de reforço do conteúdo abordado nas sessões. Esta estratégia revelou ser a mais eficaz na prossecução das atividades planeadas. O uso de jogos didáticos possibilitou o exercício de habilidades cognitivas, emocionais e sociais, pois os jogos favorecem a interação social e a colaboração mútua.

Executar técnica de relaxamento

O relaxamento é um estado de consciência que ajuda a afastar pensamentos perturbadores e gera sensações agradáveis (Payne, 2000). Entre as várias técnicas de relaxamento, destaca-se a prática da respiração consciente, que tem sido associada à redução do stress e da ansiedade. Esta técnica envolve focar na própria respiração, permitindo que o cliente se sinta mais presente e consciente no momento, o que ajuda a acalmar a mente e a relaxar o corpo. Estudos indicam que a respiração consciente pode ativar o sistema nervoso parassimpático, reduzindo a frequência cardíaca e promovendo uma sensação geral de bem-estar (Brown & Gerbarg, 2005; Cohen et al., 2016).

Avaliar evolução da ansiedade

Avaliar a evolução da ansiedade na execução do plano de cuidados é crucial pois permite ao EESMP a monitorização da eficácia das intervenções implementadas, identificando o que funciona e o que necessita de ajustes. Isto é fundamental para garantir que as abordagens de tratamento, como técnicas de relaxamento e meditação, sejam adaptadas às necessidades específicas do cliente.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade

Avaliar a evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade é essencial para adaptar intervenções terapêuticas às necessidades individuais do cliente. À medida que o cliente aplica e ajusta diferentes técnicas, como a respiração consciente, mindfulness e relaxamento, é crucial monitorizar a eficácia dessas abordagens de forma a promover o bemestar emocional e reduzir os sintomas de ansiedade. Esta avaliação contínua permite identificar quais as estratégias são mais eficazes para cada indivíduo, ajudando a desenvolver um plano de cuidados mais personalizado e eficaz (Hofmann et al., 2012). Além disso, a autoavaliação do progresso pode aumentar a motivação e a autoeficácia, facilitando uma melhor gestão da ansiedade (Bandura, 1997).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

Ensinar técnicas de relaxamento é crucial para promover mudanças de comportamento e adesão a novos hábitos, especialmente em contextos de gestão do stress e da ansiedade. As técnicas de relaxamento, como a respiração consciente e o mindfulness, ajudam os indivíduos a desenvolverem uma maior consciência emocional e a reconhecerem os seus padrões de stress. Esta autoconsciência é fundamental para a mudança de comportamento, pois permite que o cliente identifique os gatilhos da ansiedade, podendo assim implementar estratégias para evitá-los ou geri-los de forma mais eficaz (Kabat-Zinn, 1990; Ghawadra et al., 2020).

Avaliar evolução do autocontrole ansiedade

Avaliar a evolução do autocontrole da ansiedade é fundamental por várias razões. Em primeiro lugar, permite que o EESMP monitorize a eficácia das intervenções implementadas. Através de avaliações regulares, é possível identificar padrões e mudanças nas respostas emocionais do cliente, ajudando-o a ajustar os planos de tratamento conforme necessário. Além disso, a avaliação contínua do autocontrole da ansiedade proporciona uma melhor compreensão das necessidades individuais do cliente. Essa personalização das intervenções pode aumentar a adesão ao plano de intervenção e a motivação do cliente, uma vez que se sentem mais envolvidos e responsabilizados pela sua própria recuperação (Toussaint et al., 2021). Por fim, a capacidade de medir a evolução do autocontrole da ansiedade também pode contribuir para a prevenção de recaídas. Ao identificar os momentos de maior dificuldade e os fatores que influenciam a ansiedade, o cliente e os profissionais de saúde podem desenvolver estratégias mais eficazes para ajudar os pacientes a manterem-se resilientes em face do stress (Bandura, 1997).

Avaliar evolução da adesão a estratégias de autocontrole da ansiedade

Ao monitorizar a adesão a estratégias de autocontrole da ansiedade é possível oferecer suporte contínuo e encorajamento, aumentando a motivação do cliente para persistir nas práticas de autocontrole, o que pode levar a uma redução significativa nos níveis de ansiedade (Bandura, 1997). A análise da evolução da adesão também fornece insights sobre os obstáculos que o cliente pode enfrentar na implementação dessas estratégias, permitindo uma abordagem mais personalizada que considere os fatores contextuais que influenciam a sua capacidade de gerir a ansiedade.

CONCLUSÃO

O caso clínico em análise destaca a relevância da implementação de cuidados especializados e individualizados na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, especialmente no acompanhamento de indivíduos institucionalizados com doença mental grave. A abordagem multidimensional, sustentada por evidências científicas, demonstrou ser eficaz na promoção do bem-estar e na regulação emocional do cliente. Os resultados obtidos evidenciam avanços significativos na redução da ansiedade e no reforço da autonomia funcional, reafirmando o papel essencial do enfermeiro especialista neste contexto.

O planeamento dos cuidados e a implementação de intervenções personalizadas foram direcionados para a gestão da ansiedade e a melhoria da saúde global do cliente. Os resultados alcançados foram extremamente positivos, destacando-se os seguintes aspetos:

Regulação Emocional: O cliente deixou de verbalizar sintomas de ansiedade e utiliza de forma eficaz as estratégias aprendidas ao longo do plano terapêutico. A "caixa de gestão emocional", concebida como ferramenta terapêutica, revelou-se eficaz na regulação emocional perante situações desencadeadoras de ansiedade. Este progresso reflete a aquisição de competências emocionais e a consolidação das intervenções realizadas.

Melhoria da Sintomatologia Ansiosa: durante as semanas de intervenção, verificou-se uma melhoria gradual dos sintomas de ansiedade, com o cliente a expressar claramente essa evolução. Demonstrou uma crescente consciencialização dos fatores que desencadeiam a ansiedade no contexto institucional e conseguiu expressar as suas emoções de forma mais adequada. No final da intervenção, foi capaz de identificar e aplicar algumas estratégias de autocontrolo, destacando a respiração consciente e a caminhada como principais técnicas. Estes resultados confirmam a eficácia das estratégias de regulação emocional, incluindo a respiração consciente, o mindfulness e a psicoeducação adaptada.

Atividade Física e Saúde Global: A adesão do cliente à prática de atividade física duas vezes por semana revelou-se benéfica para o seu bem-estar físico e emocional, evidenciando o impacto positivo da incorporação de atividades regulares no plano de cuidados. Paralelamente, a manutenção dos passeios higiénicos diários demonstrou ser uma estratégia eficaz na gestão da ansiedade, proporcionando melhorias tanto a nível físico como mental.

Promoção da Autonomia e Bem-Estar Psicológico: A implementação de intervenções psicoeducativas e a criação de um ambiente terapêutico estruturado contribuíram para o desenvolvimento da autonomia do cliente na gestão dos seus sintomas. Este progresso reflete a capacidade do enfermeiro especialista em adaptar intervenções às necessidades cognitivas e emocionais do cliente, maximizando os benefícios terapêuticos, mesmo perante défices cognitivos ligeiros.

Os resultados obtidos neste caso reforçam a importância de uma abordagem individualizada, ajustada às especificidades cognitivas e emocionais do cliente. A combinação de intervenções psicossociais e estratégias de promoção da saúde mental não apenas resultou numa redução

significativa da ansiedade, mas também potenciou uma melhoria global da qualidade de vida do cliente.

O papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica é determinante na implementação de cuidados personalizados e baseados em evidências científicas, promovendo a autonomia, o bem-estar emocional e a integração social de indivíduos com necessidades complexas. A intervenção especializada visa o empoderamento do cliente e a maximização do seu potencial, reafirmando o valor da prática avançada em enfermagem como um instrumento transformador na melhoria da saúde mental e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: APA Publishing.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.

Brown, R. P., & Gerbarg, P. L. (2005). Sudarshan Kriya yogic breathing in the treatment of stress, anxiety, and depression: Part II—Clinical applications and guidelines. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(4), 711–717. <https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.711>

Cohen, M. M., Penman, S., Pirotta, M., & Da Costa, C. (2016). The effect of yoga on anxiety and depression in general practice: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0840-8>

Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.022483>

Cox, R., & Olatunji, B. (2020). Sleep in the anxiety-related disorders: A meta-analysis of subjective and objective research. *Sleep medicine reviews*, 51, 101282. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101282>.

Foster, J. E., Reiter, S., & Maré, P. M. (2017). Institutional care and its psychological impact: A systematic review. *Journal of Mental Health*, 26(2), 123–134. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1305803>

Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: The direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 923–947. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00107-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00107-1)

Haddock, G., Barrowclough, C., Shaw, J. J., & Tarrier, N. (2016). Cognitive-behavioral therapy for people with psychosis. *Behavior Modification*, 20(1), 1–20. <https://doi.org/10.1177/0145445596201001>

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>

Holsten, F. (2011). Sleep disturbances in schizophrenia. *Drug Discovery Today: Therapeutic Strategies*, 8, 49–52. <https://doi.org/10.1016/J.DDSTR.2011.10.004>.

Kane, J. M. (2013). Improving patient outcomes in schizophrenia: Achieving remission, preventing relapse, and measuring success. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(9), e18. <https://doi.org/10.4088/JCP.12117tx1c>

Kaskie, R., Graziano, B., & Ferrarelli, F. (2017). Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nature and Science of Sleep*, 9, 227 - 239. <https://doi.org/10.2147/NSS.S121076>.

Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Hanssen, M., de Graaf, R., Vollerbergh, W., Bak, M., & van Os, J. (2005). Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 113–125. <https://doi.org/10.1348/014466504X20058>

Kushwaha, A., Basera, D. S., Kumari, S., Sutar, R. F., Singh, V., Das, S., & Agrawal, A. (2024). Assessment of memory deficits in psychiatric disorders: A systematic literature review. *Journal of neurosciences in rural practice*, 15(2), 182–193. https://doi.org/10.25259/JNRP_456_2023

Leucht, S., Arbter, D., Engel, R. R., Kissling, W., & Davis, J. M. (2019). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A meta-analysis. *Lancet*, 373(9657), 2063–2071. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60839-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60839-9)

Lifshitz, H., Weiss, I., & Fridel, S. (2020). Enhancing social inclusion of individuals with intellectual disabilities: Structured programs and their effectiveness. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(4), 452–466. <https://doi.org/10.1177/1744629519864506>

McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Morgan, V. A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2014). Intellectual disability co-occurring with schizophrenia and other psychiatric illness: Population-based study. *British Journal of Psychiatry*, 205(5), 361–368. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.133637>

Morken, G., Widen, J. H., & Gråwe, R. W. (2006). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse, and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 6, 32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00799.x>

Murray, R. M., & Jones, P. B. (2021). Psychosis: The clinical picture and treatment options. *British Medical Bulletin*, 137(1), 34–45. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa047>

Novella, E. J. (2010). Mental health care in the institutional era: Critical perspectives. *History of Psychiatry*, 21(4), 393–408. <https://doi.org/10.1177/0957154X10380023>

Perkins, R., & Fancourt, D. (2021). The effectiveness of music therapy for reducing anxiety in psychiatric populations. *Arts in Psychotherapy*, 74, 101754. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101754>

Rosentzweig, E., & Cozaru, C. (2011). Psychopathological approach in interrelation of socially disabled people. *European Psychiatry*, 26, 682 - 682. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72388-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72388-4).

Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2017). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), e141. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020141>

Schalock, R. L., Luckasson, R., & Tassé, M. J. (2021). The conceptualisation of intellectual disability: Emerging themes and challenges. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 18(1), 15–27. <https://doi.org/10.1111/jppi.12345>

Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R., & Reynolds, C. F. (2016). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, 293(21), 2601–2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>

Sheffield, J., Karcher, N., & Barch, D. (2018). Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychology Review*, 28, 509 - 533. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9388-2>.

Smith, B., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Bashforth, H., Garety, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2006). Emotion and psychosis: Links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. *Schizophrenia Research*, 86(1–3), 181–188. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.018>

Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Firth, J., Cosco, T., Veronese, N., Salum, G., & Schuch, F. (2017). An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 249, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.020>.

Tassé, M. J., Schalock, R. L., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S. A., & Craig, E. M. (2016). Updated manual for the Supports Intensity Scale–Adult Version (SIS-A). *American Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(6), 563–570. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.6.563>

Vorria, P., Ntouros, E., Giaglis, G., Katsiampoura, A., & Polyzoi, K. (2020). Institutional care and its impact on children's development. *Child Development Perspectives*, 14(2), 98–104. <https://doi.org/10.1111/cdep.12365>

World Health Organization (WHO). (2021). *International Classification of Diseases (11th Revision)*. Geneva: WHO.

Yang, C., Lo, S., & Peng, Y. (2016). Prevalence and Predictors of Metabolic Syndrome in People With Schizophrenia in Inpatient Rehabilitation Wards. *Biological Research For Nursing*, 18, 558–566. <https://doi.org/10.1177/1099800416653184>.

APÊNDICE 13 – Guião da entrevista clínica semidiretiva

Entrevista clínica semidiretiva

Informações Pessoais

Qual é a sua idade?

- ☐ Menos de 30 anos ☐ 30-39 anos ☐ 40-49 anos ☐ 50-59 anos
☐ 60-69 anos ☐ 70 anos ou mais

Qual é o seu estado civil?

- ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐ Divorciado(a)
☐ Viúvo(a)

Educação e Profissão

Qual é o seu nível de escolaridade (último grau completo)?

- ☐ Ensino básico incompleto ☐ Ensino básico completo ☐ Ensino secundário
☐ Ensino superior (Licenciatura) ☐ Pós-graduação (Mestrado/Doutoramento)

Qual era a sua atividade profissional?

Relacionamento e Situação familiar

Tem retaguarda familiar?

- ☐ Sim ☐ Não

Saúde Física e Bem-Estar

Como avalia o seu estado geral de saúde?

- ☐ Bom ☐ Razoável ☐ Mau

Bem-Estar Psicológico

O que significa para si o Natal? _____

Quais são os sentimentos mais frequentes relacionados com o Natal?

- ☐ Stress ☐ Tristeza ☐ Gratidão ☐ Ansiedade ☐ Indiferença ☐ Não se

Onde pensa passar o Natal?

- ☐ Na instituição ☐ Com a família ☐ Não sei

Avaliação da Ansiedade de acordo com o indicador NOC

Nível de inquietação

Avalie sinais de inquietação (agitação, dificuldade em manter-se sentado, movimentação constante).

Pontuação:

- ☐ 1 - Gravemente inquieto ☐ 2 - Substancialmente inquieto
☐ 3 - Moderadamente inquieto ☐ 4 - Ligeiramente inquieto ☐ 5 - Sem inquietação

Tensão muscular

Observe sinais de rigidez muscular, ombros tensos, mãos cerradas, entre outros.

Pontuação:

- ☐ 1 - Tensão muito evidente ☐ 2 - Tensão substancial ☐ 3 - Tensão moderada
☐ 4 - Tensão leve ☐ 5 - Sem tensão muscular

Dificuldade na concentração

Pergunte ao cliente sobre a capacidade de manter o foco e note sinais de distração ou esquecimento.

Pontuação:

- ☐ 1 - Totalmente distraído ☐ 2 - Substancialmente distraído
☐ 3 - Moderadamente distraído ☐ 4 - Ligeiramente distraído ☐ 5 - Boa concentração

Estado de alerta

Avalie sinais de hiper-vigilância (movimentos oculares rápidos, resposta exagerada a estímulos).

Pontuação:

- ☐ 1 - Muito alerta ☐ 2 - Substancialmente alerta ☐ 3 - Moderadamente alerta
☐ 4 - Ligeiramente alerta ☐ 5 - Estado de alerta normal

Relato de preocupação excessiva

Questione o cliente sobre pensamentos ansiosos ou preocupações recorrentes.

Pontuação:

- ☐ 1 - Preocupação contínua e incapacitante ☐ 2 - Preocupação substancial
☐ 3 - Preocupação moderada ☐ 4 - Preocupação leve ☐ 5 - Sem preocupações excessivas

Distúrbios do sono relacionados com a ansiedade

Indague sobre a qualidade e duração do sono e observe sinais de privação do sono.

Pontuação:

- ☐ 1 - Sono gravemente afetado ☐ 2 - Sono substancialmente afetado
☐ 3 - Sono moderadamente afetado ☐ 4 - Sono levemente afetado ☐ 5 - Sono normal

Frequência de pensamentos ansiosos

Pergunte com que frequência o cliente sente-se preocupado ou dominado por pensamentos negativos.

Pontuação:

- ☐ 1 - Pensamentos ansiosos constantes ☐ 2 - Pensamentos ansiosos frequentes
☐ 3 - Pensamentos ansiosos moderados ☐ 4 - Pensamentos ansiosos ocasionais
☐ 5 - Sem pensamentos ansiosos

Estará disponível para participar num programa de psicoeducação emocional sobre as emoções e a ansiedade?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Talvez

APÊNDICE 14 – Questionário de avaliação de conhecimentos sobre as emoções

Questionário de Avaliação do Conhecimento sobre Emoções

Instruções: Leia cada pergunta com atenção e escolha a resposta que considera mais correta. Não há respostas certas ou erradas; queremos apenas saber o que você pensa.

Parte 1: Reconhecimento das Emoções

- Qual destas opções descreve melhor o que é uma emoção?
 - Um pensamento que tenho na minha cabeça.
 - Um sentimento que aparece no corpo ou na mente.
 - Uma memória do passado.
- Quando alguém sorri, é provável que esteja:
 - Zangado/a.
 - Feliz.
 - Triste.
- Como geralmente alguém se sente quando chora?
 - Alegre.
 - Triste.
 - Indiferente.

Associe as seguintes emoções aos rostos correspondentes

			Felicidade
			Raiva
			Surpresa
			Nojo
			Tristeza
			Medo

Parte 2: Identificação Pessoal das Emoções

- Quando estou zangado/a, costumo:
 - Sentir calor no meu corpo.
 - Sentir vontade de rir.
 - Sentir-me muito calmo/a.
- Quando me sinto triste, eu:
 - Quero estar sozinho/a.

- Fico com vontade de falar com alguém.
 - Não noto nenhuma diferença.
- O que você faz quando percebe que está feliz?
 - Falo com outras pessoas sobre o que me deixa feliz.
 - Não faço nada, fico quieto/a.
 - Não sei o que fazer.

Parte 3: Estratégias de Regulação Emocional

- O que você pode fazer para se sentir melhor quando está triste?
 - Falar com um amigo.
 - Gritar ou discutir com alguém.
 - Ficar sozinho/a.
- Quando está com medo, o que costuma fazer?
 - Tento respirar devagar e me acalmar.
 - Fujo do lugar ou da situação.
 - Não sei o que fazer.
- Qual destas ações pode ajudar a controlar a raiva?
 - Bater em algo.
 - Respirar profundamente algumas vezes.
 - Gritar com outra pessoa.

Parte 4: Reflexão sobre Emoções

- As emoções são algo que podemos controlar?
 - Sempre.
 - Algumas vezes.
 - Nunca.
- É importante reconhecer as emoções dos outros? Por quê?
 - Sim, para melhorar a comunicação.
 - Não, porque não afeta a minha vida.
 - Não sei.
- Qual emoção que você acha mais difícil de lidar?
 - Tristeza.
 - Raiva.
 - Medo.

Parte 5: Autoavaliação

- Como você se sente ao falar sobre emoções?
 - Confortável.
 - Um pouco desconfortável.
 - Muito desconfortável.
- Você acha que entender as emoções pode ajudá-lo/a a lidar melhor com as situações do dia a dia?
 - Sim.
 - Não.
 - Talvez

APÊNDICE 15 – Planeamento da intervenção de psicoeducação grupal

1ª Sessão



Local	Hora	Tema	Reconhecimento das emoções
Data	04/12	Facilitador	Ana Santos (EESMP)
Objetivos Gerais	- Promover o bem-estar psicológico e emocional dos participantes - Promover o reconhecimento das emoções - Estimular autoconsciência emocional - Integrar práticas de mindfulness na gestão emocional		
Objetivos específicos	- Identificar emoções básicas (alegria, tristeza, medo, raiva, surpresa e aversão). - Desenvolver autoconsciência emocional através da análise de experiências pessoais. - Proporcionar relaxamento através de uma prática de respiração consciente.		
Intervenção	Atividades	Metodologia	
Introdução (10 min)	- Dar as boas vindas - Quebra-Gelo - Apresentação dos objetivos da sessão e do tema - Apresentação das Emoções com Filme Divertidamente - Após o vídeo, pergunte: "Qual dessas emoções acharam mais fáceis de considerar?" "Qual sente com mais frequência?"	- Mímica das Emoções 1. Numa caixa estão 6 emojis que representam as emoções básicas. Os participantes colocam-se dois a dois de frente um para o outro. Cada um retira um emoji e deverá com mímica representar essa emoção. 2. Depois passa o seu emoji ao participante que está ao seu lado e repete-se a mímica até cada um ter representado 3 emoções. 3. Após todos participarem, pergunte: "Foi fácil identificar essa emoção na sua experiência?" - Filme "Inside Out" Explique que as emoções básicas serão introduzidas com um trecho do filme Mostre o excerto (3-5 minutos), destacando as personagens que representam as emoções básicas	
Exploração das Emoções	- Apresentação de conceitos-chave: - Emoções como respostas automáticas. - Componentes principais (neurofisiológicos, cognitivos, comportamentais). - Diferenças entre emoções primárias (medo, alegria, raiva, tristeza, aversão, surpresa) e secundárias (culpa, orgulho, inveja). - Relacionar as emoções do filme com os conceitos: - Neurofisiológico: Sensações físicas. - Cognitivo: Pensamentos associados. - Comportamental: Reações/ação - Relacionar as emoções com situações do quotidiano: - Ex.: "O medo protege-nos, a alegria conecta-nos aos outros." - Exploração de Emoções - Discussão sobre Sinais Corporais das emoções "Como percebem fisicamente as emoções?" - Prática de Mindfulness	- Entregar cartões com as emoções básicas representadas. - Pedir a cada participante que escolha uma emoção e partilhe verbalmente uma situação recente em que a sentiu. - Utilizar perguntas de apoio: "O que aconteceu?" "Como reagiu?" "Essa resposta foi útil?" - Após cada relato, relacionar com os componentes explicados anteriormente.	
Conclusão Partilha (10 min)	- Rever os conceitos abordados - Avaliar informalmente a sessão - Incentivar a continuidade do processo de autoconsciência emocional. - Agradecer a participação e validar o trabalho dos participantes - Encerrar a sessão	- Questionário de avaliação da sessão - Guião de registo da sessão	

2ª Sessão

Local	Hora	Tema	Entendendo a ansiedade
Data	11/12	Facilitador	Ana Santos (EESMP)
Objetivos Gerais	- Promover a compreensão sobre a ansiedade e os seus fatores desencadeantes - Estimular a autoconsciência emocional relacionada à ansiedade. - Integrar práticas de mindfulness na gestão da ansiedade.		
Objetivos específicos	- Reconhecer os sinais físicos e emocionais da ansiedade. - Explorar os fatores stressores desencadeantes da ansiedade no dia a dia. - Proporcionar relaxamento através de práticas de respiração consciente.		
Intervenção	Atividades	Metodologia	
Introdução (10 min)	- Dar as boas vindas - Apresentação dos objetivos da sessão e do tema: "Entendendo a ansiedade e os seus fatores desencadeantes." - Relembrar as regras da sessão (ex.: respeito, confidencialidade, participação voluntária). - Quebra gelo: jogo das emoções - Discussão: "O que vocês sabem sobre ansiedade?" - Rever a sessão anterior sobre emoções	Jogo das emoções: relacionar as 6 emoções às expressões corporais	
Exploração do tema (50 min)	- Exploração do tema: O que é ansiedade? - Principais componentes da ansiedade: Neurofisiológico: Taquicardia, sudorese, tremores, respiração acelerada. Cognitivo: Pensamentos de preocupação ou catastrofismo. Comportamental: Evitação ou agitação. Emocional: Irritabilidade, sensação de perigo iminente - Identificar os fatores que podem provocar ansiedade: Fatores internos: Sintomas psicóticos, como alucinações ou delírios; alterações químicas no cérebro; medo de recaídas ou hospitalizações. Fatores externos: Conflitos familiares ou sociais; ambientes ruidosos ou sobrecarregados; expectativas ou pressões (ex.: relacionadas a tarefas diárias). - Discussão sobre como reconhecer os sinais físicos e emocionais da ansiedade. Discussão de exemplos práticos e do dia a dia. - Prática de Mindfulness da respiração	- Apresentação interativa com recurso a imagens ou esquemas simples.: vídeo curto explicativo sobre o que é ansiedade, os seus gatilhos e efeitos no corpo. Pergunta reflexiva: "Vocês identificam-se com alguma parte apresentada no vídeo?" - Brainstorming guiado, onde os participantes partilham situações que os deixam ansiosos. Prática de Mindfulness - Utilizar o guião adaptado da primeira sessão para promover relaxamento. - Encorajar os participantes a focarem nas sensações corporais relacionadas à ansiedade e praticarem aceitação "Como perceberam a ansiedade no corpo durante a prática?" "Quais as estratégias poderiam adotar para lidar com situações semelhantes no futuro?"	
Conclusão Partilha (10 min)	- Recapitular os pontos principais e promover a interação. - Perguntar o que mais aprenderam e o que poderiam aplicar no seu dia a dia. - Reforçar a importância de pedir ajuda ao sentir ansiedade extrema. - Avaliar informalmente a sessão - Informar sobre próximas sessões - Agradecer a participação e validar o trabalho dos participantes	Propor que durante a semana identifiquem situações desencadeadoras de ansiedade e como lidaram com essas situações	

3ª sessão

Local	HCF	Hora		Tema	Regulação da ansiedade
Data	16/12	Facilitador	Ana Santos (EESMP)	Número de Participantes	
Objetivos Gerais	- Ensinar estratégias simples e adaptadas para lidar com a ansiedade, visando melhorar o bem-estar emocional. - Integrar práticas de mindfulness na gestão da ansiedade.				Materiais a utilizar: - Projetor - Computador - Jogo das emoções
Objetivos específicos	- Explorar estratégias práticas que podem ser utilizadas durante situações de ansiedade. - Demonstrar como aplicar cada estratégia no dia a dia. - Incentivar a autonomia no uso dessas técnicas. - Proporcionar relaxamento através de práticas de respiração consciente.				
Intervenção	Atividades				Metodologia
Introdução (10 min)	- Dar as boas vindas - Apresentação dos objetivos da sessão e do tema: "Explorando estratégias reguladoras da ansiedade" - Relembrar as regras da sessão (ex.: respeito, confidencialidade, participação voluntária). - Quebra gelo - Rever a sessão anterior sobre ansiedade				Quebra-gelo: ☐ Perguntar aos participantes: "O que costumam fazer para se sentirem mais calmos ou tranquilos?" ☐ Registrar as respostas no quadro branco
Exploração do tema (50 min)	- Exploração do tema: estratégias para regular a ansiedade? - Prática de Mindfulness da respiração				- Brainstorming guiado, onde os participantes partilham estratégias de regulação da ansiedade Prática de Mindfulness Utilizar o guião adaptado da primeira sessão para promover relaxamento. Encorajar os participantes a focarem nas sensações corporais relacionadas à ansiedade e praticarem aceitação
Conclusão Partilha (10 min)	- Recapitular os pontos principais e promover a interação - Incentivar a continuidade do processo de autoconsciência emocional. - Perguntar o que mais aprenderam e o que poderiam aplicar no seu dia a dia. - Reforçar a importância de pedir ajuda ao sentir ansiedade extrema. - Avaliar informalmente a sessão - Agradecer a participação e validar o trabalho dos participantes - Encerrar a sessão				

4ª sessão

Local	HCF	Hora		Tema	O meu Kit de gestão emocional
Data	18/12	Facilitador	Ana Santos (EESMP)	Número de Participantes	
Objetivos Gerais	- Elaborar um Kit de gestão emocional - Integrar práticas de mindfulness na gestão da ansiedade.				Materiais a utilizar: - Caixa - Cartões - Bola anti stress - Chocolates
Objetivos específicos	- Explorar estratégias práticas a colocar no Kit de gestão emocional - Demonstrar como utilizar o Kit de gestão emocional. - Incentivar a autonomia no uso desse Kit. - Proporcionar relaxamento através de práticas de respiração consciente.				
Intervenção	Atividades				Metodologia
Introdução (10 min)	- Dar as boas vindas - Apresentação dos objetivos da sessão e do tema: "O meu Kit de gestão emocional" - Relembrar as regras da sessão (ex.: respeito, confidencialidade, participação voluntária). - Rever a sessão anterior sobre estratégias reguladoras da ansiedade				Utilizar os jogos didáticos sobre a identificação e expressão das emoções
Exploração do tema (50 min)	- Elaboração de um Kit de gestão emocional, reforçando os conteúdos abordados durante a intervenção - Prática de Mindfulness da respiração				Kit de Regulação Emocional Usar cartões com imagens e palavras que representem estratégias de regulação emocional (ex.: um coração para "falar com alguém", uma folha para "respirar fundo"). Os participantes escolhem os cartões que fazem mais sentido para si. Prática de Mindfulness Utilizar o guião adaptado da primeira sessão para promover relaxamento. Encorajar os participantes a focarem nas sensações corporais relacionadas à ansiedade e praticarem aceitação.
Conclusão Partilha (10 min)	- Recapitular os pontos principais e promover a interação. - Incentivar a continuidade do processo de autoconsciência emocional. - Perguntar em que situações pretendem utilizar o Kit emocional. - Reforçar a importância de pedir ajuda ao sentir ansiedade extrema. - Avaliar a intervenção informalmente e os resultados alcançados - Agradecer a participação e validar o trabalho dos participantes				

APÊNDICE 16 – Plano da sessão da formação em serviço

Planificação da Formação em Serviço

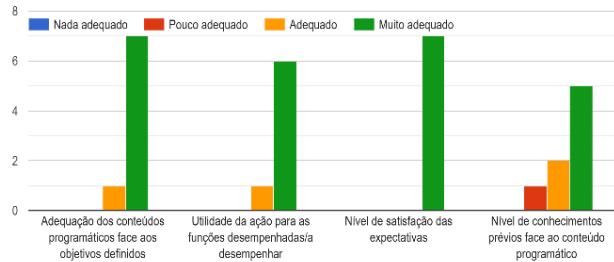
Dados de Identificação						
Entidade	Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica			Local	Unidade de Recuperação do CHCF	
Tema:	A Importância do Mindfulness na Gestão Emocional dos Enfermeiros: Uma prática baseada na evidência					
Data	8 Janeiro 2025	Duração	1h	Formador(a)	Ana Santos (ep1343)	
Objetivos Gerais						
Sensibilizar os enfermeiros para a prática da meditação Mindfulness como estratégia de regulação emocional						
Desenvolvimento da Sessão						
Objetivos Específicos	Conteúdos		Métodos e Técnicas	Recursos	Duração	Avaliação
- Explorar como a prática de mindfulness pode ser integrada no dia a dia dos enfermeiros para promover uma gestão emocional eficaz - Identificar os impactos da prática regular de mindfulness na redução de sintomas de ansiedade, depressão e burnout, bem como no aumento da resiliência e da satisfação profissional. - Incorporar programas de mindfulness no ambiente de trabalho dos enfermeiros, visando a melhoria das dinâmicas da equipa e a prevenção da fadiga de compaixão	- Conceitos Fundamentais de Mindfulness - Contextualização da Saúde Mental dos Enfermeiros - Impactos do Mindfulness na Saúde Mental dos Enfermeiros - Aplicação Prática de Mindfulness na Enfermagem através de uma prática de meditação mindfulness		Participativo Expositivo Discussão em grupo	Projetor	1h	Questionário Informal

APÊNDICE 17 – Relatório da avaliação da sessão de formação em serviço

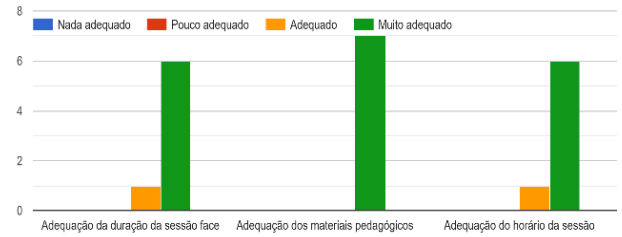
Relatório da avaliação da sessão de formação em serviço

“A Importância do *Mindfulness* na Gestão Emocional dos Enfermeiros: uma prática baseada na evidência.”

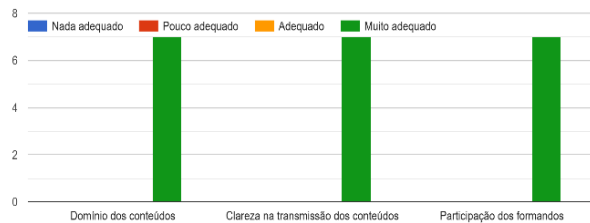
Avaliação global



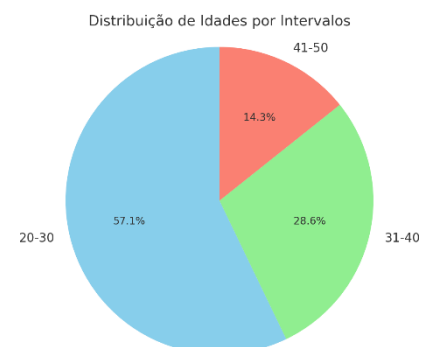
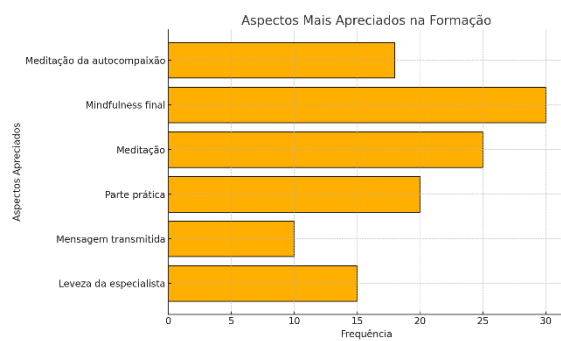
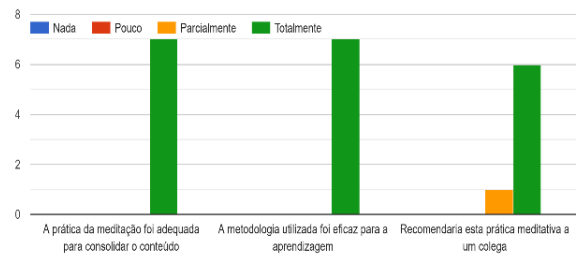
Organização da sessão



Desempenho do formador

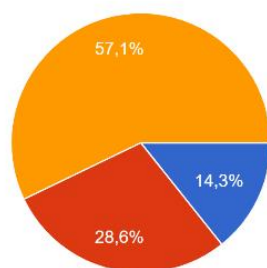


Mediação da auto compaixão



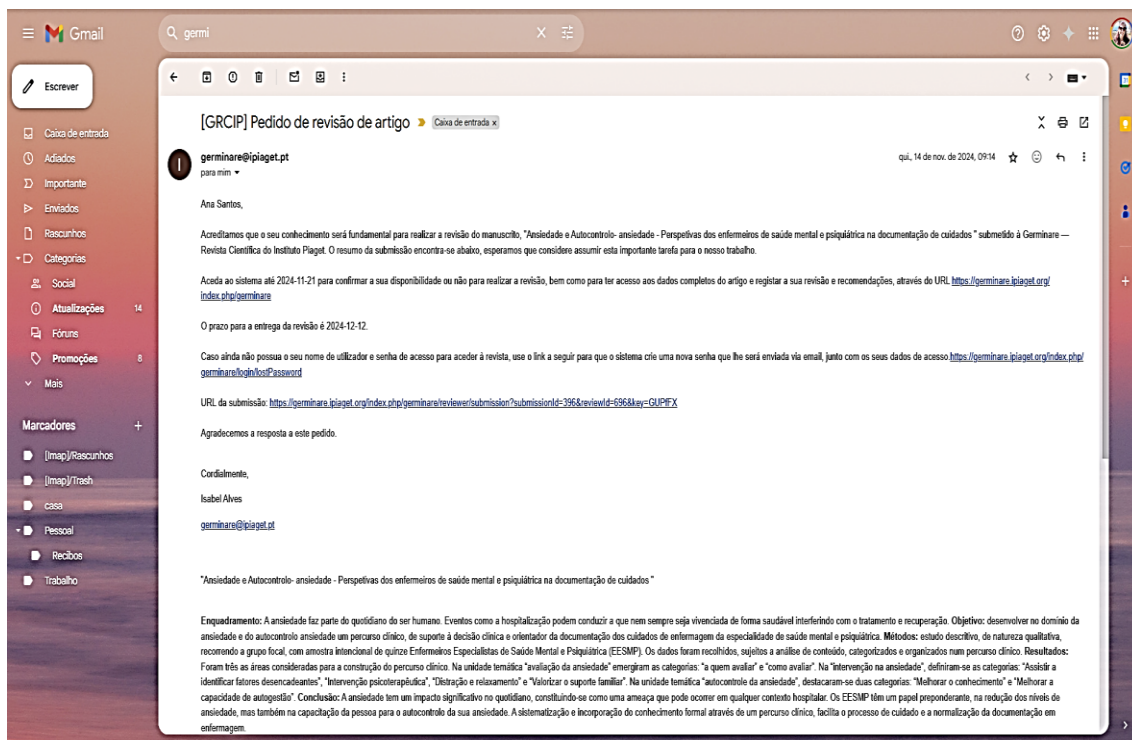
Qual a sua categoria profissional?

7 respostas



- Enfermeira/o
- Enfermeira/o especialista
- Aluna/o enfermagem
- Outro

APÊNDICE 18 – Revisão de artigo para a revista Germinare



Germinare — Revista Científica do Instituto Piaget

[← Voltar a Submissões](#)

Revisão:Ansiiedade e Autocontrolo- ansiedade - Perspetivas dos enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica na documentação de cuidados

1. Pedido 2. Directrizes 3. Download & Revisão 4. Conclusão

Revisão Enviada

Obrigado por concluir a revisão deste artigo. A sua revisão foi enviada com sucesso. Agradecemos a sua contribuição para a qualidade do trabalho que publicamos; O Editor pode contactá-lo novamente para obter mais informações, se necessário.

Rever Discussões

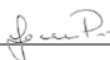
[Adicionar discussão](#)

Nome	De	Última Resposta	Respostas	Fechado
Sem Itens				

APÊNDICE 18 – Certificados de participação em formação contínua

CERTIFICADO

Certifica-se que o/a Exmo./a Sr./a Dr./a **Ana Cristina Cardoso dos Santos Gaspar** participou no curso As novas tecnologias na gestão do declínio cognitivo - 2ª Edição realizado no período de 08 de junho a 05 de julho de 2024, com a duração de 20 horas de contacto.



Joana Pais

Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

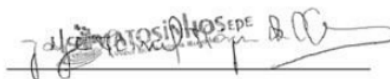


CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE O POSTER "**PROBLEMÁTICAS ATUAIS NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL**" DAS AUTORAS **ANA VINHAS, ANA SANTOS, MELÂNIA ROCHA E PAULA COUTINHO**, FOI APRESENTADO E OBTVE O 3º PRÉMIO NO "IV ENCONTRO DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA DA ULSM" QUE DECORREU NO AUDITÓRIO DA ULSM. E.P.E., REALIZADO NO DIA 17 DE MAIO DE 2024.

MATOSINHOS, 17 DE MAIO DE 2024

O Diretor do Serviço de Gestão do Conhecimento



Doutor Jorge Oliveira

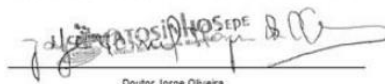


CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE O POSTER **"O IMPACTO DO MINDFULNESS NA REDUÇÃO DO STRESS DOS ENFERMEIROS"** DAS AUTORAS **ANA SANTOS, ANA VINHAS, PAULA COUTINHO E MELANIA ROCHA**, FOI APRESENTADA NO "IV ENCONTRO DO NÚCLEO DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA DA ULSM" QUE DECORREU NO AUDITÓRIO DA ULSM. E.P.E., REALIZADO NO DIA 17 DE MAIO DE 2024.

MATOSINHOS, 17 DE MAIO DE 2024

O Diretor do Serviço de Gestão do Conhecimento



Doutor Jorge Oliveira

