

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

O MEDO – A EMOÇÃO ESCONDIDA, PROJECTO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS
NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA
FEAR – THE HIDDEN EMOTION, PROJECT FOR THE
DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN THE FIELD OF
MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Mariana Mendes Nina Silvestre

Porto, 2025

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

O MEDO – A EMOÇÃO ESCONDIDA,
PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA
ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA - PROJECTO ORIENTADO PELA
PROFESSORA DOUTORA

JÚLIA MARQUES.

Porto, 2025

Agradecimentos

Ao longo desta jornada desafiadora e enriquecedora que foi a realização do mestrado, é com profunda gratidão que reconheço o apoio fundamental daqueles que tornaram possível a conclusão desta etapa.

Em primeiro lugar, à minha família, cujo suporte incondicional foi a base que sustentou cada esforço. Nos momentos de exigência intensa, nas horas de incerteza e nas pequenas vitórias, a presença, a compreensão e o incentivo de todos foram essenciais. Sem o acolhimento emocional e a paciência que me dedicaram, certamente esta demanda não teria sido concluída.

Aos professores e orientadores, deixo meu sincero reconhecimento pelo estímulo constante e pela generosidade intelectual. A suas orientações, críticas construtivas e inspiração foram faróis que guiaram meu caminho académico. Agradeço à Professora Júlia, cuja paciência e disponibilidade para o diálogo crítico foram fundamentais. O seu "contraditório" generoso, longe de ser um obstáculo, foi um convite ao rigor e à maturidade do pensamento, desafiando-me a aprimorar cada ideia e a buscar clareza mesmo nas complexidades.

E deixo um beijinho muito especial à minha querida equipa da UCC Arcozelo/Espinho cujo apoio foi essencial para esta conquista.

Que os ensinamentos e as relações construídas permaneçam como legado para os próximos passos.

O MEDO – A EMOÇÃO ESCONDIDA, PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.

Resumo

O presente relatório descreve um projecto implementado no âmbito domestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este trabalho foca-se na emoção do medo e na sua influência no comportamento e cognição, explorando métodos para a gestão eficaz dessa emoção através de competências clínicas especializadas. Realizado em diversos contextos clínicos — internamento, comunidade e estabelecimento prisional —, o estudo visa entender melhor como o medo impacta indivíduos em situações de vulnerabilidade, como grávidas, utentes psiquiátricos, e reclusos, e propõe intervenções baseadas em *mindfulness*, técnicas de relaxamento e estratégias de *coping*. O presente relatório divide-se em três partes: a fundamentação teórica, onde se explora o medo como emoção, seguindo-se para o descritivo das actividades desenvolvidas nos diferentes contextos clínicos onde se desenvolveram os estágios, e por fim descrevem-se as competências comuns e específicas de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica adquiridas e desenvolvidas, nos já referidos estágios. Este relatório ressalta a importância de abordagens interdisciplinares e personalizadas na gestão do medo, contribuindo significativamente para a prática da enfermagem de saúde mental.

Palavras – Chave: Medo; Ansiedade; Enfermagem de Saúde Mental; Perfil de Competências Clínicas; Conjunto de Intervenções

O MEDO – A EMOÇÃO ESCONDIDA, PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.

Abstract

The present report details a project implemented as part of the master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. This work focuses on the emotion of fear and its influence on patient behavior and cognition, exploring methods for effectively managing this emotion through specialized clinical skills. Conducted in various clinical settings — hospitalization, community, and prison — the study aims to better understand how fear impacts individuals in vulnerable situations, such as pregnant women, psychiatric patients, and inmates, proposing interventions based on mindfulness, relaxation techniques, and coping strategies. This report is divided into three parts: the theoretical framework, which explores fear as an emotion; followed by a descriptive account of the activities carried out in the various clinical settings where the internships took place; and finally, a description of the common and specific competencies of a Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Nursing that were acquired and developed during the aforementioned internships. This report emphasizes the importance of interdisciplinary and personalized approaches in managing fear, making a significant contribution to the practice of mental health nursing.

Keywords: Fear; Anxiety; Mental Health Nursing; Clinical Competency Profile; Set of Interventions.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

CH – Centro Hospitalar

EESMP – Especialidade em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica

EEESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EP – Estabelecimento prisional

FFMQ – *Five Facet Mindfulness Questionnaire*

HADS – *Hamilton Anxiety and Depression Scale*

MESMP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association – International*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UIA - Unidade de Internamento de Agudos

TCC – Terapia Cognitivo – Comportamental

W-DEQ -*Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire*

Índice

Introdução.....	11
1. Fundamentação Teórica.....	16
1.1. O Medo, os Factores Biopsicossociais e a Ansiedade.....	16
1.2. Relação entre o Medo e a Ansiedade como Diagnósticos de Enfermagem: Interdependência e Distinção Clínica	19
1.3. Modelos Teóricos de Enfermagem: Conceito e Aplicabilidade	20
1.3.1. O Modelo de Adaptação de Callista Roy.....	21
1.4. As Intervenções Terapêuticas.....	23
2. Os Contextos de Estágio.....	26
2.1. No Contexto Clínico de Comunidade – A UCC.....	27
2.1.1. Lidar com o Parto	28
2.1.2. Abordagem Terapêutica	30
2.1.3. Avaliação de Necessidades.....	32
2.1.4. Planeamento e Execução.....	33
2.1.5. Avaliação de Resultados e Reflexão.....	36
2.2. No Contexto Clínico de Internamento – A UIA	39
2.2.1. Avaliação de Necessidades.....	40
2.2.2. Planeamento e Execução.....	41
2.2.3. Avaliação dos Resultados e Reflexão.....	42
2.2.4. Estudo de Caso.....	55
2.3. No Contexto Clínico de Diferenciados – o EP	65
2.3.1. Avaliação de Necessidades.....	66
2.3.2. Planeamento e Execução.....	68
2.3.3. Avaliação e Reflexão.....	71
3. Do EEESMP às Suas Competências Comuns e Específicas	77
3.1. O Enfermeiro Especialista.....	77
3.2. As Competências Comuns.....	79
3.3. As Competências Específicas.....	82

Síntese	88
Referências Bibliográficas	91
ANEXOS.....	99
.....	5

Anexos

Anexo I - Questionário *ad hoc* Contexto Clínico Comunidade

Anexo II – Consentimento Informado – Contexto Clínico Comunidade

Anexo III – Planeamento Sessões - Contexto Clínico Comunidade

Anexo IV - Questionário *ad hoc* – UIA

Anexo V – Consentimento Informado – Contexto Clínico Internamento

Anexo VI – Planeamento Sessões – Contexto Clínico Internamento

Anexo VII - Apresentação UIA

Anexo VIII - Consentimento Informado – Contexto Clínico Diferenciados

Anexo IX - Planeamento Sessões - Contexto Clínico Diferenciados

Anexo X – Cartaz “A Arte da Calma”

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Resultado Subescala do Utente H.....	43
Tabela 2 - Resultados Subescala - Utente AC	47
Tabela 3 - Resultados Subescala do Utente C.....	50
Tabela 4 - Evolução da Ansiedade por Utente	71

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução dos Medos - Utente H.....	45
Gráfico 2 - Evolução dos Medos do Utente AC.....	49
Gráfico 3 - Evolução dos Medos do Utente C	52

Introdução

A elaboração deste relatório de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, orientado pela Prof. Júlia Marques e realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto surge no culminar de um percurso formativo orientado para a aquisição e consolidação de competências especializadas, para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP).

O EEESMP desempenha um papel crucial na sociedade, centrando-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção em situações de sofrimento ou distúrbios mentais. A sua missão é ajudar o indivíduo a manter, melhorar ou recuperar a sua capacidade funcional máxima. A especialização deste profissional é fundamental para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, ao facilitar o desenvolvimento de habilidades para enfrentar situações de stress e reduzir significativamente os seus níveis de incapacidade (OE, 2020). Na sua prática, o EEESMP aprimora habilidades psicoterapêuticas que permitem uma actuação específica e distinta das outras especialidades (OE, 2020).

Para a realização do presente relatório a estudante centrou-se na análise e reflexão crítica em torno do diagnóstico de enfermagem Medo de acordo com a *North American Nursing Diagnosis Association - Internacional* (NANDA-I 00148).

Esta problemática foi transversal aos diferentes contextos clínicos onde decorreu a prática supervisionada, nomeadamente no contexto clínico de internamento, realizado na Unidade de Internamento de Adultos (UIA) num hospital psiquiátrico; no contexto clínico de diferenciados, realizado num Estabelecimento Prisional (EP) e no contexto clínico comunitário, realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). A diversidade dos contextos permitiu uma abordagem holística e multifocal do fenómeno,

favorecendo a compreensão da sua expressão clínica em distintas fases do processo terapêutico e em diferentes perfis de utentes.

O objectivo geral deste relatório consiste em analisar e reflectir criticamente sobre as intervenções de enfermagem desenvolvidas nos estágios supramencionados, com foco no diagnóstico Medo, compreendido como uma resposta emocional à percepção de ameaça, com impacto significativo no comportamento, na cognição e na esfera afectiva da pessoa em sofrimento psíquico. Esta análise visa, por um lado, aprofundar a compreensão da experiência do medo enquanto vivência subjectiva e, por outro, evidenciar a contribuição do enfermeiro especialista na gestão desta resposta emocional, em articulação com os objectivos terapêuticos definidos em equipa interdisciplinar.

Nos diferentes contextos de estágio observou-se que o medo se manifesta sob formas diversas: desde o medo da hospitalização, da recaída, da estigmatização social, até ao medo do futuro ou da perda de controlo sobre si próprio.

Este percurso formativo possibilitou o desenvolvimento de competências diferenciadas, nomeadamente na capacidade de estabelecer relações terapêuticas significativas, de realizar intervenções centradas na pessoa, de trabalhar em equipa interdisciplinar e de aplicar conhecimento científico à prática clínica. A abordagem ao medo revelou-se não apenas uma questão clínica, mas um desafio ético-relacional, exigindo do enfermeiro especialista uma postura de escuta activa, empatia, contenção emocional e respeito pela singularidade da vivência de cada pessoa. O relatório evidencia, assim, a complexidade da intervenção em enfermagem especializada de saúde mental e psiquiátrica e o papel fulcral do enfermeiro na gestão de respostas emocionais como o medo, em diferentes fases do processo terapêutico e em múltiplos cenários de cuidado.

A cada vez maior prevalência de problemas de saúde mental e a necessidade de aliviar as suas motivações importa um estudo mais profundo sobre as emoções que possam estar na sua origem.

Assim, alinou-se o desenho e planeamento de intervenções psicoterapêuticas adaptadas ao diagnóstico de enfermagem: Medo (NANDA,2021) e na ontologia de enfermagem ao domínio das emoções, tema transversal ao desenvolvimento do módulo II.

Este diagnóstico de enfermagem da NANDA- I insere-se no domínio 9 – Confronto – respostas ao *stress*, revisto em 2020 e tem como definição “resposta emocional básica e intensa despertada pela detecção de situações iminentes de ameaça, resultando de uma ocorrência de alarme imediato (APA, s.d). As suas características definidoras centram-se em factores físicos (aumento da pressão arterial, frequência cardíaca, respiratória, sudorese, frequência urinária, tensão muscular, náusea, diarreia entre outros), factor comportamental/emocional (apreensão, concentração na fonte de temor, - diminuição da auto-confiança, alarme expresso, expressão de tensão e comportamentos impulsivos), e outros factores relacionados (barreiras de comunicação, resposta aprendida à ameaça, resposta ao estímulo fóbico e situação desconhecida). A população em risco habitualmente são os indivíduos expostos a situações traumáticas, que vivem em áreas com aumento da violência, separados do ambiente social, de apoio e suporte, com história familiar de stress pós-traumático, sujeitos a procedimentos cirúrgicos, a cuidados paliativos, idosos, mulheres grávidas e/ou em parto (NANDA, 2021), adequando-se no nosso entender à população onde foram desenvolvidos os estágios.

O presente relatório estrutura-se em três partes fundamentais: a primeira parte aborda a fundamentação teórica, onde se explora o medo como emoção, a sua distinção e interdependência do diagnóstico de ansiedade. É realizada uma análise detalhada da literatura relevante para embasar teoricamente o impacto prático do diagnóstico de medo nos contextos de saúde mental; a segunda parte verte sobre as actividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, fazendo-se um descritivo de intervenções e actividades realizadas nos distintos contextos de estágio, a terceira parte debruça-se sobre as competências do enfermeiro especialista, onde se analisam as competências comuns e específicas essenciais ao enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e adquiridas nos contextos de estágio.

O método utilizado foi descritivo e reflexivo, baseado em pesquisa bibliográfica e observação direta, recorrendo a bases de dados como EBSCO, SCIELO e GOOGLE SCHOLAR para a obtenção da melhor evidência disponível.

Este documento foi elaborado de acordo com as normas de redação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, mantendo-se fiel às convenções académicas da instituição e optando por não se adoptar o Novo Acordo Ortográfico na sua redação.

O MEDO – A EMOÇÃO ESCONDIDA, PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.

1. Fundamentação Teórica

O presente capítulo aborda a construção teórica da emoção medo, a sua relação com a ansiedade; o modelo de enfermagem e as intervenções terapêuticas.

1.1. O Medo, os Factores Biopsicossociais e a Ansiedade

O medo é uma emoção primária, inata e adaptativa, associada à percepção de ameaça e que desencadeia respostas fisiológicas e comportamentais destinadas à protecção e sobrevivência do indivíduo. Contudo, quando exacerbado ou mal regulado, o medo pode ter consequências disfuncionais, especialmente no contexto da saúde, interferindo na tomada de decisão, no acesso a cuidados, nos comportamentos de saúde e na saúde mental (Mobbs *et al.*, 2020).

Embora frequentemente utilizados como sinónimos no discurso comum, o medo e a ansiedade diferenciam-se conceptualmente e neurofisiologicamente. O medo está associado a uma ameaça imediata, concreta e identificável, ao passo que a ansiedade se refere a uma antecipação de ameaça futura, vaga ou incerta (LeDoux & Pine, 2016). Ambos os estados emocionais activam estruturas cerebrais como a amígdala, o córtex pré-frontal e o hipocampo, mas envolvem circuitos distintos quanto à sua intensidade, duração e objectivo adaptativo.

Na prática clínica em enfermagem, estas emoções são reconhecidas como diagnósticos distintos segundo a taxonomia da NANDA-I (2021). O diagnóstico de enfermagem "medo" é definido como “resposta a uma ameaça percebida que é reconhecida como perigosa”, frequentemente associada a manifestações fisiológicas e comportamentais como hipervigilância, evitamento, agitação e verbalização de preocupação. Por sua vez, a "ansiedade" é caracterizada

como “sensação vaga e desconfortável de apreensão ou receio”, podendo variar em intensidade e duração. A distinção entre ambos é essencial para a escolha das intervenções terapêuticas mais adequadas.

O medo exerce uma influência significativa nos processos de tomada de decisão em saúde. Pode actuar como um factor motivador, impulsionando comportamentos de prevenção e protecção, mas também como um inibidor, levando à procrastinação, negação ou rejeição de cuidados essenciais (Reuter *et al.*, 2020). A investigação tem evidenciado que indivíduos com elevados níveis de medo tendem a evitar consultas médicas, exames de rastreio e tratamentos, sobretudo quando existe antecipação de dor, diagnóstico de doença grave ou procedimentos invasivos.

A pandemia de COVID-19 ilustrou de forma clara este fenómeno, onde o medo do contágio levou a uma diminuição acentuada na procura de cuidados primários e especializados, resultando em atrasos diagnósticos e agravamento de doenças crónicas (Salmela *et al.*, 2021). Este tipo de resposta ao medo revela a importância de compreender os seus determinantes e de implementar estratégias de comunicação em saúde eficazes, baseadas na empatia, confiança e transparência.

A activação do medo está frequentemente associada a comportamentos de evitação, que funcionam como respostas adaptativas no curto prazo, mas que, a longo prazo, contribuem para a manutenção do sofrimento emocional e o agravamento de perturbações mentais. A evitação experiencial – tentativa de escapar a pensamentos, sentimentos ou memórias desagradáveis – é uma característica central em perturbações de ansiedade, perturbação de stress pós-traumático (PTSD) e fobias (Kashdan *et al.*, 2020).

A literatura demonstra que indivíduos que evitam sistematicamente situações médicas, hospitalares ou relacionadas com a dor estão mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiedade generalizada e comportamentos de auto-negligência. Estes padrões de evitamento interferem

com a adesão terapêutica e limitam o acesso a estratégias de *coping* positivas, promovendo ciclos de vulnerabilidade física e emocional (Hasan *et al.*, 2022).

A manifestação do medo em contexto de saúde é influenciada por uma complexa interacção de factores biológicos, psicológicos e sociais. A nível biológico, a activação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do sistema nervoso simpático resulta em alterações fisiológicas como aumento da frequência cardíaca, hiperventilação, sudorese e tensão muscular (Mobbs *et al.*, 2020). Estas respostas são mediadas pela amígdala, responsável pela detecção e reacção ao perigo.

Do ponto de vista psicológico, experiências prévias de doença, traumas, estilos de enfrentamento disfuncionais e traços de personalidade como o neuroticismo estão associados a uma maior susceptibilidade ao medo disfuncional (Santos *et al.*, 2022). Já os factores sociais incluem a literacia em saúde, o apoio social disponível, as crenças culturais sobre a doença e o acesso a recursos de saúde. A percepção de controlo sobre a própria saúde e a confiança nas instituições de saúde são também determinantes relevantes.

Compreender o medo como fenómeno biopsicossocial é essencial para uma prática de enfermagem centrada na pessoa. A avaliação sistemática da presença e intensidade do medo, bem como dos seus factores precipitantes e comportamentos associados, deve fazer parte da recolha de dados em qualquer contexto clínico. As intervenções devem privilegiar a escuta activa, a validação emocional, o reforço da autoeficácia e o esclarecimento da informação, promovendo assim um ambiente seguro e de confiança.

Estratégias como a educação terapêutica, a abordagem motivacional e a integração de práticas de saúde mental (*mindfulness*, técnicas de relaxamento, apoio psicológico) revelam-se eficazes na gestão do medo em diferentes populações e contextos de cuidados (Barros *et al.*, 2021). A colaboração interdisciplinar, envolvendo profissionais de saúde mental e médicos, é particularmente importante em casos de medo severo ou patológico.

1.2. Relação entre o Medo e a Ansiedade como Diagnósticos de Enfermagem: Interdependência e Distinção Clínica

Cabe também distinguir com mais detalhe o **medo** e a **ansiedade**. Estes embora frequentemente coexistentes, são fenómenos emocionais distintos na taxonomia NANDA-I. O *medo* (00148) é definido como uma resposta emocional imediata a uma ameaça identificável e concreta, associada a manifestações fisiológicas e comportamentais mensuráveis (Herdman & Kamitsuru, 2021). Por exemplo, um utente com fobia de agulhas manifesta taquicardia e evitamento face a procedimentos médicos.

A *ansiedade* (00146), por sua vez, caracteriza-se por uma apreensão difusa e antecipatória, sem objecto claramente definido, muitas vezes descrita como "medo do medo" (APA, 2013). Um indivíduo com perturbação de ansiedade generalizada pode experimentar inquietação persistente sem conseguir identificar a origem, reflectindo uma hiperactivação do sistema nervoso autónomo (Barlow, 2018).

Em contextos clínicos, o medo crónico pode evoluir para ansiedade patológica através de mecanismos de generalização. Por exemplo, um sobrevivente de trauma (medo de recorrência do evento) desenvolve hipervigilância e preocupação excessiva com situações neutras (ansiedade generalizada), num processo descrito por Lazarus & Folkman (1984) como "*ampliação cognitiva da ameaça*". Estudos neurofisiológicos corroboram que a exposição prolongada a estímulos ameaçadores reduz o limiar de activação da amígdala, facilitando respostas ansiosas a estímulos ambíguos (LeDoux, 2015).

A ansiedade, pela sua natureza difusa, pode distorcer a percepção de risco, transformando estímulos benignos em fontes de medo. Um utente com perturbação de pânico, por exemplo, interpreta taquicardia (sintoma de ansiedade) como sinal de enfarte (medo da morte), desencadeando um ciclo

de "*medo condicionado à própria ansiedade*" (Clark & Beck, 2010). Este padrão é particularmente relevante em diagnósticos como a agorafobia, onde a ansiedade antecipatória gera evitamento de espaços públicos (NANDA-I, 2021).

A sobreposição sintomática (e.g., taquicardia, inquietação) exige do EEESMP uma avaliação diferencial rigorosa, como o foco da ameaça: Medo requer um objecto identificável (e.g., medo de elevadores); ansiedade surge sem causa explícita; a temporalidade: O medo está ancorado no presente (e.g., durante um procedimento), enquanto a ansiedade projecta-se para o futuro (e.g., "E se falhar?") e a resposta de *coping*: Estratégias como *exposure therapy* são eficazes no medo, ao passo que a ansiedade beneficia mais de técnicas de *mindfulness* ou reestruturação cognitiva (Hofmann *et al.*, 2012).

Embora o medo e a ansiedade possam coexistir e influenciar-se mutuamente, a sua distinção é clinicamente vital para o planeamento de intervenções. O EEESMP, ao identificar se a ansiedade é causa ou consequência do medo, optimiza estratégias terapêuticas, rompendo ciclos disfuncionais. Como afirma Peplau (1952), "a clarificação da experiência emocional é o primeiro passo para a autonomia do utente".

1.3. Modelos Teóricos de Enfermagem: Conceito e Aplicabilidade

Os modelos teóricos de enfermagem consistem em estruturas conceptuais que orientam a prática clínica, a investigação e o ensino na disciplina. Estas estruturas procuram descrever, explicar, prever e prescrever os fenómenos de interesse da enfermagem, fornecendo uma base científica para a tomada de decisão e a planificação dos cuidados. Um modelo teórico define os principais conceitos e as suas inter-relações, permitindo sistematizar o conhecimento, uniformizar a linguagem profissional e guiar a prática baseada na evidência (Meleis, 2018).

A sua finalidade é múltipla: apoiar a compreensão holística da pessoa cuidada; proporcionar consistência e coerência na prática clínica; orientar intervenções eficazes e personalizadas e sustentar o desenvolvimento científico e a autonomia disciplinar da enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem “medo” é definido pela NANDA-I (2021) como uma resposta emocional a uma ameaça percebida, que pode ser real ou imaginária. Em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, este diagnóstico revela-se particularmente relevante, dado que o medo pode emergir de diversas situações clínicas, como: Transtornos de ansiedade generalizada, fobias ou ataques de pânico; Vivências traumáticas prévias (por exemplo, stress pós-traumático); Processos de institucionalização psiquiátrica; Medo de perda de controlo, de estigmatização ou de efeitos adversos de psicofármacos.

As manifestações clínicas incluem expressões faciais de apreensão, verbalizações de ameaça, comportamento de evitação, hipervigilância, taquicardia, entre outros sinais fisiológicos e comportamentais (NANDA-I, 2021).

1.3.1. O Modelo de Adaptação de Callista Roy

Para enquadrar teoricamente o diagnóstico de “medo” em contexto de saúde mental, o Modelo de Adaptação de Callista Roy (1970) revela-se particularmente adequado. Este modelo conceptualiza a pessoa como um sistema adaptativo complexo que interage de forma constante com estímulos internos e externos. A enfermagem, neste enquadramento, visa promover respostas adaptativas que conduzam ao equilíbrio, à saúde e ao bem-estar (Roy, 2009).

O modelo estrutura-se em torno de quatro modos de adaptação: Modo fisiológico-físico – respostas corporais ao medo (ex. taquicardia, sudorese); Modo do autoconceito – percepção que o indivíduo tem de si próprio e da sua capacidade para enfrentar a situação ameaçadora; Modo do desempenho de

papéis – impacto do medo nas interacções sociais e no cumprimento de papéis sociais; Modo de interdependência – suporte emocional, relacional e social disponível.

A avaliação de enfermagem segundo este modelo implica a análise de três tipos de estímulos: Estímulo focal – o próprio medo; Estímulos contextuais – factores que amplificam ou atenuam o medo (ambiente, suporte social, diagnóstico psiquiátrico); Estímulos residuais – experiências anteriores que possam influenciar a resposta actual.

A operacionalização do Modelo de Roy permite delinear um plano de cuidados sistematizado e centrado na adaptação do utente. As intervenções podem incluir: a promoção de estratégias de *coping* eficazes: ensino de técnicas de respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo, recurso à terapia cognitivo-comportamental (em articulação com a equipa multidisciplinar); a modificação de estímulos ambientais adversos: criar ambientes terapêuticos seguros e previsíveis, reduzir estímulos sensoriais excessivos; o fortalecimento do autoconceito e da autoeficácia: reforçar conquistas, promover autonomia nas decisões terapêuticas; a estimulação do apoio interpessoal: incentivo à participação em grupos terapêuticos, envolvimento da família ou rede de suporte.

A avaliação contínua do comportamento adaptativo permite verificar a eficácia das intervenções e ajustar o plano de cuidados conforme a evolução da situação clínica.

A integração do modelo de adaptação de Roy na abordagem ao diagnóstico de enfermagem “**medo**” proporciona um enquadramento conceptual robusto para a prática em saúde mental e psiquiatria. Este modelo enfatiza a capacidade adaptativa da pessoa, promovendo intervenções que favorecem o equilíbrio emocional e a reorganização das respostas ao *stress*.

1.4. As Intervenções Terapêuticas

As intervenções terapêuticas de enfermagem, conforme descritas por Sampaio, Sequeira e Canut (2015), apresentam vantagens significativas na gestão da saúde mental dos adultos. Estas intervenções, muitas vezes ancoradas na lógica Comportamental-Cognitiva, demonstram uma eficácia notável, particularmente a curto prazo, com a relação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente emergindo como um fator crítico para o sucesso do tratamento. A capacidade de realizar estas intervenções em contextos clínicos variados, sem a necessidade de especialistas adicionais, não só otimiza recursos, mas também proporciona um cuidado contínuo e personalizado, essencial para a recuperação e manutenção da saúde mental dos utentes. Tais intervenções permitem uma abordagem holística e acessível ao tratamento psicoterapêutico, ressaltando o papel vital dos enfermeiros especialistas de saúde mental na prestação de cuidados de saúde eficientes e centrados no utente.

No contexto da saúde mental, as intervenções para o medo e a ansiedade frequentemente convergem em práticas terapêuticas que são aplicadas para modular ambas as emoções, apesar das suas distinções fundamentais. A literatura especializada destaca várias técnicas que podem ser utilizadas eficazmente tanto para medo como para ansiedade, devido à sua capacidade de mitigar a resposta de stress e promover a regulação emocional.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é uma das abordagens mais documentadas e eficazes no tratamento de ambos os distúrbios. Segundo Hofmann *et al.* (2012), a TCC ajuda os pacientes a identificar e reformular pensamentos perturbadores, que frequentemente sustentam tanto medos irracionais como estados ansiosos prolongados. Esta terapia é reconhecida pela sua eficácia na alteração de padrões de pensamento e comportamento, contribuindo significativamente para a melhoria do bem-estar psicológico.

Além da TCC, técnicas de relaxamento e de respiração são amplamente recomendadas. Manzoni *et al.* (2008) destacam que práticas como a respiração

diafragmática, meditação *mindfulness* e relaxamento muscular progressivo são eficazes na redução da tensão física e mental, essencial tanto para a gestão do medo específico quanto para a ansiedade generalizada. Estas técnicas atuam diretamente sobre a resposta fisiológica de "luta ou fuga", ajudando a acalmar o sistema nervoso e a promover um estado de maior tranquilidade.

A exposição gradual, frequentemente utilizada no tratamento de fobias, também é aplicável no contexto da ansiedade. Esta técnica envolve a exposição controlada e progressiva do indivíduo ao objecto ou situação temida, o que facilita a habituação e a diminuição gradual da resposta emocional negativa associada ao estímulo.

Portanto, as intervenções que focam em modificar tanto as respostas emocionais quanto cognitivas a ameaças percebidas são fundamentais no tratamento de medo e ansiedade. A aplicabilidade destas técnicas em ambos os contextos ressalta a importância de estratégias terapêuticas que abordem os aspectos psicobiológicos subjacentes a estas emoções. As evidências fornecidas por Hofmann *et al.* (2012) e Manzoni *et al.* (2008) suportam a implementação destas práticas tanto na redução de episódios agudos como na prevenção de recorrências a longo prazo, enfatizando a versatilidade e eficácia destas abordagens na gestão de condições emocionais complexas.

O MEDO – A EMOÇÃO ESCONDIDA, PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.

2. Os Contextos de Estágio

Neste capítulo, serão descritos os contextos onde decorreram os estágios do Módulo I e Módulo II, nomeadamente a Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC), a Unidade de Internamento de Agudos (UIA) — internamento de psiquiatria e o contexto de cuidados diferenciados — o Estabelecimento Prisional (EP).

Os estágios em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica são componentes essenciais na formação de mestres nesta área especializada, permitindo a aplicação prática de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas fundamentais para a prestação de cuidados especializados. A realização de estágios permite aos estudantes enfrentar desafios reais da prática clínica, promovendo uma aprendizagem integral e contextualizada, essencial para a sua actuação profissional futura.

Estes períodos de prática são estruturados em diferentes módulos cada um focado em aspectos específicos da saúde mental, como a promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção, intervenção em crises e reabilitação psicossocial. Esta estrutura modular assegura que os estudantes ganhem experiência em vários contextos clínicos, desde unidades de cuidados na comunidade até serviços de intervenção em crise, o que é crucial para o desenvolvimento de uma visão abrangente da saúde mental.

Além disso, os estágios proporcionam uma oportunidade para desenvolver habilidades interpessoais e de comunicação, essenciais para a interação eficaz com pacientes e outros profissionais de saúde. As experiências durante o estágio enfatizam a importância da humanização no cuidado, permitindo aos futuros enfermeiros especialistas entenderem melhor cada paciente e adaptarem as intervenções de acordo com as necessidades individuais, promovendo uma abordagem de cuidado mais personalizada e eficaz.

2.1. No Contexto Clínico de Comunidade – A UCC

O estágio na UCC ocorreu em dois momentos: Módulo I de 16 a 30 de Abril de 2024, com uma carga horária de 50 horas e o Módulo II que aconteceu no período de 16 de setembro a 16 de outubro de 2024, com uma carga horária de 125 horas. Ambos os módulos realizaram-se sob a orientação tutorial do EEESMP.

As UCC são estruturas integradas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, criadas para prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. As UCC são especialmente focadas em servir pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, que se encontram em situação de risco ou com dependência física e funcional, e têm uma necessidade acentuada de acompanhamento próximo.

As suas valências incluem a realização de ações de saúde para crianças e jovens, o apoio a pessoas em situação de doença crónica e a promoção de saúde e prevenção de doenças, atuando de forma proativa na comunidade. As UCC operam com uma abordagem multidisciplinar, incluindo profissionais como enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, garantindo uma resposta integrada e personalizada às necessidades dos utentes.

Os principais objectivos das UCC visam promover a saúde e prevenir a doença, intervir precocemente em situações de risco, garantir a continuidade de cuidados e reforçar a integração comunitária dos cidadãos, contribuindo para comunidades mais saudáveis e para o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e famílias.

A UCC na qual foi proposta a realização dos estágios (Módulo I e II) está equipada com recursos físicos e materiais que suportam de forma eficaz o desenvolvimento das actividades pensadas no âmbito do projecto desenvolvido.

É composta por uma equipa multidisciplinar que inclui profissionais de saúde e outros técnicos que dão resposta, de acordo com os recursos disponíveis, a necessidades da comunidade.

E, por ter na sua carteira básica de serviços um projecto em desenvolvimento no âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, orientado para o acompanhamento da Parentalidade (Intervenção na preparação para o parto e aquisição de competências parentais em: massagem infantil, recuperação pós-parto e aleitamento materno, articulação com o hospital central para visitas à sala de partos e acompanhamento do recém-nascido prematuro), foi essencial para a integração do projecto pessoal que foi inserido na valência da parentalidade e do ciclo envolvente que se desenvolveu o estudo e reflexão sobre o impacto do medo com os seguintes objectivos de promover o bem-estar emocional e a saúde mental das grávidas; reduzir o medo do parto; ensinar técnicas para o controlo do medo e redução da ansiedade associada, contemplando a adaptação emocional durante a gravidez e no período pós-parto.

Nos últimos anos, o interesse da comunidade científica pela saúde mental das mulheres, especialmente durante o período perinatal, tem vindo a aumentar. Tal fenómeno deve-se à crescente necessidade de compreender o impacto desta fase crucial da vida das mulheres sobre a sua saúde mental e de identificar formas mais eficazes de resposta por parte dos serviços de saúde (Figueiredo *et al.*, 2015). Porquanto, abordou-se e trabalhou-se o tema do medo do parto nas grávidas.

2.1.1. Lidar com o Parto

A transição para a maternidade é um dos momentos mais significativos na vida de uma mulher, marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais profundas (Santos *et al.*, 2016). Este período implica o desenvolvimento de novas competências e o desempenho de novos papéis sociais, como mãe, que muitas vezes geram desafios emocionais e psicológicos (Carvalho, 2010).

Colman e Colman (1994) descrevem esta transição como um processo activo de adaptação às mudanças associadas à maternidade, no qual as mulheres procuram alcançar um equilíbrio. Este processo envolve uma série de transformações e ajustes constantes, que exigem flexibilidade por parte da mulher e uma capacidade de lidar com as perdas e mudanças inerentes à nova experiência. Nesta linha de pensamento, o acompanhamento psicológico durante o período perinatal torna-se essencial para ajudar as mulheres a gerir o stress e a ansiedade associados à maternidade, promovendo uma adaptação mais saudável e equilibrada (Guedes *et al.*, 2017).

A capacidade de compreender e gerir questões de saúde mental durante a gravidez é de suma importância para as mulheres, uma vez que lhes proporciona as ferramentas necessárias para reconhecer e lidar com sintomas psicológicos de forma eficaz (Pinto & Castro, 2020). Este tipo de intervenção precoce pode ter um impacto positivo significativo na qualidade de vida das gestantes, prevenindo o desenvolvimento de problemas mais graves de saúde mental no período pós-parto e promovendo uma maternidade mais saudável.

A saúde mental das grávidas é uma área de grande relevância, especialmente no que diz respeito ao medo associado ao parto. Este medo pode afectar significativamente a saúde emocional das mulheres grávidas e pode resultar em desfechos adversos, como a escolha por cesarianas desnecessárias e maior incidência de depressão pós-parto. E o medo pode ser encontrado tanto em mulheres que nunca passaram pela experiência de parto quanto naquelas que vivenciaram partos traumáticos anteriormente (O'Connell *et al.*, 2019). Além disso, o medo excessivo pode prejudicar a saúde mental da grávida, resultando em maior incidência de depressão pós-parto e dificuldades no estabelecimento do vínculo afectivo entre mãe e bebé (Garthus-Niegel *et al.*, 2017).

Como factores relacionados directamente com o medo são reconhecidas a ansiedade e o *stress* inerente. A ansiedade exacerbada durante a gravidez tem implicações fisiológicas, como o aumento dos níveis de cortisol, que podem

influenciar negativamente o desenvolvimento do feto. O *stress* crónico durante a gestação também está associado a partos prematuros e a baixo peso ao nascer, o que torna o tratamento e a gestão desse medo um factor crucial na promoção de uma gravidez saudável (Beck *et al.*, 2016).

2.1.2. Abordagem Terapêutica

O *mindfulness*, que significa "atenção plena", consiste em dirigir a mente ao momento presente, observando pensamentos e emoções de forma não crítica. Esse método tem-se mostrado especialmente eficaz na redução do desconforto emocional, promovendo um estado mental de aceitação e tranquilidade (Duncan *et al.*, 2017). A prática de *mindfulness* durante a gravidez ajuda a reduzir os níveis de ansiedade e permite que as grávidas respondam de forma mais equilibrada ao medo do parto. As mulheres que participaram de programas de *mindfulness* relataram sentir-se mais preparadas emocionalmente, com maior confiança para lidar com a dor, os medos e os desafios do parto.

A meditação, uma prática que complementa o *mindfulness*, ajuda a criar um estado de relaxamento profundo. Sendo que, os estudos indicam que a prática regular de meditação pode reduzir os níveis de cortisol, melhorando a sensação de bem-estar geral durante a gravidez (Good *et al.*, 2020). Durante o trabalho de parto, a meditação guiada facilita também a concentração nas técnicas de respiração e relaxamento, o que pode diminuir a percepção da dor e a ansiedade.

A técnica de *grounding* "5, 4, 3, 2, 1", que envolve focar nos sentidos (cinco coisas que podem ver, quatro que podem tocar, três que podem ouvir, duas que podem cheirar e uma que podem saborear), é uma forma prática de aliviar a ansiedade ao trazer a atenção para o momento presente. Esta técnica é especialmente útil para grávidas em momentos de maior tensão, ajudando a

reconecção da mente ao corpo e ao ambiente que a rodeia (Zeidan *et al.*, 2019).

A prática de *mindfulness* e meditação durante a gravidez também traz benefícios fisiológicos comprovados. Um dos efeitos mais significativos é a redução dos níveis de cortisol, o que se afigura essencial para uma gravidez saudável, uma vez que os níveis elevados de stresse podem prejudicar o desenvolvimento do feto (Gupta *et al.*, 2018). A prática de técnicas de respiração profunda e relaxamento ajudam as grávidas a desenvolverem uma maior tolerância à dor, diminuindo a necessidade de intervenções médicas durante o trabalho de parto (Chen *et al.*, 2020). Este aumento da capacidade de lidar com a dor está associado a uma experiência de parto mais positiva e uma recuperação pós-parto mais rápida.

Assim, o *mindfulness* torna-se uma ferramenta capaz de permitir as grávidas a estarem mais presentes e conscientes das suas sensações físicas e emocionais, o que conduz a elevados níveis de confiança e diminuição do medo o medo. Esta abordagem é especialmente relevante, pois o medo do desconhecido é um dos principais factores desencadeadores de ansiedade (Beck *et al.*, 2016). Ao criar uma atitude de aceitação e confiança, as mulheres podem enfrentar o processo do parto com mais serenidade e controlo.

Pois então, os EEESMP desempenham um papel fundamental no apoio às grávidas que enfrentam ansiedade e medo relacionados com o parto. Este profissional é capacitado para fornecer acompanhamento próximo e suporte emocional, utilizando intervenções baseadas na evidência para promover o bem-estar mental e emocional (Oliveira *et al.*, 2021). As intervenções podem incluir sessões individuais/grupais de apoio, orientação para a prática de *mindfulness* e meditação, e a utilização de técnicas de relaxamento como parte do cuidado pré-natal.

Além do suporte directo, os EEESMP podem actuar como facilitadores de um ambiente de confiança, onde as grávidas possam expressar livremente as suas preocupações e medos. A criação de um espaço seguro para a partilha de

experiências ajuda a desmistificar o processo do parto e a reduzir o medo do desconhecido, um dos principais fatores de ansiedade (Smith *et al.*, 2020).

O medo do parto é uma realidade experienciada por muitas mulheres, e a sua gestão adequada é crucial para garantir uma experiência de gravidez e parto mais saudável e satisfatória. A prática de *mindfulness* e meditação tem se mostrado ferramentas eficazes na redução do medo e a ansiedade, permitindo que as grávidas percepcionem o parto com mais confiança e tranquilidade. O papel do EESMP é, por isso, essencial, oferecendo o apoio necessário através de intervenções terapêuticas e orientações práticas que facilitam o cuidado emocional durante a gravidez e o pós-parto.

As competências dos enfermeiros especialistas em saúde mental, como a aplicação de técnicas psicoterapêuticas e de relaxamento, são fundamentais para criar um ambiente de apoio e segurança para estas mulheres. A integração de práticas de *mindfulness* e meditação no cuidado pré-natal permite não apenas a redução do medo do parto, mas também a promoção de um estado emocional mais equilibrado e de uma experiência de maternidade mais positiva para as mulheres e seus bebés.

2.1.3. Avaliação de Necessidades

A avaliação de necessidades constitui uma etapa crítica no processo de cuidados de enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica pois permite compreender a complexidade das vivências emocionais, cognitivas e relacionais dos utentes, orientando intervenções ajustadas ao seu universo subjectivo e contexto sociocultural. No caso particular de mulheres grávidas seguidas na UCC, o medo do parto — fenómeno frequentemente subvalorizado — exige uma abordagem especializada, interseccionando saberes da enfermagem de saúde mental com a prática comunitária e perinatal.

Assim, para a intervenção num grupo de grávidas, utentes da UCC onde foi realizado o estágio, traçou-se o objectivo de identificar utentes da UCC, grávidas com medo do parto para serem alvo da intervenção terapêutica.

A avaliação, que foi conduzida de forma sistemática, com recurso a múltiplas fontes de informação.

Realizou-se a entrevista, de natureza semi-estruturada, que se demonstrou essencial para aceder ao discurso simbólico da mulher sobre o parto. E, recorreu-se também a um questionário *ad hoc* (ANEXO I) inspirado no *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (W-DEQ) que permitiu conhecer da presença (ou não) do medo do parto. O W-DEQ tem sido amplamente utilizado em estudos para categorizar os níveis de medo do parto em grávidas, permitindo uma avaliação detalhada das expectativas e experiências relacionadas com o parto (Erkaya *et al.*, 2017; Ryding *et al.*, 2015). O W-DEQ possui versões para antes (W-DEQ-After) e depois (W-DEQ-Before) do parto, sendo útil para identificar o medo intenso do parto e monitorizar mudanças nas percepções ao longo do tempo (Zar *et al.*, 2001). Esta ferramenta ainda está em estudo para ser validada para a população portuguesa (Souto, 2021).

2.1.4. Planeamento e Execução

Concebeu-se, então, um programa para trabalhar o Medo do parto junto de grávidas, utentes de uma UCC (do distrito do Porto), com os seguintes critérios de inclusão: estar grávida; ter desejo em participar no programa; ter disponibilidade para assistir às sessões em formato presencial ou *online* e pontuar mais de 35 pontos no questionário *ad hoc* que foi elaborado para as expectativas para o parto (ANEXO I).

Para se conseguir chegar às utentes do projecto de preparação para o parto da UCC foi feita uma sessão de apresentação do projecto presencial em que as

grávidas foram convidadas a inscrever-se, via email. De uma audiência de sete mulheres presentes, inscreveram-se quatro mulheres.

Recolheu-se o consentimento informado (ANEXO II) e realizou-se a entrevista semi-estruturada com cada uma delas das mulheres que acedeu participar no projecto. Esta entrevista incluiu o questionário *ad hoc* inspirado no W – DEQ (ANEXO I), preparado para fazer a avaliação quantitativa do nível de medo do parto. A pontuação mínima, que indica o menor nível de medo são dez pontos e a pontuação máxima, que indica o maior nível de medo são sessenta pontos.

Assim, foram definidos os seguintes pontos de corte: Nível baixo de medo – dez a vinte pontos; Nível moderado de medo – vinte e um a trinta e cinco pontos; Nível alto de medo – trinta e seis a cinquenta pontos e Nível muito alto de medo de cinquenta e um a sessenta pontos.

De quatro mulheres inscritas apenas duas preencheram cumulativamente os critérios de inclusão: gravidez; disponibilidade e presença de medo, avaliada por questionário. A utente R pontuou 46 e a utente A C pontuou 36 pontos no questionário. Apesar da amostra ser reduzida decidiu continuar-se com o projecto para não se perder a oportunidade de desenvolvimento das competências específicas para a obtenção do título de EEESMP.

Desenhou-se então todo um programa de intervenção ao qual, por sugestão do orientador EEESMP se chamou de “Guia para o *Shanti* - O parto em Paz” (ANEXO III), onde se planificaram todas as sessões; descrição dos seus objectivos, descrição das intervenções e das meditações que foram criadas para o efeito. Este guia foi elaborado de forma a ser aproveitado pela unidade integrando as intervenções nos projectos de parentalidade já existentes.

Os objectivos gerais do projecto visam promover a saúde mental e o bem-estar emocional das grávidas, proporcionando uma experiência de gravidez e parto mais positiva e segura, bem como reduzir o medo do parto, com vista ao fortalecimento da resiliência emocional das mulheres e, ensinar técnicas de

autocuidado e controlo do medo, facilitando a adaptação emocional durante a gravidez e no período pós-parto.

E como objectivos específicos definiu-se para cada uma das sessões:

A Sessão 1: Estabelecer um espaço acolhedor e de confiança para a expressão dos medos e expectativas relacionados com o parto.

A Sessão 2: Introduzir práticas de *mindfulness* e técnicas de relaxamento incluindo exercícios de *grounding*.

A Sessão 3: Explorar a origem dos medos e promover a reestruturação de pensamentos negativos, ajudando a construir uma visão mais positiva sobre o parto.

A Sessão 4: Desenvolver a capacidade de distinguir entre o que é controlável e o que não é, ensinando técnicas para o alívio emocional, como a técnica "5, 4, 3, 2, 1".

A Sessão 5: Reforçar a autoconfiança e a sensação de capacidade para lidar com o parto, utilizando afirmações positivas e visualizações de confiança e capacidade.

A Sessão 6: Integrar as aprendizagens adquiridas e disponibilizar ferramentas para a continuidade do cuidado emocional durante o pós-parto.

Para a execução destas intervenções foram desenhadas meditações guiadas originais, gravados áudios e impressos cartões. Estes materiais foram desenvolvidos pela estudante e disponibilizados às utentes e ao serviço onde as intervenções decorreram, com autorização para que fossem usadas, se implementadas, posteriormente, com benefício da unidade.

2.1.5. Avaliação de Resultados e Reflexão

A experiência da gravidez e do parto pode ser profundamente transformadora, mas também associada a sentimentos de ansiedade e medo, particularmente em mulheres que desenvolvem tocofobia ou medo intenso do parto. A avaliação sistemática da eficácia de intervenções terapêuticas neste contexto constitui uma componente essencial da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim, importa fazer-se uma análise académica da implementação de intervenções psicoterapêuticas breves – meditação, *mindfulness*, *grounding* e ancoragem – nas duas grávidas com diferentes níveis de medo do parto, destacando os resultados obtidos e as implicações para a prática clínica especializada.

As participantes foram avaliadas com base num questionário validado de medição do medo do parto, cujos pontos de corte categorizam os níveis da seguinte forma: medo baixo (10-20 pontos), moderado (21-35), alto (36-50) e muito alto (51-60). A Sr. A. iniciou o programa com um nível alto de medo (36 pontos), e concluiu com 20 pontos, situando-se no limiar inferior da escala, representando uma redução significativa para um nível considerado baixo. A segunda participante, a Sr. C., com um medo inicialmente muito alto (46 pontos), atingiu um nível moderado de 21 pontos ao final do programa. Ambas as trajectórias denotam melhorias substanciais no bem-estar psicológico, com destaque para a expressiva descida dos níveis de medo em ambas as intervenções.

As técnicas terapêuticas utilizadas – meditação, *mindfulness*, *grounding* e ancoragem – foram seleccionadas por evidenciarem benefícios documentados na regulação emocional, redução da ansiedade e promoção da consciência corporal e do momento presente (Goyal *et al.*, 2014; Garland *et al.*, 2015).

A meditação e o *mindfulness* promoveram a auto-observação e o distanciamento dos pensamentos catastróficos sobre o parto, enquanto as técnicas de *grounding* e ancoragem ofereceram estratégias somáticas para o controlo da ansiedade no momento em que esta emerge. Estas intervenções

revelaram-se particularmente eficazes na diminuição da hiperactivação do sistema nervoso autónomo simpático, frequentemente implicado nas respostas de medo intenso.

A implementação bem-sucedida destas intervenções teve não só um impacto terapêutico evidente nas utentes, como também representou uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento das competências específicas da estudante como EEESMP. A condução das sessões exigiu a mobilização de competências avançadas de escuta activa, empatia terapêutica, avaliação contínua do estado emocional e adaptação das técnicas ao contexto psicossocial das grávidas. Para além disso, permitiu a aplicação prática de modelos psicoterapêuticos de base cognitivo-comportamental e humanista, enquadrados numa abordagem centrada na pessoa.

Em suma, os resultados obtidos evidenciam o potencial terapêutico das intervenções implementadas na redução do medo do parto, reflectindo um impacto positivo tanto na experiência subjetiva das grávidas como na prática especializada de enfermagem. Este tipo de intervenção não farmacológica, orientado pela relação terapêutica e por técnicas baseadas em evidência científica, deve ser integrado nas práticas clínicas de suporte à maternidade, reconhecendo-se o papel essencial do enfermeiro especialista como agente promotor da saúde mental perinatal.

Na continuidade do trabalho desenvolvido com as utentes já referidas e aferido o sucesso das intervenções desenhou-se e propôs-se à coordenação da UCC a realização de uma feira de Saúde Mental destinada às grávidas e seus parceiros onde se abordariam as questões mais pertinentes relativas às problemáticas mentais mais comuns na gravidez, que não se concretizou por dificuldade de agenda dos profissionais no espaço de tempo limitado para o período de estágio. Esta apresentava a seguinte configuração:

Feira da Saúde Mental na Maternidade

8:30 - 9:00 | Recepção e Acolhimento (Enf. Coordenadora)

Recepção das grávidas e acompanhantes.

9:00 - 9:20 | Palestra de abertura: Saúde Mental na Gravidez (EEESMP)

A apresentação abordará os desafios emocionais da gravidez, incluindo os medos mais comuns como a ansiedade, depressão pós-parto e formas de manter a saúde mental positiva.

9:20 - 10:00 | Sessão de Yoga/ Taças Tibetanas e Respiração para grávidas (EEESMP)

Aula de ioga suave/ Taças tibetanas e técnicas de respiração. O foco será no relaxamento, redução de stress e preparação para o parto.

10:00 - 10:30 | Workshop interactivo: Nutrição e Bem-Estar Mental (EEESMP)

Workshop para trabalhar a relação entre alimentação e saúde mental na gravidez. A sessão incluirá receitas de lanches nutritivos que ajudam a melhorar o humor e a reduzir a ansiedade, tendo o complemento prático a preparação de uma receita simples de smoothie ou snack saudável que as grávidas podem provar.

10:30 - 11:00 | Espaço de conversa em grupo: Partilha de experiências

As grávidas integrarão uma roda de conversa moderada por uma EEESMP. O objectivo será criar um espaço seguro para que as participantes partilhem as suas preocupações, desafios emocionais ou alegrias da gravidez.

11:00 - 11:30 | Sessão de relaxamento guiado: Meditação *Mindfulness*

Sessão de meditação guiada focada no *mindfulness*, com ênfase na respiração e atenção plena, ajudando as grávidas a reduzirem a ansiedade e a conectarem-se com o momento presente. Para demonstrar técnicas simples de meditação que podem ser usadas no dia-a-dia para melhorar o bem-estar mental.

11:30 - 12:00 | Encerramento e sorteio de brindes

Momento de encerramento com agradecimentos, *feedback* das grávidas e sorteio de alguns brindes* relacionados à saúde mental e bem-estar.
* kits de boas-vindas: brochura informativa, brindes dos laboratórios contactados para apoiar a iniciativa.

2.2. No Contexto Clínico de Internamento – A UIA

O estágio do contexto clínico de internamento, a Unidade de Internamento de Agudos (UIA) de um hospital psiquiátrico do Distrito do Porto, decorreu nos dias 17 a 22 de Junho de 2024, com a duração total de 50 horas de contacto (Módulo I) e numa segunda fase de 21 de Outubro a 21 de Novembro de 2024, com a duração de 125 horas (Módulo II) e ambos os momentos sob orientação tutorial por EEESMP.

A unidade de internamento de doente agudo é dedicada à prestação de cuidados de saúde mental de curta duração, especialmente concebida para responder às necessidades de doentes com estados agudos de perturbação psiquiátrica que requerem intervenção intensiva e monitorização contínua. Esta unidade concentra-se no diagnóstico, tratamento e estabilização rápida de pacientes, com o objectivo de reduzir a sintomatologia aguda e preparar o terreno para a continuidade do tratamento em regime ambulatorio ou através de cuidados comunitários. Garante uma série de serviços na área da saúde

mental, como internamento voluntário e involuntário e consultas externas, e tem uma equipa comunitária que organiza grupos de apoio psicoterapêutico e programas de reabilitação e reintegração social.

2.2.1. Avaliação de Necessidades

Pretendeu-se neste contexto de estágio de natureza profissional — módulo II abordar o medo de reintegração social e comunitária que se apresentou como uma preocupação significativa para alguns utentes com patologia de saúde mental grave após internamento por doença aguda. Este medo pode ser influenciado por múltiplos factores, incluindo o estigma social, o medo de recaída e a falta de apoio adequado na comunidade. Os utentes frequentemente se deparam com barreiras significativas na transição de regresso à sociedade, o que pode exacerbar sentimentos de isolamento e aumentar a probabilidade de re-hospitalização. Inúmeros estudos indicam que intervenções que promovam a integração social e ofereçam suporte contínuo são cruciais para melhorar os resultados de saúde mental e a qualidade de vida destes pacientes (González-Blanch *et al.*, 2010; Yanos *et al.*, 2010).

Definiram-se objectivos a atingir a nomeação dos medos e avaliação do seu impacto nas funções diárias e na qualidade de vida dos utentes, recorrendo à entrevista – semiestruturada e utilizando escalas de avaliação como a Escala Hamilton para Ansiedade (HADS) e a implementação de intervenções terapêuticas específicas para reduzir o medo e melhorar a gestão emocional dos utentes.

Para tanto, e para se estudar as melhores intervenções a implementar na presença do diagnóstico de enfermagem de medo de reintegração social e comunitária após a alta do seu internamento, procedeu-se à avaliação de necessidades para que se concretizassem as fases de planeamento e execução de actividades relacionadas com o tema em estudo. Para tanto, os

utentes, que cumpriam os critérios de inclusão para a elaboração de intervenções, foram sujeitos a avaliação por um questionário *ad hoc* (ANEXO IV), pela escala de ansiedade e depressão hospitalar (HADS).

Como critérios de inclusão, estabeleceu-se que os indivíduos a estudar teriam que ter uma vida activa anterior ao internamento (trabalho/estudo) à qual pretendiam regressar, presença de características definidoras do medo, segundo a NANDA e presença de medo no resultado da avaliação por questionário *ad hoc* que (visava a avaliação do medo aquando da integração do utente na UIA) e vontade em participar no programa a ser definido.

Como critério de exclusão estabeleceu-se a presença de estado confusional, agitação psicomotora, hostilidade/agressividade latente e sintomas heterólogos exacerbados e ausência de *insight*.

No momento da realização do estágio no contexto clínico de internamento estavam internados um total de vinte e dois adultos. Com a ajuda do EEESMP foram identificados quatro utentes que poderiam integrar os critérios de inclusão. Estes utentes foram contactados e explicadas as intenções da estudante e os objectivos do programa. Foram três os utentes que reuniam todos os critérios de inclusão definidos, pois um dos quatro seleccionados não demonstrou interesse em participar.

Procedeu-se então para a fase seguinte: planeamento e execução de um programa de sessões com vista a auxiliar os utentes a reduzir os sintomas apresentados pela presença do medo de reintegração social e comunitária após a alta.

2.2.2. Planeamento e Execução

Juntamente com o EEESPM foram programadas sessões individuais, com duração aproximada de 45 minutos (ANEXO VI).

A primeira sessão visou a apresentação do projecto ao grupo, explicação dos objectivos e obtenção do consentimento informado livre (ANEXO V) e esclarecido; Recolha de dados e avaliação pelo questionário *ad hoc* (ANEXO IV) e pela HADS;

A segunda sessão constou da entrevista semi estruturada;

As restantes sessões (3^a, 4^a e 5^a) trabalharam as técnicas de relaxamento, relaxamento muscular, e meditação.

Na sexta sessão procedeu-se à avaliação final com a passagem do mesmo questionário de avaliação e escala, a que os utentes haviam sido sujeitos aquando da primeira sessão.

Para a execução da actividade de apresentação do projecto foi desenhado e apresentada pela estudante uma apresentação em suporte *power point* (ANEXO VII), com a explicação de conceitos e distinções básicas entre medo e ansiedade, bem como a explicação de técnicas respiratórias de execução simples para serem utilizadas em caso de necessidade.

2.2.3. Avaliação dos Resultados e Reflexão

Apesar da pequena amostra conseguida e das patologias psiquiátricas tão distintas segue-se com a análise interpretativa dos resultados do questionário desenvolvido para avaliação do medo, enquanto utentes da UIA, com base nas pontuações por subescala em dois momentos: avaliação inicial e reavaliação após as intervenções terapêuticas.

Do utente H.

Segue-se a análise clínica detalhada dos resultados do questionário de avaliação de medos com base nas pontuações por subescala antes (T0) e depois (T1) da intervenção terapêutica estruturada:

Tabela 1 - Resultado Subescala do Utente H.

Subescala	Pontuação Inicial	Pontuação Pós-Intervenção	Nível Inicial	Nível Final	Evolução
Secção I – Medos relacionados com o internamento	14	9	Moderado	Reduzido	Melhoria significativa
Secção II – Medos relacionados com a doença	12	11	Moderado	Moderado	Ligeira melhoria
Secção III – Medos sociais e estigmatização	4	4	Reduzido	Reduzido	Estável
Secção IV – Medos existenciais e identitários	13	11	Moderado	Moderado	Melhoria modesta

Interpretação:

Secção I – Medos relacionados com o internamento

- **Evolução:** de 14 para 9 pontos (redução clara da ansiedade contextual relacionada com o ambiente hospitalar).
- **Interpretação:** O utente beneficiou substancialmente das intervenções terapêuticas aplicadas, sobretudo aquelas com impacto directo na percepção de segurança e controlo no contexto de internamento (ex.: técnicas de relaxamento, relação de ajuda).
- **Relevância:** Trata-se de uma mudança clinicamente significativa, passando de um nível moderado para reduzido.

Secção II – Medos relacionados com a doença

- Evolução: de 12 para 11 pontos.
- Interpretação: Observa-se uma redução ligeira, mas sem alteração de categoria. Indica uma persistência de receios sobre o prognóstico, diagnóstico ou estabilidade clínica.
- Relevância: Poderá justificar intervenções psicoterapêuticas específicas, com foco na psicoeducação e na reformulação cognitiva de crenças disfuncionais sobre a doença mental.

Secção III – Medos sociais e estigmatização

- Evolução: pontuação estável (4 pontos), dentro do intervalo de medo reduzido.
- Interpretação: O utente demonstra resiliência social e/ou boa integração na sua rede de suporte, com reduzida preocupação relativamente ao estigma.
- Relevância: Não requer intervenção específica neste domínio.

Secção IV – Medos existenciais e identitários

- Evolução: de 13 para 11 pontos.
- Interpretação: Medos neste domínio mantêm-se em nível moderado, ainda que com melhoria ligeira. Estes medos costumam ser mais profundos, relacionados com o sentido de si, controlo e futuro.
- Relevância: Sugere-se continuidade de práticas como mindfulness, meditação guiada e/ou exploração psicoterapêutica do self, para aprofundar a melhoria.

Conclui-se que, há um resultado global positivo: A intervenção foi eficaz principalmente ao nível dos medos associados ao contexto de internamento, o que é congruente com os efeitos esperados das técnicas aplicadas.

No entanto identificam-se domínios a manter sob acompanhamento: Medos relacionados com a doença e com a identidade pessoal mantêm-se em níveis moderados, requerendo seguimento e possível aprofundamento terapêutico.

Tal evolução pode ser visualizada através do seguinte Gráfico:

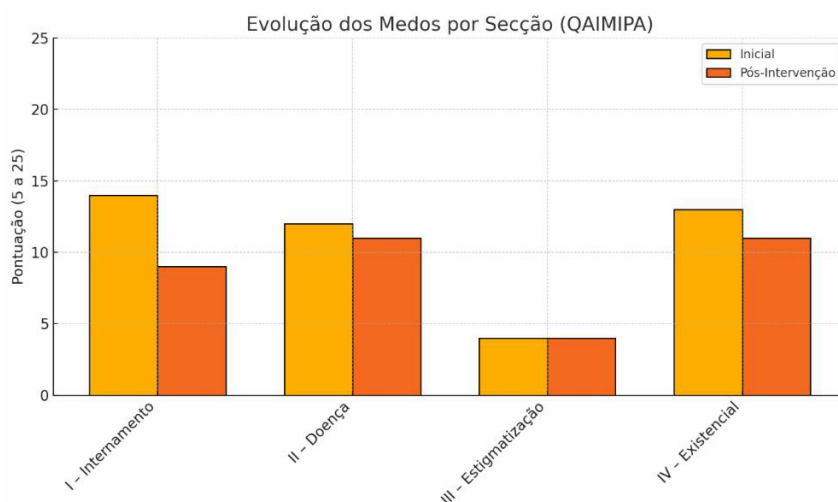


Gráfico 1 - Evolução dos Medos - Utente H

O Gráfico apresentado mostra a variação da pontuação total por subescala, com barras agrupadas que comparam os resultados em T0 e T1.

Secção I – Medos relacionados com o internamento

Há uma redução clara de 14 para 9 pontos. Esta descida reflecte uma melhoria significativa na adaptação ao ambiente hospitalar, traduzindo o impacto positivo das técnicas de relaxamento e da relação terapêutica.

Secção II – Medos relacionados com a doença

Encontramos uma redução discreta de 12 para 11 pontos. O gráfico demonstra uma ligeira melhoria, mas mantém-se em zona de risco moderado, sugerindo persistência de incertezas sobre diagnóstico ou evolução clínica.

Secção III – Medos sociais e estigmatização

Temos uma estabilidade total, com pontuação de 4 em ambas as avaliações. A ausência de alteração reforça a interpretação de que este domínio não constitui preocupação significativa para o utente, mantendo-se dentro do intervalo de medo reduzido.

Secção IV – Medos existenciais e identitários

Há redução modesta de 13 para 11 pontos que indica evolução positiva, ainda que parcial, sugerindo que os medos ligados ao sentido de identidade e controlo permanecem relevantes. O gráfico reflecte uma descida gradual, mas clinicamente significativa.

Assim, pode concluir-se que globalmente a intervenção foi mais eficaz nos medos reactivos ao ambiente físico e relacional (Secção I), onde se verificou a maior redução. Os medos mais enraizados, de natureza existencial e relacionada com a condição psiquiátrica (Secções II e IV), requerem continuidade da intervenção terapêutica e eventual aprofundamento terapêutico. E que a ausência de preocupação com estigma social (Secção III) é um dado positivo, podendo indicar suporte familiar/social adequado ou boa interiorização do processo terapêutico.

Do utente AC

Segue-se a análise clínica detalhada dos resultados do questionário de avaliação de medos (ANEXO IV) com base nas pontuações por subescala antes (T0) e depois (T1) da intervenção terapêutica estruturada:

Tabela 2 - Resultados Subescala - Utente AC

Subescala	Pontuação Inicial	Pontuação Pós-Intervenção	Nível Inicial	Nível Final	Evolução
Secção I – Internamento	20	16	Elevado	Moderado	Melhoria significativa
Secção II – Doença	23	20	Elevado	Elevado	Melhoria parcial
Secção III – Estigmatização	4	4	Reduzido	Reduzido	Estável
Secção IV – Identidade/Existência	21	17	Elevado	Moderado	Melhoria significativa

Interpretação:

Secção I – Medos relacionados com o internamento

- Evolução de 20 → 16 pontos: Redução clara de 20% na intensidade do medo. O utente demonstrou melhoria adaptativa importante em relação ao espaço, rotinas e interações no internamento. Pelo que, se retira que as técnicas aplicadas parecem ter promovido segurança psicológica e contenção emocional.

Secção II – Medos relacionados com a doença

- Evolução de 23 → 20 pontos: Pequena descida (13%), mas mantém-se dentro da categoria de medo elevado. Revelando persistência de angústia significativa em torno da natureza e evolução da doença, do diagnóstico e da perda de controlo mental.

Secção III – Medos sociais e estigmatização

- Evolução de 4 → 4 pontos: Situação estável com nível de medo reduzido. A estigmatização não se apresenta como foco de sofrimento para o utente

Secção IV – Medos existenciais e identitários

- Evolução de 21 → 17 pontos: Redução expressiva (19%). Parece indicar uma diminuição relevante dos medos relativos à perda de identidade, sentido de vida e confiança interna. O impacto da meditação e da relação terapêutica é especialmente notório nesta dimensão, podendo-se concluir que o utente começa a reconectar-se consigo mesmo de forma mais segura e funcional.

Podendo concluir-se que o utente AC mostra um quadro inicial com níveis elevados de medo nas dimensões mais profundas e estruturantes (doença, identidade, internamento). A intervenção parece ter produzido efeitos benéficos importantes, sobretudo nos domínios relacionados com o ambiente imediato e com a relação intrapessoal. No entanto, a dimensão da doença permanece com sofrimento clínico relevante, sendo necessário reorientar a intervenção para aspectos cognitivos e psicoeducativos.

Apresenta-se a representação gráfica da avaliação do utente AC dos medos por secção, comparando os resultados antes e depois da intervenção terapêutica.

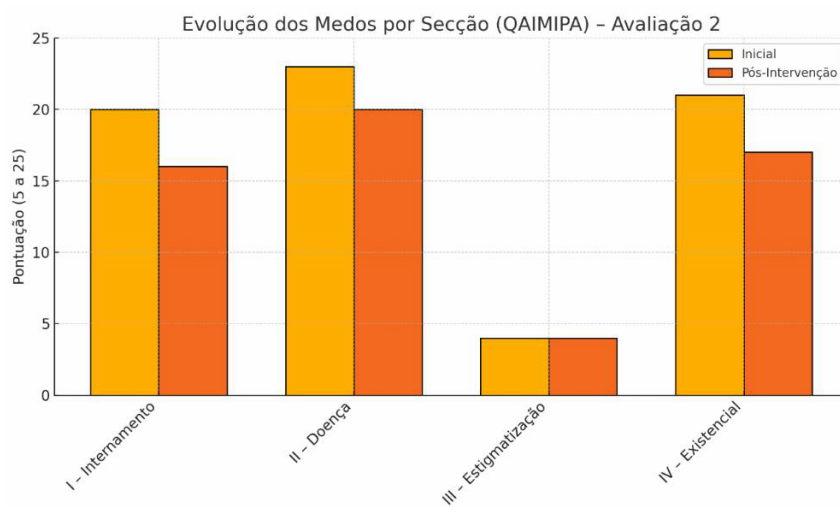


Gráfico 2 - Evolução dos Medos do Utente AC

O Gráfico apresentado demonstra a variação da intensidade dos medos nas quatro secções do questionário (Anexo IV), com redução clara nas secções I e IV, redução parcial na secção II e estabilidade na secção III.

Secção I – Medos relacionados com o internamento

Redução de 20 para 16 pontos, alterando a categoria de elevado para moderado o que aparenta indicar melhoria adaptativa ao ambiente hospitalar. Os efeitos da intervenção parecem visíveis.

Secção II – Medos relacionados com a doença

Redução de 23 para 20 pontos, sem alteração da categoria que permanece elevado. A ansiedade relacionada com o diagnóstico e evolução permanece significativa.

Secção III – Medos sociais e estigmatização

Estável: 4 pontos em ambos os momentos, com categoria: Reduzido. O utente não evidencia sofrimento relacionado com o estigma ou imagem social.

Secção IV – Medos existenciais e identitários

Redução de 21 para 17 pontos, com alteração da categoria: De elevado para moderado. Parece refletir um início de reintegração do *self* e redução da despersonalização.

A intervenção demonstrou eficácia terapêutica moderada a elevada nas dimensões mais sensíveis ao ambiente e ao contacto consigo mesmo.

Do utente C.

Segue-se a análise clínica detalhada dos resultados do questionário de avaliação de medos (ANEXO IV) com base nas pontuações por subescala antes (T0) e depois (T1) da intervenção terapêutica estruturada.

Resultados por Subescala e a sua interpretação:

Tabela 3 - Resultados Subescala do Utente C

Subescala	Pontuação Inicial (T0)	Pontuação Pós-Intervenção (T1)	Nível Inicial	Nível Final	Evolução
I – Internamento	23	18	Elevado	Moderado	Melhoria significativa
II – Doença	24	21	Elevado	Elevado	Melhoria parcial
III – Estigmatização	4	4	Reduzido	Reduzido	Estável
IV – Existencial/Identitário	22	17	Elevado	Moderado	Melhoria clara

Secção I – Medos relacionados com o internamento

- Descida de 23 para 18 pontos: Redução de ~22% na intensidade do medo. O utente demonstrou diminuição do medo perante o ambiente hospitalar, equipa e rotinas de internamento. Esta evolução é coerente com o impacto das intervenções. Indica maior confiança no sistema de cuidados e maior tolerância ao ambiente fechado.

Secção II – Medos relacionados com a doença

- Descida de 24 para 21 pontos: Redução de ~13%, ainda dentro da categoria de medo elevado. Embora haja melhoria, persistem receios relevantes sobre a estabilidade da doença, diagnóstico ou perda de controlo mental.

Secção III – Medos sociais e estigmatização

- Estabilidade absoluta: 4 pontos em ambos os momentos. Não se observando medos expressivos relacionados com a rejeição social ou estigma.

Secção IV – Medos existenciais e identitários

- Descida de 22 para 17 pontos: Redução expressiva (~23%). Há indícios de reconexão com a identidade pessoal e maior aceitação de si mesmo, reforçando a noção de que o trabalho de introspecção (via meditação e relação empática) terá produzido efeito positivo.

Assim, conclui-se que o utente apresentou, à entrada, níveis elevados de medo em três das quatro dimensões avaliadas, denotando sofrimento psicológico significativo e fragilidade existencial. No entanto, a intervenção terá gerado melhorias consistentes e clinicamente relevantes, sobretudo nos medos relacionados com o ambiente e com a identidade pessoal.

Apresenta-se a representação gráfica da evolução do utente C.

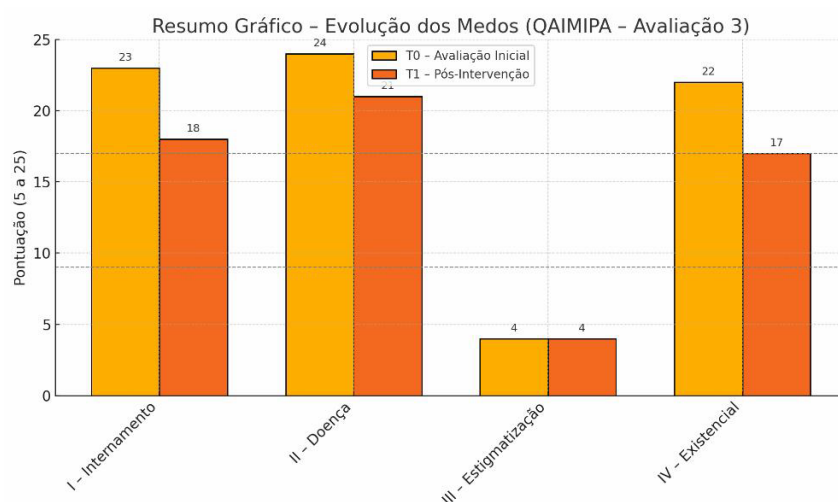


Gráfico 3 - Evolução dos Medos do Utente C

Secção I – Medos relacionados com o internamento

Descida de 23 para 18, com alteração da categoria de Elevado para moderado, o que indicia uma boa resposta à intervenção, com conseqüente aumento da sensação de segurança e contenção emocional.

Secção II – Medos relacionados com a doença

Descida pouco relevante de 24 para 21, mantendo-se a categoria de elevado, sugestivo de persistência no sofrimento.

Secção III – Medos sociais e estigmatização

Estabilidade absoluta: 4 pontos em ambos os momentos. Sugerindo que o estigma não é foco de preocupação do utente.

Secção IV – Medos existenciais e identitários

De 22 para 17, com alteração da categoria de elevado para moderado, o que sugere ser um indicador de reconexão com o *self* e redução de medo identitário.

Concluindo-se que, o utente demonstrou resposta terapêutica positiva à intervenção, sobretudo no que concerne aos medos contextuais (internamento), aos medos existenciais (identidade, controlo, sentido). Sendo que, os medos apresentados relativos à doença permanecem clinicamente relevantes.

Porquanto, da análise longitudinal de três casos distintos avaliados com o questionário (ANEXO IV) permitiu evidenciar não só a eficácia terapêutica de intervenções clínicas não-farmacológicas, mas também a consolidação progressiva de competências clínicas, relacionais e reflexivas por parte da estudante de mestrado no contexto da especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Nas três situações clínicas analisadas, os utentes apresentavam inicialmente níveis elevados de medo em pelo menos duas das quatro dimensões avaliadas: internamento, doença, estigmatização e identidade/vida interior. Após a implementação sistemática de um conjunto de intervenções especializadas — nomeadamente a relação de ajuda, o relaxamento muscular progressivo de Jacobson e a iniciação à meditação de atenção plena (*mindfulness*) — observaram-se reduções significativas dos níveis de medo, particularmente nas dimensões contextuais (internamento) e existenciais (identidade e controlo do *self*).

Este padrão de melhoria clínica valida não apenas a eficácia das estratégias seleccionadas, mas sobretudo ilustra a aplicação competente e contextualizada de intervenções próprias da prática avançada em Enfermagem de Saúde Mental, conforme preconizado pelas orientações da Ordem dos Enfermeiros e os referenciais de especialidade.

No processo de planificação, implementação e avaliação das intervenções, a estudante mobilizou de forma progressiva e fundamentada várias competências nucleares da especialidade, das quais se destacam a capacidade de estabelecer uma relação terapêutica significativa com a pessoa em sofrimento mental, baseada na empatia, escuta activa e validação emocional, permitindo a co-construção de um espaço de segurança psíquica — fundamental para a redução do medo e a recuperação do sentido de controlo interno; a implementação de intervenções psicoterapêuticas estruturadas, ajustadas ao contexto e à disponibilidade emocional do utente, demonstrando domínio técnico e teórico sobre metodologias complementares à farmacoterapia, como o relaxamento, a respiração consciente e os primeiros passos da meditação dirigida; a avaliação contínua da experiência emocional do utente, utilizando um instrumento psicometricamente estruturado o que revela não só rigor metodológico, mas também capacidade crítica para integrar dados quantitativos na tomada de decisão clínica, respeitando a singularidade da pessoa; a promoção da capacitação emocional e da autonomia do utente, reconhecendo o sofrimento existencial não apenas como sintoma, mas como dimensão legítima da experiência humana em crise — contribuindo assim para uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa e na sua recuperação; a reflexão ética sobre o cuidado, evidenciada na adaptação contínua das intervenções ao ritmo do utente e na vigilância da relação de poder no espaço terapêutico, em consonância com os princípios da dignidade, da autodeterminação e da co-responsabilização pelo processo de mudança.

A trajectória de intervenção, monitorizada através de sucessivas avaliações psicométricas, espelha uma prática profissional alicerçada em fundamentos científicos, éticos e relacionais. A estudante não apenas aplicou conhecimentos teóricos, mas transformou-os em competências clínicas de elevada complexidade, orientadas por um pensamento crítico e uma postura humanista.

Conclui-se assim que, o percurso descrito permitiu à estudante alcançar um nível avançado de desenvolvimento das competências específicas da especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, numa lógica de

cuidado integral, participativo e promotor de autonomia. A prática demonstrada neste processo é congruente com os pressupostos da enfermagem enquanto disciplina autónoma, reflexiva e ética, ao serviço da pessoa em sofrimento psíquico.

2.2.4. Estudo de Caso

Em cada um dos contextos foi realizado um estudo de caso utilizando a ontologia da Enfermagem conforme preconizado pela OE e documentado na plataforma *E4Nursing by ESEP*.

Apresenta-se o estudo de caso realizado nesta unidade por considerar-se ser um bom exemplo do trabalho realizado a título individual com os utentes.

O Sr. A.D., de 62 anos de idade, divorciado, com uma filha de 29 anos de idade, residia sozinho em casa arrendada.

Foi internado em Agosto de 2024 após ter incendiado a casa onde residia. Após condução pela Polícia de Segurança Pública à urgência de psiquiatria assentiu no internamento voluntário.

Referiu que incendiou a habitação por "vingança", que não concretiza, e confessa intenção de se matar.

Tem historial de abuso de consumo de álcool e doença associada: cirrose hepática.

Com ideação suicida, que verbaliza, por não reconhecer vontade de viver desde que a sua mãe faleceu há dois anos.

Este caso, do Sr. A.D., exemplifica uma situação de extrema vulnerabilidade emocional, acentuada pela solidão, e perda materna recente. Com 62 anos, divorciado e a morar sozinho, apresentou sentimentos de vingança não especificados e desesperança, além de dificuldades para encontrar significado

na vida após a morte da mãe, um factor que parece central na sua desestabilização emocional.

Importa aqui relevar que o luto é um processo psicológico, emocional e social complexo, desencadeado pela perda de uma pessoa significativa, sendo considerado uma resposta adaptativa normal perante a perda. No entanto, quando esse processo se prolonga, intensifica ou se torna disfuncional, pode configurar-se como *luto comprometido*, um diagnóstico reconhecido pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) (Herdman et al., 2021)

Este diagnóstico de enfermagem descreve “uma desorganização prolongada e desadaptativa da resposta ao luto, que interfere com o funcionamento físico, emocional e social do indivíduo” (Herdman, *et al.* 2021)

O luto comprometido pode manifestar-se de diversas formas, nomeadamente tristeza persistente, raiva intensa, isolamento social, ideação suicida, distúrbios do sono, perda de interesse por actividades anteriormente prazerosas e disfunções cognitivas (Shear *et al.*, 2005). Estas manifestações ultrapassam o luto expectável e implicam sofrimento clínico significativo, frequentemente associado a um impacto negativo na saúde mental e física.

Segundo Prigerson *et al.* (2009), indivíduos com luto comprometido apresentam maior risco de desenvolver perturbações do foro psiquiátrico, como depressão major e perturbação de ansiedade generalizada, bem como doenças cardiovasculares, comprometimento imunológico e aumento da mortalidade. A ausência de uma elaboração adequada do luto compromete a capacidade do indivíduo de reconstruir significado e restabelecer conexões sociais, fundamentais para o restabelecimento do equilíbrio emocional.

No âmbito da EESMP, o reconhecimento do luto comprometido como diagnóstico permite uma intervenção precoce e direccionada. Intervenções como a escuta activa, o apoio na expressão emocional, a facilitação da espiritualidade e o encaminhamento para apoio psicológico especializado são

estratégias validadas pela evidência para minimizar o sofrimento e promover a adaptação saudável (Worden, 2009).

Durante a entrevista inicial tentou ocultar a sua fragilidade emocional, mas que com o estabelecimento da relação terapêutica que ocorreu ao longo das sessões conseguiu abertamente expor os seus sentimentos, revelando que a emoção medo se tornou uma presença forte quando se confrontou com o seu internamento naquela unidade.

O medo, embora discreto, é um sentimento comum em pacientes psiquiátricos no período pós - alta, especialmente em casos onde há isolamento social e um histórico de luto e desesperança.

Esse medo pode manifestar-se na forma de insegurança, receio de recaída e incapacidade de se adaptar novamente ao quotidiano (Franklin *et al.*, 2017). Os estudos demonstram que o medo do regresso ao ambiente doméstico é exacerbado em utentes com quadros de luto não resolvido e ideação suicida, uma vez que o contexto familiar e social pode intensificar as lembranças dolorosas e os sentimentos de abandono (Bowlby, 1980). O apoio terapêutico, nesse sentido, é fundamental para ajudar o utente a reconstruir a sua percepção de segurança e estabilidade no regresso ao ambiente externo (O'Hara *et al.*, 2018).

Assim, no caso do Sr. A.D., com história de ideação suicida, luto e isolamento social, foi essencial abordar os domínios específicos, que orientam diagnósticos de enfermagem e intervenções para promover o seu bem-estar emocional e a sua segurança. Cada domínio aborda aspectos fundamentais para a recuperação no contexto psiquiátrico e orienta as intervenções terapêuticas de enfermagem voltadas para a adaptação saudável do utente.

Na entrevista inicial e na leitura do processo clínico do utente foi possível identificar para avaliação os seguintes domínios:

- **Apetite**, sofreu alterações no início do internamento, segundo registos de enfermagem e revelado pelo próprio utente, ainda que na altura da

avaliação pela estudante o apetite estava íntegro e assim se manteve durante o período de intervenção sem necessidade de intervenção.

Apesar de não ter havido intervenção no domínio do apetite é de relevar que este é frequentemente impactado em utentes com transtornos de humor e luto, como é o caso do Sr. A.D. E as alterações no apetite podem ser tanto o resultado directo da depressão quanto a consequência de padrões de pensamento desvalorizador, como a perda de interesse pela própria saúde e pela vida (Stuart, *et al*, 2013). Nos diagnósticos de enfermagem, monitorizar o apetite é essencial para avaliar o estado nutricional do paciente, uma vez que a desnutrição pode exacerbar a fragilidade física e mental, comprometendo o processo de recuperação.

- **Sono**, segundo os registos clínicos, da altura do início do internamento, o utente foi sujeito a intervenção médica farmacológica para regulação do sono. À altura da entrevista realizada pela estudante este domínio não se encontrava alterado, pois o sono foi classificado como reparador e que acontece sem necessidade de intervenção.

Também não tendo havido intervenção no domínio do sono é essencial referir que este é um domínio crítico para utentes com transtornos de humor, pois as alterações nos ciclos de sono estão associadas ao agravamento dos sintomas depressivos e à diminuição da capacidade de *coping* emocional (Harvey *et al.*, 2011). No caso do Sr. A.D., os distúrbios de sono, como a insónia, que o seu processo clínico e o seu relato davam conta, podem estar associados à ideação suicida e ao luto, ambos conhecidos por interferirem no repouso adequado.

- **Autoconceito**, com evidente contradição na percepção de si próprio o utente que afirmava não se considerar pessoa sem valor repetia desejar a morte para a resolução dos seus problemas. Na primeira entrevista o utente apresentou-se como alguém que não tinha questões de desvalorização pessoal. No entanto, com o decorrer das sessões

individuais a sua postura alterou-se confessando sentir que era “um peso para o Mundo” e que “a sua existência não fazia sentido”.

O autoconceito é um domínio relevante para o Sr. A.D., pois sua percepção de si mesmo poderá estar deteriorada devido ao luto, isolamento e comportamento autodestrutivo, como o incêndio que provocou. Os estudos apontam para a evidência que o luto e as experiências traumáticas podem impactar profundamente o autoconceito, levando a sentimentos de inutilidade e perda de sentido de vida (Neimeyer, *et al*, 2017).

- **Emoção**, o utente não evidenciou quaisquer indícios de euforia. Nem verbalizou qualquer ansiedade ou sequer apresentou manifestação de inquietação: Sem manifestação de irritabilidade e sem manifestação de pânico.

No entanto, apresentou um profundo sentimento de tristeza quando especificou a perda dos pais, bastante dolorosa, sendo os pensamentos sobre esta consequentemente desestabilizadores recorrentes. Referiu que, sentiu mais forte a morte do pai aquando da morte da mãe, que tinha sido a última a falecer, há dois anos. Esta situação indicia o diagnóstico de Luto Comprometido e que indica presença de necessidade de intervenção. Para tanto, este domínio deve investigar-se a evolução do luto; promover a mudança no processo de pensamento relacionado com o luto; executar a escuta activa; executar a reestruturação cognitiva; promover o autocontrolo no âmbito do processo de pensamento relacionado com o luto; avaliar o significado atribuído à sua vida após a perda, determinando o seu potencial e avaliar a evolução para melhorar os significados atribuídos; assistir o utente a analisar o significado dificultador e avaliar a evolução do autocontrolo do processo de pensamento relacionado com o luto comprometido.

O domínio da emoção é crucial, considerando que o Sr. A.D. enfrenta emoções intensas de luto, desesperança e culpa. Esses sentimentos podem ser desencadeadores de ideação suicida, conforme indicam os estudos sobre a

associação entre sentimentos de perda, desespero e risco de suicídio (Joiner *et al.*, 2018).

- **Pensamento**, com indícios de ideação suicida, apresentada pela verbalização de ideação suicida ao pensar que seria melhor estar morto. Assim, impõe-se avaliar a evolução da ideação suicida; prevenir o suicídio, implementando medidas de segurança e promover alteração do processo de pensamento relativo à ideação, executar escuta activa; executar reestruturação cognitiva.

O domínio do pensamento refere-se à avaliação dos processos cognitivos do Sr. A.D., incluindo a presença de pensamentos automáticos negativos relacionados ao luto e a falta de sentido de vida. A literatura indica que pensamentos disfuncionais e ruminativos são comuns em pessoas em luto e com transtornos de humor, aumentando o risco de comportamentos autodestrutivos (Beck, 2011).

- **Memória**, demonstrou dificuldade em reter nova informação. Sem dificuldade em recuperar informação, sem desorientação face às pessoas e sem desorientação no espaço e no tempo. Apresentou memória comprometida. Pelo que, impõem-se a determinação da evolução da memória e avaliação da evolução da memória.

A memória pode ser impactada em quadros de depressão e transtornos de luto, podendo o Sr. A.D. apresentar dificuldades de concentração e retenção de informações devido à sobrecarga emocional (Harvey *et al.*, 2004). A perda da figura materna, um evento traumático significativo, pode intensificar as dificuldades de memória e concentração, que são características frequentemente observadas em pacientes com transtornos afectivos (Neimeyer, 2001).

- **Cuidar da higiene pessoal**, o utente apresentou-se bem cuidado e com volição para o seu autocuidado.

- **Comportamento destrutivo**, apesar da verbalização da ideação suicida o utente não manifestou comportamentos autodestrutivos. Nem manifestou comportamentos agressivos.
- **Comportamento aditivo**, segundo o processo clínico o utente tem uma mutação genética que impede a correcta metabolização do álcool. Todos os consumos, mesmo que controlados, tornaram-se lesivos para o seu organismo pelo que desenvolveu patologia hepática. O utente refere que os seus consumos eram os "socialmente aceitáveis": duas cervejas/dia. Revelou que não bebe por impulso, nem por "necessidade". O utente nega o abuso de consumo de álcool.

Posto a identificação e caracterização dos domínios de enfermagem, procedeu-se à identificação e planeamento das intervenções psicoterapêuticas a executar. Estas visaram promover o autocontrolo emocional e uma reestruturação cognitiva, oferecendo-lhe ferramentas para lidar com a desesperança e o luto. Optou-se por trabalhar técnicas de relaxamento, como a respiração profunda e o relaxamento muscular progressivo, por serem eficazes e amplamente recomendadas para utentes com transtornos de humor, quadros de inquietação e necessidade de desenvolver o sentido de autocontrolo e essencial para a adaptação ao ambiente domiciliar e para a diminuição do medo no pós-alta (Kabat-Zinn, 2003) (Linehan, 2014).

A reestruturação cognitiva desempenha um papel crucial na modificação de pensamentos automáticos negativos, particularmente aqueles relacionados com o luto e a desvalorização da vida. Os estudos indicam que a reestruturação cognitiva é eficaz para substituir pensamentos disfuncionais por perspectivas mais equilibradas e saudáveis, promovendo assim a ressignificação da perda (Beck, 2011). Ao trabalhar para reformular esses pensamentos, o Sr. A.D. pode desenvolver uma visão mais construtiva sobre sua perda e a sua própria existência, reduzindo os impactos debilitantes do luto.

A análise do “significado dificultador” permitirá ao paciente refletir sobre o impacto emocional da perda e o “desmoronamento” de sua percepção de mundo. A psicoterapia focada na ressignificação do luto ajuda o indivíduo a encontrar novos significados para a sua vida e a adaptar-se às mudanças impostas pela perda, um processo essencial para pacientes com ideação suicida e sentimentos de desesperança (Neimeyer, *et al* 2017). Com a ajuda do EEESMP, o Sr. A.D. é assim incentivado a explorar e modificar a percepção de sua experiência, facilitando o desenvolvimento de novos objectivos e motivações que promovam uma visão menos incapacitante e mais positiva.

Ao executar a intervenção reestruturação cognitiva identificaram-se os seguintes objectivos e consequentes acções: a) Detectar pensamentos automáticos negativos associados a situações específicas: Registrando pensamentos para identificar padrões; utilizando o questionamento socrático para explorar e descrição dos pensamentos automáticos; ensinar sobre a relação entre pensamentos, emoções e comportamentos; b) Questionar a validade e a utilidade dos pensamentos automáticos identificados: Explorando a evidência a favor e contra um pensamento específico; apresentando perspectivas alternativas para interpretar a situação; c) Detectar crenças nucleares subjacentes que mantêm os padrões de pensamento prejudiciais: Explorando padrões repetitivos e históricos para aceder a crenças enraizadas; identificando temas recorrentes nos pensamentos automáticos.; d) Transformar crenças nucleares e intermediárias em crenças mais adaptativas: Substituindo crenças disfuncionais por afirmações racionais e positivas; praticando novas formas de pensar em situações desafiadoras; utilizando imagens ou histórias para facilitar a compreensão e aceitação de novas crenças; e) Aumentar a capacidade de aplicação da reestruturação cognitiva de forma autónoma: Orientando o utente a registar e modificar pensamentos entre sessões. Utilizando o role- play simulando situações para praticar novas respostas cognitivas e comportamentais; f) Garantir que as mudanças cognitivas sejam

mantidas ao longo do tempo: Reforçando os ganhos alcançados no processo terapêutico; desenvolvendo estratégias para lidar com potenciais desafios futuros; treinando técnicas de *mindfulness* para que a atenção plena cerceie os pensamentos ruminativos.

A implementação de medidas de segurança rigorosas é essencial para pacientes que manifestam ideação suicida, como o Sr. A.D. Isso inclui vigilância constante, restrição de acesso a objectos perigosos e a criação de um ambiente seguro que reduza a probabilidade de actos autodestrutivos (Pompili *et al.*, 2018). Os estudos sustentam que uma monitorização adequada e um plano de segurança personalizado são fundamentais na prevenção do suicídio em pacientes com transtornos de humor, especialmente durante o período de transição para a vida domiciliar (Joiner *et al.*, 2018). Manter a equipa informada sobre o estado do paciente e estabelecer medidas preventivas eficazes são passos essenciais para reduzir os riscos associados à ideação suicida.

A escuta activa e a validação emocional apresentam-se como ferramentas terapêuticas poderosas no apoio a utentes em luto e com ideação suicida. Demonstrar empatia e compreensão das emoções do utente é fundamental para fortalecer a aliança terapêutica e ajudá-lo a expressar os seus sentimentos e preocupações sem medo de julgamento (Rogers, 1951). Para o Sr. A.D., a validação de suas experiências de perda e desesperança através da escuta activa pode ajudá-lo a sentir-se compreendido e a explorar alternativas emocionais e cognitivas para lidar com sua situação.

A escuta activa é uma competência central de diferentes abordagens terapêuticas e contextos de comunicação, sendo fundamental para criar um ambiente de confiança e compreensão. Consiste em ouvir de forma empática, genuína e atenta, demonstrando ao interlocutor que as suas palavras, sentimentos e perspectivas são valorizados, para tanto é necessário providenciar um ambiente seguro e acolhedor, proporcionando ao interlocutor um espaço de comunicação livre de julgamentos e isso alcança-se garantindo

a privacidade e minimizando distrações no ambiente; mantendo a postura aberta e relaxada, transmitindo receptividade; demonstrando disponibilidade emocional e física, com contacto visual e expressões faciais congruentes.

É necessário estar totalmente presente na conversa, captando não apenas o conteúdo verbal, mas também sinais não verbais: Evitando interrupções ou julgamentos precipitados durante o discurso do interlocutor; observando a linguagem corporal, tom de voz e expressões faciais; focando no momento presente, afastando pensamentos distractivos.

A empatia essencial à escuta activa exige compreensão e validação dos sentimentos e pensamentos do interlocutor: Repetindo o conteúdo principal com palavras diferentes, confirmando que a mensagem foi entendida. É também essencial incentivar o interlocutor a explorar suas ideias e sentimentos em maior profundidade: Fazendo perguntas abertas e não directivas que promovam reflexão; evitando perguntas fechadas que limitem a expressão.

É de grande importância na execução desta intervenção terapêutica reforçar a importância do que o interlocutor compartilha, reconhecendo seus esforços e emoções: reconhecendo as dificuldades experimentadas; validando a legitimidade das emoções.

Para tanto, é obrigatório criar espaço para reflexão e encorajamento ao aprofundamento da partilha: pausar intencionalmente permitindo que o interlocutor elabore seus pensamentos; respeitando o ritmo da conversa, evitando apressar respostas ou conclusões.

De grande relevância é o reforço da compreensão mútua assim como a ajuda ao interlocutor a organizar suas ideias: resumir os pontos principais da fala para confirmar entendimento; oferecer *feedback* construtivo, com base no que foi partilhado.

Por último, mas não menos importante há que reconhecer factores que possam dificultar a comunicação e é necessário trabalhar para superá-los: explorando

possíveis mal-entendidos ou resistências; adaptando a linguagem e abordagem ao nível de compreensão e conforto do interlocutor.

Os instrumentos de avaliação que foram utilizados foram um questionário ad hoc, que serviu de base à entrevista semiestruturada, a escala HADS e ainda a escala *Mini Mental*, para avaliação da função cognitiva.

2.3. No Contexto Clínico de Diferenciados – o EP

O estágio que decorreu no contexto clínico de diferenciados (UCD), em Estabelecimento Prisional (EP), do Distrito do Porto, realizou-se em dois momentos: módulo I, com a duração de 70 horas, no período entre o 25 de junho e 22 de Julho e o módulo II, no período de 10 de dezembro a 10 de janeiro de 2025, com a duração de 90 horas, ambos sob a orientação de EEESMP.

O EP em causa contém a Unidade Livre de Drogas (ULD) que constitui uma valência terapêutica dedicada ao tratamento da toxicod dependência em contexto prisional. Esta unidade oferece um programa de desintoxicação que inclui terapias em grupo e individuais, focando-se na reabilitação e reinserção social dos reclusos.

A ULD é um espaço fisicamente diferenciado e independente dentro do EP, destinado a reclusos que voluntariamente decidem aderir ao programa de tratamento, visando uma vida sem drogas. Este ambiente propicia uma abordagem focada na superação da dependência, com o apoio de equipas técnicas especializadas.

Ademais, além do tratamento clínico, as actividades nas ULD incluem programas de autoajuda e ocupacionais, proporcionando aos reclusos

ferramentas para uma melhor gestão pessoal e habilidades que podem ser úteis após o cumprimento de pena.

Para tanto, os reclusos integrados nesta unidade, que à data da realização do estágio era doze, apesar da lotação máxima de quatorze pessoas, subscrevem um contrato terapêutico onde se comprometem a não consumir qualquer tipo de estupefaciente e a realizar uma série de actividades onde desenvolvem competências pessoais e sociais.

2.3.1. Avaliação de Necessidades

A implementação de programas terapêuticos eficazes no contexto prisional, particularmente na ULD, exige uma avaliação abrangente das dimensões emocionais e comportamentais dos reclusos. Esta população, com historial de comportamentos aditivos e vivências marcadas por trauma, exclusão social e elevada vulnerabilidade emocional, apresenta frequentemente dificuldades na gestão da ansiedade e na adopção de estratégias de *coping* saudáveis (Carvalho, *et al*, 2014).

Assim, a utilização de instrumentos psicométricos validados — como o COPE-BRIEF, o *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) e o *State-Trait Anxiety Inventory* - Forma Y (STAI-Y) — é essencial para orientar e fundamentar uma intervenção terapêutica estruturada e eficaz.

O COPE-BRIEF, desenvolvido por Carver (1997), é uma versão abreviada do original COPE Inventory (Carver *et al.*, 1989) e permite avaliar de forma sintética as estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para lidar com situações adversas. Este instrumento inclui dimensões como *coping* activo, planeamento, aceitação, uso de humor, negação, a procura de apoio emocional e instrumental, entre outras.

Em contexto prisional, este questionário torna-se particularmente relevante para identificar padrões de *coping* disfuncionais (como a evitação, uso de

substâncias ou desistência comportamental), muitas vezes associados ao risco de recaída em comportamentos aditivos e à dificuldade em enfrentar o quotidiano carcerário (Marlatt, *et al.*, 2005). Ao mesmo tempo, permite reforçar e treinar estratégias de *coping* adaptativas, como a reinterpretação positiva, o planeamento e a expressão emocional regulada.

Tendo sido este processo muito acompanhado pelo EEESMP da ULD, e tendo em vista o estudo da emoção medo, foi lançado o repto de se avaliar e desenvolver as técnicas de atenção plena desta população.

Diversos estudos demonstram que níveis elevados de *mindfulness* estão associados à diminuição da impulsividade, da ansiedade e do uso de estratégias de *coping* disfuncionais (Bowen *et al.*, 2009; Garland *et al.*, 2010).

Em reclusos integrados numa ULD, a promoção de *mindfulness* pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de autorregulação emocional, gestão da frustração e resiliência diante de gatilhos para a recaída.

A aplicação do FFMQ fornece uma base quantitativa para integrar intervenções como a meditação guiada, o “*body scan*”, e práticas formais de atenção plena em grupo.

A *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), forma Y, de Spielberger *et al.* (1983), é uma das escalas mais utilizadas internacionalmente para avaliar níveis de ansiedade. Através da distinção entre ansiedade-estado (reação transitória a situações de stress) e ansiedade-traço (predisposição duradoura para experienciar ansiedade), permite-se uma análise diferenciada dos níveis de tensão emocional dos participantes. Este instrumento é particularmente útil em ambiente prisional, onde factores como o medo da recaída, a incerteza quanto à reinserção social, ou o receio de não corresponder às expectativas da instituição ou da família podem intensificar estados de ansiedade. O uso da STAI-Y permite avaliar a evolução dos níveis de ansiedade antes, durante e após a intervenção, funcionando como indicador de eficácia terapêutica. A sua

versão portuguesa encontra-se validada e adaptada por Silva *et al.* (2003), com adequada fiabilidade psicométrica para a população adulta.

A aplicação conjunta dos instrumentos COPE-BRIEF, FFMQ e STAI-Y permite obter uma visão global e integrada das estratégias de *coping*, níveis de consciência emocional e estado de ansiedade dos participantes. Esta abordagem possibilita o diagnóstico individualizado no início do programa a implementar e a monitorização dos progressos conseguidos

Pelas razões das especificidades da população residente da ULD estabeleceram-se como critérios de inclusão ter diagnóstico de enfermagem de ansiedade; ter disponibilidade para participar no programa e ter Medo presente em entrevista S.E e prestar o seu consentimento informado (ANEXO VIII) Sendo os critérios de exclusão a presença de déficit cognitivo e analfabetismo. Para garantir que os participantes atendiam aos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos foi realizado uma entrevista semiestruturada individual. Participaram doze reclusos no programa.

2.3.2. Planeamento e Execução

Após as actividades de avaliação e análise dos resultados concluiu-se que os níveis de ansiedade perpetrados por medos diversos (medo da recaída, medo do regresso a casa, medo da rejeição social, medo de novas acusações criminais em processos ainda em investigação) eram elevados na população reclusa. Diagnosticado o medo e a consequente ansiedade optou-se pelo desenho de um conjunto de intervenções capacitadoras de estratégias de *coping* para as situações provocadoras de estados de ansiedade e de capacitação para a autoindução de relaxamento.

Desenharam-se estratégias como a respiração diafragmática, *mindfulness* e meditação por terem comprovado êxito na gestão da ansiedade em contextos diversos, incluindo prisões, pela sua simplicidade, acessibilidade e eficácia comprovada.

Para o planeamento das intervenções definiram-se os objectivos gerais de reduzir a ansiedade associada ao medo em reclusos toxicodependentes em recuperação, promovendo estratégias de *coping* saudáveis e como objectivos específicos pretende aumentar-se o conhecimento sobre a relação entre medo, ansiedade e *coping*, desenvolver competências práticas de relaxamento e *mindfulness* e promover estratégias de *coping* adaptativas.

Como possíveis estratégias a serem trabalhadas incluímos o *coping* activo, que se concentra na resolução de problemas directamente relacionados com o medo (ex.: planeamento para evitar recaídas); a aceitação, que implica trabalhar a aceitação do passado e dos desafios actuais; a reinterpretação p positiva que significa encarar o medo como uma oportunidade de crescimento e a expressão emocional que visa identificar e verbalizar medos para aliviar o impacto emocional.

Ao plano de intervenção atribuiu-se o nome fantasia “A ARTE DA CALMA” (ANEXO IX) e este foi desenvolvido com o objectivo de se actuar directamente sobre a ansiedade associada à emoção medo, frequentemente presente em reclusos integrados em unidades livres de drogas. O programa terapêutico estruturou-se em cinco sessões temáticas, sequenciais e progressivas, que integraram técnicas de relaxamento, *mindfulness* e estratégias de *coping* adaptativo. Cada sessão tinha objectivos bem definidos, actividades terapêuticas centradas no participante e instrumentos de avaliação standardizados e validados.

No decorrer das sessões os reclusos colocaram a questão da possível integração do Reiki nas sessões seguintes. Colocaram variadas questões sobre a sua eficácia e aplicação.

Apesar de não ser uma actividade reconhecida como intervenção terapêutica amplamente estudada e utilizada importou fazer alguma pesquisa.

Assim, encontraram-se alguns estudos experimentais que têm mostrado resultados promissores quanto à eficácia do Reiki na diminuição da ansiedade em diversos contextos. Um exemplo notável é o estudo de Webster *et al.*

(2020), que analisou os efeitos do Reiki psicoterapêutico em indivíduos com transtorno de ansiedade generalizada. Os autores observaram uma redução estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade entre os participantes após as sessões de Reiki, destacando a eficácia da técnica como complemento ao tratamento psicoterápico convencional (Webster et al., 2020).

Complementando essa visão, Baldwin *et al.* (2017) investigaram os efeitos do Reiki em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e constataram melhora nos níveis de ansiedade e dor, além de queda na pressão arterial — sugerindo um impacto positivo da prática sobre os sistemas autónomo e emocional (Baldwin *et al.*, 2017).

A revisão sistemática conduzida pela Cochrane Library, Joyce e Herbison (2015) examinou a eficácia do Reiki no tratamento da depressão e ansiedade. Os autores reconheceram relatos positivos, mas enfatizaram que a qualidade metodológica dos estudos varia, recomendando cautela na generalização dos resultados. Ainda assim, a revisão reconhece o potencial terapêutico do Reiki em contextos específicos, como cuidados paliativos e pré-operatórios (Joyce & Herbison, 2015).

Na Turquia, Şişman e Arslan (2023) realizaram um ensaio clínico randomizado com pacientes cirúrgicos, observando redução significativa da ansiedade e do medo cirúrgico no grupo que recebeu Reiki, quando comparado ao grupo controlo e ao grupo de Reiki simulado (Şişman & Arslan, 2023).

No Brasil, um estudo clínico randomizado de Kurebayashi *et al.* (2016) demonstrou que tanto o Reiki quanto a massagem foram eficazes na redução do stresse e da ansiedade em pacientes atendidos em um centro de terapias complementares em São Paulo, sugerindo que essas práticas podem ser viáveis no Sistema Único de Saúde (Kurebayashi *et al.*, 2016).

Outra evidência importante vem de um estudo com mulheres submetidas à histerectomia abdominal, onde o Reiki demonstrou melhoria significativa na ansiedade e na dor pós-operatória, segundo Vitale e O'Connor (2006). O

estudo apontou o Reiki como uma estratégia útil para a gestão da ansiedade em ambientes hospitalares (Vitale, *et al* 2006).

Por tudo isto, decidi integrar-se os “cinco princípios do Reiki” como uma sessão de intervenção e foi produzido pela estudante um cartaz (ANEXO X), a pedido dos participantes, que retratasse o aprendizado na sessão que visou o tema.

2.3.3. Avaliação e Reflexão

O objectivo central focou-se na avaliação dos níveis de ansiedade da população em estudo. Assim, passamos a demonstrar a evolução dos resultados conseguidos na aplicação do Inventário Estado de Ansiedade STAI-Y:

Tabela 4 - Evolução da Ansiedade por Utente

Utente	Tipo de Ansiedade	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Evolução
R.A.	Ansiedade Estado	48	63	↑
	Ansiedade Traço	41	65	↑
H.C.	Ansiedade Estado	57	42	↓
	Ansiedade Traço	38	38	→
F.P.	Ansiedade Estado	29	53	↑
	Ansiedade Traço	42	42	→
B.	Ansiedade Estado	59	47	↓
	Ansiedade Traço	57	46	↓
A.	Ansiedade Estado	28	28	→
	Ansiedade Traço	32	32	→
M.F.	Ansiedade Estado	36	51	↑

	Ansiedade Traço	56	53	↓
M.R.	Ansiedade Estado	36	48	↑
	Ansiedade Traço	49	66	↑
A.R.	Ansiedade Estado	36	33	↓
	Ansiedade Traço	35	33	↓
F.C.	Ansiedade Estado	62	56	↓
	Ansiedade Traço	73	56	↓
C.S.	Ansiedade Estado	57	44	↓
	Ansiedade Traço	56	41	↓
J.V.	Ansiedade Estado	30	30	→
	Ansiedade Traço	35	30	↓

Observaram-se as seguintes conclusões:

Ansiedade Estado: Observou-se uma tendência mista, com alguns participantes a apresentar um aumento (por exemplo, R.A e F.P), enquanto outros apresentaram redução (por exemplo, H.C e F.C). Isso pode refletir a natureza temporária da ansiedade estado, que é sensível a eventos específicos no momento da avaliação.

Ansiedade Traço: Em geral, a ansiedade traço apresentou uma redução ou permaneceu estável na maioria dos participantes, indicando um impacto mais duradouro das intervenções em diminuir a predisposição à ansiedade, com exceção de casos como MR, que apresentou um aumento significativo.

Do Impacto na Saúde Mental dos Participantes:

Redução Consistente: Participantes como H.C, B, e C.S mostraram reduções tanto na ansiedade estado quanto na traço, sugerindo um efeito positivo da intervenção na regulação emocional temporária e nos traços de personalidade relacionados à ansiedade.

Estabilidade: Casos como A e J.V indicam estabilidade nos níveis de ansiedade estado e traço, o que pode sugerir uma ausência de resposta significativa à intervenção ou a manutenção de baixos níveis iniciais de ansiedade.

Aumento em Subgrupos: R.A e MR destacam-se pelo aumento na ansiedade traço, sugerindo que para alguns indivíduos, a intervenção pode ter intensificado sentimentos de vulnerabilidade ou introspecção que resultaram em maior percepção de ansiedade como característica.

Diferenças Individuais: A heterogeneidade dos resultados destaca a importância de uma abordagem personalizada nas intervenções em saúde mental. Participantes como F.C e C.S apresentaram reduções significativas em ambos os tipos de ansiedade, enquanto outros, como MR, apresentaram aumentos. Essa variabilidade reforça a necessidade de explorar fatores contextuais, históricos e pessoais que influenciam as respostas à intervenção.

Resultados Específicos Notáveis:

Participantes com maior redução na ansiedade estado: F.C (-6) e C.S (-13).

Participantes com maior aumento na ansiedade traço: MR (+17).

Esses casos podem ser analisados mais profundamente para compreender factores que contribuíram para os resultados discrepantes.

Considerações Gerais

Os resultados indicam que a intervenção de saúde mental teve impactos variados entre os participantes, com reduções significativas em alguns casos e aumentos noutros. Esta variação sugere que os factores individuais desempenham um papel crucial na eficácia das intervenções em saúde mental.

A estudante demonstrou competência na realização de uma avaliação compreensiva e holística, integrando instrumentos psicométricos validados (COPE-BRIEF, FFMQ e STAI-Y), numa abordagem multidimensional da ansiedade, *coping* e consciência emocional. Esta avaliação permitiu o

diagnóstico de enfermagem preciso — ansiedade associada à emoção medo — e a identificação de factores psicossociais subjacentes, como a exclusão social, o medo da recaída e o estigma da reinserção.

A utilização da entrevista semiestruturada individual como método de triagem reforça a competência na exploração empática e clínica do discurso dos participantes, respeitando o ritmo, singularidade e contexto de cada recluso, conforme preconizado por autores como Barker (2017) no modelo centrado na pessoa.

No plano de intervenção delineado, a estudante evidenciou competência na selecção e adaptação de intervenções terapêuticas baseadas na evidência, com especial destaque para o *mindfulness*, a respiração diafragmática e as práticas de relaxamento. Estas estratégias estão amplamente recomendadas pela literatura para a gestão da ansiedade e da impulsividade em contextos de saúde mental, incluindo o sistema prisional (Bowen *et al.*, 2009; Garland *et al.*, 2010).

A capacidade de estruturar o programa “A ARTE DA CALMA” com objectivos bem definidos, sessões progressivas e actividades centradas no utente demonstra domínio na concepção de planos terapêuticos personalizados, uma das competências nucleares do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A condução das sessões revela competência na comunicação terapêutica e de criação de aliança clínica. A abertura à escuta activa das sugestões dos participantes, nomeadamente sobre a integração do *Reiki*, demonstra sensibilidade à cultura, crenças e preferências dos utentes — uma dimensão essencial da prática humanista e centrada na pessoa.

A introdução dos princípios do *Reiki*, ainda que sustentada numa literatura com limitações metodológicas, mostra capacidade crítica e flexibilidade na prática clínica, ao procurar responder às necessidades expressas dos utentes de

forma ética, informada e segura, promovendo *empowerment* e adesão ao processo terapêutico (Webster *et al.*, 2020; Joyce, *et al*/2015).

A análise crítica dos resultados obtidos através da aplicação do STAI-Y evidencia competência na monitorização de indicadores de saúde mental e na interpretação clínica de dados quantitativos, integrando-os com observações qualitativas e conhecimento contextual.

A estudante demonstrou capacidade reflexiva ao reconhecer a heterogeneidade dos resultados — com participantes a apresentarem melhorias, estabilidade ou agravamento — e ao problematizar a influência dos factores individuais na resposta terapêutica. Esta análise vai ao encontro das recomendações de práticas personalizadas em saúde mental e evidencia maturidade clínica na compreensão da complexidade dos fenómenos emocionais.

O respeito pelos critérios de inclusão/exclusão e pela autonomia dos participantes, bem como a confidencialidade dos dados, reflecte compromisso com os princípios éticos da prática em saúde mental. A autonomia evidenciada na concepção, implementação e avaliação do programa revela também crescimento profissional e desenvolvimento do raciocínio clínico autónomo, indispensáveis para o exercício como especialista.

3. Do EEESMP às Suas Competências Comuns e Específicas

Neste capítulo, exploraremos o papel do EEESMP bem como as competências comuns e as competências específicas que foram adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios realizados. A obtenção do Título de Especialista em Enfermagem não se limita apenas à aquisição das competências estritamente designadas para cada uma das especialidades definidas pela Ordem dos Enfermeiros, mas abrange também as competências transversais essenciais a todas as especialidades. Conforme estipulado no Diário da República, n.º 140/2019, a formação especializada em enfermagem exige uma abordagem integrada que engloba tanto conhecimentos específicos como habilidades aplicáveis em diversos contextos clínicos e não clínicos.

3.1. O Enfermeiro Especialista

O EEESMP assume um papel essencial na resposta às necessidades de saúde mental da população portuguesa. A sua intervenção, alicerçada em competências clínicas avançadas, abrange a promoção da saúde mental, prevenção da doença, intervenção terapêutica e reabilitação psicossocial.

A saúde mental constitui, actualmente, uma das principais prioridades de saúde pública, sendo responsável por um impacto significativo na qualidade de vida, funcionalidade e produtividade das populações. Em Portugal, o aumento da prevalência das doenças mentais e a escassez de recursos humanos especializados reforçam a importância do EEESMP, cuja prática é regulamentada pela OE (Regulamento n.º 428/2018).

O EEESMP possui competências próprias que o habilitam a desenvolver intervenções terapêuticas especializadas, de natureza psicossocial, relacional, psicoterapêutica e comunitária. Segundo o regulamento da OE, estas

competências incluem: a avaliação holística e contínua da saúde mental da pessoa ao longo do ciclo de vida; o desenvolvimento de planos de cuidados individualizados e centrados na pessoa; a implementação de intervenções clínicas como psicoterapia breve, intervenção em crise, gestão emocional e educação para a saúde mental e a promoção da literacia em saúde mental e prevenção da doença mental junto da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Estas competências devem ser transversais aos diferentes contextos clínicos.

A actuação do EEESMP no domicílio e nas UCC tem vindo a ganhar relevo, com resultados positivos na prevenção de recaídas e reinternamentos. Este profissional promove a autonomia do utente com doença mental grave e persistente, intervém na gestão do regime terapêutico, na reintegração socioprofissional e na capacitação de cuidadores (Silva, *et al*/2021).

O EEESMP está capacitado para intervir em situações de crise emocional, ideação suicida, violência ou trauma, utilizando técnicas de entrevista motivacional, apoio em situações de luto e articulação com outros serviços especializados. Esta intervenção precoce reduz o risco de agravamento clínico e promove a resiliência individual e familiar (Vieira, *et al*/2022).

A promoção da saúde mental é uma componente transversal da actuação do EEESMP, envolvendo ações educativas em escolas, empresas, centros comunitários e grupos vulneráveis. O foco está na prevenção primária e na redução do estigma, fomentando ambientes promotores de bem-estar emocional e coesão social.

Em meio hospitalar, o EEESMP integra equipas multidisciplinares em unidades de internamento psiquiátrico, serviços de urgência, consultas externas e enfermarias gerais com necessidades de saúde mental associadas. Nestes contextos, o enfermeiro assume funções como a gestão de comportamentos disruptivos, promoção da adesão terapêutica, apoio à família e planeamento da alta com continuidade de cuidados (Silva, *et al*/2020).

A reabilitação psicossocial é uma das áreas centrais da intervenção do EESMP, através da qual se promovem competências sociais, funcionais e ocupacionais. Esta vertente visa a recuperação da autonomia, a reinserção em estruturas de apoio e a melhoria da qualidade de vida da pessoa em sofrimento psíquico.

O estágio realizou-se em três contextos clínicos muito distintos, e assim a estudante foi capaz de desenvolver e trabalhar as competências comuns e específicas exigidas para a obtenção do Título de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

3.2. As Competências Comuns

As competências comuns definidas pelo Regulamento n.º 428/2018, de 6 de Julho, da Ordem dos Enfermeiros são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, e incluem a responsabilidade ética, legal e profissional, a tomada de decisão clínica, a gestão de cuidados, a supervisão e a participação na formação e investigação. Estas competências assentam nos princípios da prática baseada na evidência, no compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e na centralidade da pessoa como sujeito activo no seu processo de saúde. E operam em domínios bem delimitados:

Da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

- *Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.*
- *Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.*

O domínio e as suas competências foram trabalhados e atingidos em todos os contextos clínicos. Todas as intervenções levadas a cabo pela estudante foram conduzidas com rigorosa responsabilidade ética, profissional e legal, em

conformidade com as directrizes estabelecidas no Código Deontológico do Enfermeiro. Os utentes foram envolvidos no processo decisório: as intervenções e os seus objectivos foram explicadas, e foi recolhido o devido consentimento informado antes da execução das intervenções propostas. O respeito pela autonomia do utente no processo de cuidados espelha um pilar fundamental da prática de enfermagem, garantido que todas as acções estiveram alinhadas com os princípios éticos que orientam a profissão.

Da Melhoria Contínua da Qualidade

- *Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.*
- *Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.*
- *Garante um ambiente terapêutico e seguro*

A estudante teve oportunidade de desenvolver a competência de garantia de estabelecer um ambiente terapêutico e seguro em todos os contextos clínicos: Além de cumprir as normas da enfermagem na prestação dos cuidados que lhe foram propostos cumpriu as regras de segurança de cada instituição, com todas as suas especificidades que visam proteger a segurança dos seus utentes e profissionais (como foi o caso do EP e da UIA).

Não teve, no entanto, oportunidade de trabalhar as demais competências deste domínio, por não ser profissional dos locais onde decorreram os estágios nem ter o domínio do tempo necessário para a implementação e/ou dar contributos para a participação em programas ou estratégias institucionais desses mesmos contextos.

Da Gestão de Cuidados

- *Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.*

- *Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.*

O domínio da gestão de cuidados foi amplamente trabalhado e desenvolvido em todos os contextos clínicos. A estudante teve oportunidade de fazer a gestão dos cuidados de enfermagem em articulação, adaptando todos os recursos disponíveis para a implementação dos projectos a que se tinha proposto nos diferentes contextos. A partilha de informação entre a equipa foi sempre possível e durante a fase de planeamento das intervenções, estes foram cuidadosamente organizados tendo em conta os recursos humanos, materiais e o tempo necessário para a sua execução. Foram tidos em consideração as características específicas do serviço e dos utentes, permitindo assim uma intervenção alinhada com os objectivos terapêuticos definidos pela equipa, garantindo-se a qualidade dos cuidados prestados.

Do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

- *Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.*
- *Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.*

O presente domínio foi amplamente trabalhado em todos os contextos clínicos: A necessidade de adequar a prática aos diferentes contextos exige um autoconhecimento profundo do profissional e o desenvolvimento da assertividade da estudante demonstrou-se fundamental para o sucesso do estabelecimento da relação terapêutica que a estudante alcançou com os utentes com quem trabalhou directamente. Assim, pautou a sua acção com base na evidência científica mais actual. A adequação da linguagem e modos de comunicação sobre um mesmo tema a pessoas com etiologias clínicas e perfis tão diferentes foi um desafio que a estudante acredita ter superado. O autoconhecimento exigiu uma reflexão profunda sobre os seus factores pessoais para que estes pudessem adequar de forma positiva a eficácia das interações terapêuticas que estabeleceu. A interação com os utentes em cada local de estágio foi cuidadosamente analisada e planeada, tendo em conta os estudos mais recentes disponíveis na literatura científica. Todas as intervenções realizadas e os critérios de avaliação dos resultados foram

estruturados com base na evidência científica, garantindo uma prática clínica actualizada e eficaz.

3.3. As Competências Específicas

O Regulamento n.º 515/2018, de 7 de Agosto, da Ordem dos Enfermeiros, especifica as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que se organizam em três grandes áreas estruturantes: autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, promoção da saúde mental, e recuperação da saúde mental.

Estas competências específicas reflectem uma prática profissional autónoma, ética e cientificamente fundamentada, centrada na pessoa e orientada para a sua dignidade, autonomia e participação activa no processo terapêutico.

Podemos estabelecer três grandes áreas de actuação destas competências:

Do Autoconhecimento e Desenvolvimento Pessoal

Esta área reconhece que, a qualidade da relação terapêutica depende da maturidade emocional e da capacidade reflexiva do enfermeiro. Neste sentido, o especialista deve mobilizar recursos pessoais e profissionais para se envolver de forma autêntica, empática e ética, utilizando o seu próprio "eu" como instrumento terapêutico.

- *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional*

Ao longo do percurso profissional da estudante, desenvolvido em contextos distintos da prática da enfermagem, esta foi confrontada com desafios que exigiram não apenas competências técnicas, mas, sobretudo, um aprofundado processo de autoconhecimento e desenvolvimento pessoal. As vivências diversificadas proporcionaram uma compreensão alargada sobre a sua

identidade, os seus limites, potencialidades e modos de estar em relação com os outros.

A transição para a enfermagem, e em particular a frequência do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, potenciou a integração reflexiva dessas experiências no seu desenvolvimento como profissional de saúde. A interacção com os modelos teóricos da especialidade, o contacto com pessoas em sofrimento psíquico e a prática supervisionada exigiram uma presença autêntica, crítica e empática, aprofundando a sua consciência de si enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

Assim, considera-se ter atingido a competência específica, com oportunidade de a trabalhar nos três contextos clínicos, por haver integrado de forma contínua e deliberada um percurso de crescimento que lhe permitiu utilizar o seu "eu" como ferramenta terapêutica, com rigor ético, emocional e relacional, tal como preconizado no Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

Da Promoção da Saúde Mental

Aqui releva-se a intervenção do EEESM junto da pessoa, família, grupos e comunidade ao longo do ciclo vital, promovendo competências de adaptação, autocuidado, auto-regulação emocional e gestão de *stress*. Este domínio contempla ainda a prevenção primária de perturbações mentais, com acções orientadas para a redução de factores de risco e o reforço dos factores de protecção.

- *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.*
- *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.*

O tema central transversal aos três contextos foi o diagnóstico de enfermagem "medo", abordado em diferentes manifestações e dinâmicas psicopatológicas,

adaptadas à especificidade de cada população-alvo. No contexto comunitário, o foco recaiu sobre o *medo do parto*, vivido por mulheres grávidas, frequentemente associado à ansiedade antecipatória, à dor, à perda de controlo e ao receio de experiências prévias traumáticas. No contexto diferenciado o medo expressou-se como *medo da recaída* em comportamentos aditivos e *medo do agravamento das penas criminais*, frequentemente relacionado com a incerteza processual, a antecipação de consequências legais e a sobrecarga emocional daí resultante. Já no contexto de internamento em unidade de agudos, o medo manifestou-se na forma de *medo da integração social* e *medo da* ressignificação da identidade, emergentes em doentes em fase de estabilização psiquiátrica, confrontados com alterações profundas na percepção de si, nos seus vínculos sociais e na forma como projectam o futuro.

Para compreender e intervir sobre estas experiências de medo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, complementadas com a aplicação de instrumentos de avaliação validados, seleccionados de acordo com as características da população em cada cenário clínico. Esta abordagem permitiu uma avaliação diagnóstica precisa e centrada na pessoa, fornecendo uma base sólida para a planificação de intervenções terapêuticas fundamentadas teoricamente e ajustadas às necessidades identificadas.

As intervenções foram implementadas de forma dinâmica e contínua, com constante reajustamento em função da evolução clínica, das respostas da pessoa e da emergência de novas necessidades. Para cada diagnóstico, foram definidos critérios de resultado realistas, mensuráveis e adaptados ao contexto, permitindo a monitorização efectiva da eficácia das intervenções.

Esta prática, sustentada na evidência científica e em modelos específicos da Enfermagem de Saúde Mental, permitiu o desenvolvimento de forma efectiva das competências específicas desta especialidade — desde o domínio do autoconhecimento e utilização terapêutica do self, à promoção da saúde mental, à intervenção sobre o medo enquanto fenómeno multidimensional e à facilitação da recuperação psicossocial e emocional da pessoa. A diversidade de contextos e complexidade das situações clínicas foram determinantes para

a consolidação de uma prática especializada, crítica e ética, centrada na pessoa e nas suas vivências singulares de sofrimento.

Da Recuperação da Saúde Mental

Neste domínio o EEESMP intervém em situações de sofrimento psíquico e doença mental, com vista à estabilização clínica, reintegração psicossocial e recuperação do projecto de vida da pessoa. Presta cuidados terapêuticos especializados – psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais – adaptados à singularidade de cada situação e contexto.

- *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 foi desenvolvida nos contextos: Clínico Diferenciados; Clínico Internamento e Clínico Comunidade. Nos diversos locais de estágio, e face às necessidades identificadas, desenvolveram-se intervenções específicas para suprir as lacunas observadas. Observou-se que o diagnóstico de enfermagem "medo" foi comum aos três estágios, embora cada contexto tenha demonstrado características únicas.

A intervenção educacional foi implementada em todos os estágios, proporcionando aos utentes uma nova perspectiva sobre as suas condições e possibilitando a exploração de outras intervenções complementares. Paralelamente, a Terapia de Relaxamento foi outra constante, adaptando e incorporando técnicas variadas, incluindo a prática de *mindfulness*, ajustadas às necessidades, objectivos e limitações específicas dos utentes, bem como aos recursos disponíveis e ao tempo.

Para cada intervenção, estabeleceram-se critérios de resultado realistas e adequados ao contexto, garantindo que as intervenções fossem não apenas aplicáveis, mas também alinhadas com os resultados esperados.

Ao longo dos estágios, foram enfatizadas não apenas as habilidades técnicas específicas necessárias para a prática em saúde mental e psiquiatria, mas também competências como comunicação eficaz, capacidade de tomar decisões éticas e informadas, e habilidades de gestão e liderança. Estas competências são cruciais para a prática holística em enfermagem, permitindo que o enfermeiro especialista actue de forma eficiente e empática em variados cenários de saúde.

A formação prática foi desenhada para assegurar que, além do desenvolvimento de competências específicas, os enfermeiros especialistas adquiram e aprimorem habilidades transversais, fundamentais para a promoção da saúde, prevenção de doenças, e gestão de cuidados em saúde mental. Estas competências incluem, mas não se limitam a intervenção em crises, gestão de stress e promoção do bem-estar tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde.

A estrutura do estágio proporcionou uma experiência rica e diversificada, garantindo uma aprendizagem profunda através de situações reais, o que permitiu enfrentar desafios práticos e desenvolver resiliência e adaptabilidade.

Síntese

O presente relatório apresenta um projecto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, centrado no diagnóstico de enfermagem "Medo" (NANDA-I 00148). Implementado em três contextos clínicos distintos — Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Internamento de Agudos (UIA) e Estabelecimento Prisional (EP) — o trabalho permitiu a operacionalização de intervenções terapêuticas diferenciadas, com base na evidência científica, dirigidas à gestão emocional do medo em diferentes perfis de utentes.

As intervenções implementadas incluíram técnicas de relaxamento, *mindfulness*, *grounding*, meditação e reestruturação cognitiva, adaptadas às necessidades específicas das populações-alvo: grávidas com tocofobia, doentes psiquiátricos em fase aguda de tratamento e reclusos em programa de reabilitação por dependência. A eficácia destas intervenções foi aferida por meio de instrumentos psicométricos validados, como o STAI-Y, FFMQ, HADS e questionários ad hoc, os quais demonstraram uma redução consistente dos níveis de medo e ansiedade nas dimensões avaliadas (contextual, existencial, identitária e relacional).

Contudo, torna-se evidente que o tema do medo, pela sua complexidade multidimensional — neurobiológica, psicológica, social e existencial — ultrapassa o escopo possível de uma investigação de natureza aplicada, como aquela exigida no presente ciclo de estudos. A sua profundidade conceptual, variabilidade interindividual e implicações clínicas justificariam uma investigação autónoma e longitudinal, com maior amplitude metodológica e analítica, impossível de cumprir no enquadramento temporal e pedagógico deste mestrado.

Ainda assim, a experiência proporcionada por este projecto revelou-se catalisadora de um crescimento integral da estudante, enquanto pessoa e enquanto profissional. A vivência intensiva dos diferentes contextos clínicos,

em articulação com os desafios académicos, suscitou uma auto-reflexão profunda sobre os próprios medos da estudante, os quais emergiram como matéria de trabalho simbólico no percurso do mestrado — desde o receio do fracasso académico até ao confronto com situações-limite de sofrimento psíquico nos estágios. Esta auto-percepção tornou-se uma ferramenta essencial para a construção de uma prática empática, ética e crítica, enraizada na compreensão da vulnerabilidade humana.

Em todos os contextos de estágio foi também notório que a saúde mental continua a ser uma das dimensões mais negligenciadas da saúde. Apesar do seu impacto inequívoco na qualidade de vida, funcionalidade e dignidade das pessoas, a saúde mental permanece frequentemente relegada a um plano secundário, quer pelas estruturas de gestão e planeamento — que a tratam como o "parente pobre" do sistema de saúde — quer pela própria comunidade, que persiste em encará-la com resistência, estigma e desvalorização. Tal constatação reforça a urgência de uma actuação política, educativa e assistencial mais firme e articulada, que devolva à saúde mental o lugar que lhe é devido na esfera da saúde pública.

A relevância do tema para a prática de enfermagem em saúde mental reside, pois, na sua transversalidade e impacto clínico. O medo constitui uma emoção primária, de base neurofisiológica, mas com manifestações complexas que, quando não geridas, contribuem para o agravamento do sofrimento psíquico e da sintomatologia psicopatológica (LeDoux, *et al* 2016; NANDA-I, 2021). A sua abordagem requer competências especializadas em avaliação, planeamento e execução de intervenções psicoterapêuticas não-farmacológicas.

Este projecto evidenciou o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) na criação de ambientes terapêuticos seguros, na construção de relações empáticas e na mobilização de estratégias que favorecem a autorregulação emocional, a adaptação e a autonomia da pessoa em sofrimento. Para além da sua aplicação clínica directa, o trabalho contribuiu para o reforço da prática baseada na evidência e

para o reconhecimento do EEESMP como agente promotor da saúde mental em contextos altamente exigentes.

Conclui-se, assim, que o percurso desenvolvido permitiu à estudante consolidar competências específicas da especialidade, com ganhos mensuráveis para os utentes e para as instituições de saúde. O medo, enquanto fenómeno complexo e multifactorial, exige uma intervenção sistemática, ética e humanista — atributos que caracterizam a prática da enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica.

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5.^a ed.). Climepsi.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>

Barlow, D. H. (2018). Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos (6.^a ed.). Artmed.

Barros, C., Soares, P., & Silva, D. (2021). Mindfulness como intervenção terapêutica na gestão da ansiedade em contextos clínicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 25, 37–44. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0009>

Beck, A. T. (2011). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press.

Beck, C. T., Driscoll, J. W., & Watson, S. (2016). *Traumatic Childbirth: Clinical, Conceptual, and Empirical Insights into the Impact of Interpersonal Trauma and PTSD*. Routledge.

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2009). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors*. Guilford Press.

Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression*. Basic Books.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC) (7th ed.)*. Elsevier.

Carvalho, P. (2010). *A transição para a maternidade: Desafios e oportunidades*. Lisboa: Ed. Psiquiatria e Saúde Mental.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Terapia Cognitiva para os Transtornos de Ansiedade*. Hogrefe.

Colman, A. M., & Colman, L. (1994). *Maternidade e saúde mental: Uma perspectiva psicológica*. Cambridge University Press.

Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., & Yeşilçiçek Çalık, K. (2017). Defining Childbirth Fear And Anxiety Levels In Pregnant Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 237, 1045–1052. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2017.02.151>

Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., & Hauck, Y. (2015). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing*, 24(5–6), 832–841. <https://doi.org/10.1111/jocn.12634>

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Marques, M. (2015). A saúde mental das mulheres no período perinatal: O impacto na maternidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8(2), 35–42.

Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187.

Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard, M. O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 177–192.

Garland, E. L., Geschwind, N., Peeters, F., & Wichers, M. (2015). Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: Multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Frontiers in Psychology*, 6, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00015>

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms:

A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(1), 18–27.

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357–368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>

Guedes, R. N., Silva, A. L., & Santos, J. F. (2017). O papel da saúde mental na gravidez: Implicações e intervenções. *Journal of Perinatal Mental Health*, 22(1), 45–56.

Hasan, S., Banerjee, D., & Shetty, S. (2022). The Role of Fear in Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Biopsychosocial Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 890714. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.890714>

Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação (12.ª ed.)*. Artmed.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.

Hofmann, S. G., et al. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427-440.

Joiner, T., Van Orden, K., Witte, T., & Rudd, M. D. (2018). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.

Kashdan, T. B., Goodman, F. R., Mallard, T. T., & DeWall, C. N. (2020). Emotion differentiation as a protective factor against social anxiety and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(6), 655–664. <https://doi.org/10.1037/abn0000529>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- LeDoux, J. (2015). *Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. Penguin.
- LeDoux, J. E., & Pine, D. S. (2016). Using Neuroscience to Help Understand Fear and Anxiety: A Two-System Framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083–1093. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Linehan, M. M. (2014). *DBT Skills Training Manual*. Guilford Press.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8, 41.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.
- Meleis, A. I. (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (6.^a ed.). Wolters Kluwer.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). Guilford Press.
- Mobbs, D., Headley, D. B., Ding, W., & Dayan, P. (2020). Space, Time, and Fear: Survival Computations along Defensive Circuits. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(3), 228–241. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.12.016>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes* (6th ed.). Elsevier.
- NANDA International. (2021). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2021–2023*. Artmed.
- Neimeyer, R. A., & Burke, L. A. (2017). Complicated grief and the reconstruction of meaning: Conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 567-579.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros.

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., & Khashan, A. S. (2019). Tocofofia: Causes and effects of extreme fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 45-56.

O'Hara, M. W., Rehm, J., & Tonder, B. (2018). Coping strategies in alcohol use disorder. *Journal of Alcohol Studies*, 12(2), 174-186.

Ordem dos Enfermeiros (2020). Regulamento da Competência Acrescida Especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/regulamentos/Documents/RegulamentoCompetenciaAcrescidaEspecializadaESMP.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 125/2011 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 36. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 428/2018). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 115.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Lisboa: OE.

Peplau, H. (1952). *Relações Interpessoais em Enfermagem*. Lusodidacta.

Pinto, M., & Castro, F. (2020). Intervenção precoce na saúde mental das gestantes: Estratégias para a promoção de bem-estar. *Revista de Enfermagem em Saúde Mental*, 15(1), 75-83.

Pompili, M., Lester, D., & Girardi, P. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 734-746.

Reuter, T., Renner, B., & Schwarzer, R. (2020). Health risk perception and risk communication. In M. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1–9). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-39903-0_1143-1

Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Houghton Mifflin.

Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3.^a ed.). Pearson.

Ryding, E., Lukasse, M., Parys, A., Wangel, A., Karro, H., Kristjánsdóttir, H., Schroll, A.-M., & Schei, B. (2015). Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth*, 42(1), 48-55. <https://doi.org/10.1111/birt.12147>

Salmela, M., Vähäsantanen, K., & Pietilä, A.-M. (2021). Experiences of Avoiding Health Care During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10770. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010770>

Sampaio, F. M. C., Sequeira, C. A. C., & Canut, M. T. L. (2015). Nursing psychotherapeutic interventions: A review of clinical studies. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.12808>

Santos, A. C., Neves, P., & Ferreira, M. (2022). Medo, resiliência e apoio social: factores protectores na saúde mental em tempos de crise. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21110. <https://doi.org/10.12707/RV21110>

Santos, P. L., Oliveira, F. R., & Cunha, M. E. (2016). Maternidade e saúde mental: Um olhar sobre a experiência das mães. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 1012-1020.

Silva, D. R., Vasco, A. B., & Ferreira, L. (2003). Adaptação portuguesa do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger. *Laboratório de Psicologia*, 1(1), 3–15.

Silva, L. S., & Oliveira, D. R. (2020). Competências clínicas do enfermeiro especialista em saúde mental na intervenção em crise. *Revista Científica da Ordem dos Enfermeiros*, (10), 23-30.

Silva, T. F., & Correia, M. A. (2021). Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica em contexto domiciliário: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, Série V*(6), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RVdcm21>

Souto, Sandra & Prata, Ana & Sartori, Rosemeire & Almeida, Sofia. (2021). Psychometric properties of the European Portuguese version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire in pregnant women. *Health Care For Women International*. 10.1080/07399332.2021.1932892.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press.

Vieira, C., & Pacheco, A. (2022). Saúde mental comunitária: desafios e contributos da enfermagem especializada. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (27), 45-54.

Vismara, L., Rollè, L., Agostini, F., Sechi, C., Fenaroli, V., Molgora, S., & Tambelli, R. (2016). Perinatal parenting stress, anxiety, and depression outcomes in first-time mothers and fathers: A 3-month follow-up study. *Frontiers in Psychology*, 7, 938. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00938>

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford University Press.

World Health Organization (2021). *Mental Health: strengthening our response*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Zar, M., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 75-84. <https://doi.org/10.1080/02845710121310>

O MEDO – A EMOÇÃO ESCONDIDA, PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA.

ANEXOS

ANEXO I – Questionário *ad hoc* Contexto Clínico Comunidade**Questionário de Expectativas para o Parto**

Instruções:

Por favor, responda a cada uma das seguintes perguntas pensando em como se sente em relação ao parto. Marque a opção que melhor descreve os seus sentimentos e expectativas. Use a escala de 1 a 6, onde 1 significa "Discordo totalmente" e 6 significa "Concordo totalmente".

Eu sinto-me calma quando penso no parto.

1 2 3 4 5 6

Eu estou preocupada com a dor do parto.

1 2 3 4 5 6

Eu sinto-me preparada para o parto.

1 2 3 4 5 6

Eu tenho medo de complicações durante o parto.

1 2 3 4 5 6

Eu confio na equipa médica que vai me acompanhar.

1 2 3 4 5 6

Eu sinto-me ansiosa quando penso no parto.

1 2 3 4 5 6

Eu estou preocupada com a saúde do meu bebé durante o parto.

1 2 3 4 5 6

Eu sinto-me apoiada pelo meu parceiro/família em relação ao parto.

1 2 3 4 5 6

Eu tenho medo de perder o controlo durante o parto.

1 2 3 4 5 6

Eu acredito que o parto será uma experiência positiva.

1 2 3 4 5 6

Secção aberta

Qual é o seu maior medo em relação ao parto?

O que acha que poderia ajudar a reduzir seu medo do parto?

Tem algumas expectativas específicas para o dia do parto? Se sim, quais são?

Interpretação dos Resultados

Para avaliar os níveis de medo do parto somam-se os pontos de todas as perguntas.

Pontuação mínima: 10 (menor nível de medo)

Pontuação máxima: 60 (maior nível de medo)

Níveis de Medo:

10-20: Baixo

21-35: Moderado

36-50: Alto

51-60: Muito Alto

ANEXO II – Consentimento Informado – Contexto Clínico de Comunidade

Consentimento Informado para o Programa Lidar com o Medo do Parto

Está a ser convidada a participar num programa de intervenção terapêutica destinado a adultos.

O objectivo deste programa é investigar a forma como o medo impacta na tomada de decisão do dia-a-dia e como as intervenções terapêuticas se reflectem na redução do medo, e sintomas associados como a ansiedade, em adultos.

Todas as informações recolhidas durante o programa serão mantidas confidenciais e usadas apenas para fins de investigação. Os seus dados pessoais serão protegidos e não serão divulgados a terceiros sem o seu consentimento.

A sua participação no programa é completamente voluntária. Tem o direito de se recusar a participar ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização.

Ao assinar este documento está a concordar em participar no programa Lidar com o Medo do Parto a reconhecer que leu e compreendeu as informações fornecidas neste documento e está a participar de forma voluntária podendo dele desistir a qualquer momento.

Se tiver alguma dúvida ou preocupação durante o programa deve contactar os responsáveis pelo estudo.

Assinatura:

Data:

ANEXO III – Sessões Contexto Clínico Comunidade – Guia para o *parto em paz*



Projecto de Saúde Mental: Guia para o Shanti – Parto em Paz

A saúde mental das grávidas é um campo de extrema importância, especialmente no que diz respeito ao medo e ansiedade associados ao parto. O medo do parto, denominado tocofobia, é um problema que pode afectar profundamente o bem-estar emocional das mulheres, levando a desfechos desfavoráveis, como a escolha de cesarianas sem indicação médica e o aumento do risco de depressão pós-parto (O'Connell et al., 2019). Mulheres com experiências prévias de partos traumáticos ou que nunca deram à luz podem desenvolver esse medo em diferentes intensidades. A gestão inadequada desse medo pode prejudicar a saúde mental das grávidas, comprometendo o estabelecimento do vínculo inicial entre mãe e bebé (Garthus-Niegel et al., 2017).

A ansiedade intensa durante a gravidez está diretamente associada a elevações dos níveis de cortisol que pode impactar negativamente o desenvolvimento fetal e aumentar o risco de partos prematuros e de baixo peso ao nascer (Beck et al., 2016). Neste contexto, técnicas como *mindfulness* e meditação têm emergido como abordagens eficazes para a redução da ansiedade, ajudando as grávidas a enfrentar seus medos e a construir uma experiência de parto mais serena.

***Mindfulness* e Meditação: Abordagens Terapêuticas**

O *mindfulness*, que significa "atenção plena", consiste em focar a mente no momento presente, observando pensamentos e emoções de forma não julgadora. Esse método tem se mostrado especialmente eficaz na redução do stresse e da ansiedade, promovendo um estado mental de aceitação e calma (Duncan et al., 2017). A prática de *mindfulness* durante a gestação ajuda a reduzir os níveis de ansiedade e permite que as grávidas respondam de forma mais equilibrada ao medo do parto. As mulheres que participaram de programas de *mindfulness* relataram sentir-se mais preparadas emocionalmente, com maior confiança para lidar com a dor e os desafios do parto.

A meditação, uma prática que complementa o *mindfulness*, ajuda a criar um estado de relaxamento profundo. Estudos indicam que a prática regular de meditação

pode reduzir os níveis de cortisol, melhorando a sensação de bem-estar geral durante a gravidez (Good et al., 2020). Durante o trabalho de parto, a meditação guiada facilita a concentração nas técnicas de respiração e relaxamento, o que pode diminuir a percepção da dor e a ansiedade.

A técnica de *grounding* "5, 4, 3, 2, 1", que envolve focar nos sentidos (cinco coisas que podem ver, quatro que podem tocar, três que podem ouvir, duas que podem cheirar e uma que podem saborear), é uma forma prática de aliviar a ansiedade ao trazer a atenção para o momento presente. Esta técnica é especialmente útil para grávidas em momentos de maior tensão, ajudando a reconectar a mente ao corpo e ao ambiente ao redor (Zeidan et al., 2019).

Benefícios Fisiológicos do *Mindfulness* e da Meditação

A prática de *mindfulness* e meditação durante a gravidez também traz benefícios fisiológicos. Um dos efeitos mais significativos é a redução dos níveis de cortisol, essencial para uma gestação saudável, pois níveis elevados de estresse podem prejudicar o desenvolvimento do feto (Gupta et al., 2018). A prática de técnicas de respiração profunda e relaxamento ajuda as grávidas a desenvolverem uma maior tolerância à dor, diminuindo a necessidade de intervenções médicas durante o trabalho de parto (Chen et al., 2020). Esse aumento da capacidade de lidar com a dor está associado a uma experiência de parto mais positiva e uma recuperação pós-parto mais rápida.

Mindfulness ajuda as grávidas a estarem mais presentes e conscientes de suas sensações físicas e emocionais, o que pode melhorar a confiança e diminuir o medo. Esta abordagem é especialmente relevante, pois o medo do desconhecido é um dos principais desencadeadores de ansiedade (Beck et al., 2016). Ao criar uma atitude de aceitação e confiança, as mulheres podem enfrentar o processo do parto com mais serenidade e controlo.

O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

Os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrico desempenham um papel fundamental no apoio às grávidas que enfrentam ansiedade e medo relacionados com o parto. Este profissional é capacitado para fornecer acompanhamento próximo e suporte emocional, utilizando intervenções baseadas na evidência para promover o bem-estar mental e emocional (Oliveira et al., 2021). As intervenções incluem sessões individuais de apoio, orientação para a prática de *mindfulness* e meditação, e a utilização de técnicas de relaxamento como parte do cuidado pré-natal.

Além do suporte direto, os EEESMP podem actuar como facilitadores de um ambiente de confiança, onde as grávidas possam expressar livremente suas preocupações e medos. A criação de um espaço seguro para a partilha de experiências ajuda a desmistificar o processo do parto e a reduzir o medo do desconhecido, um dos principais fatores de ansiedade (Smith et al., 2020).

O medo do parto é uma realidade enfrentada por muitas mulheres, e a sua gestão adequada é crucial para garantir uma experiência de gravidez e parto mais saudável e satisfatória. A prática de *mindfulness* e meditação tem se mostrado uma abordagem eficaz para reduzir o medo e a ansiedade, permitindo que as grávidas enfrentem o parto com mais confiança e tranquilidade. O papel do EESMP é essencial, oferecendo o apoio necessário por meio de intervenções terapêuticas e orientações práticas que facilitam o cuidado emocional durante a gestação e o pós-parto.

As competências dos enfermeiros especialistas em saúde mental, como a aplicação de técnicas psicoterapêuticas e de relaxamento, são fundamentais para criar um ambiente de apoio e segurança para as grávidas. A integração de práticas de *mindfulness* e meditação no cuidado pré-natal permite não apenas a redução do medo do parto, mas também a promoção de um estado emocional mais equilibrado e de uma experiência de maternidade mais positiva para as mulheres e seus bebês.

Objectivos Gerais do Programa

Promover a saúde mental e o bem-estar emocional das grávidas, proporcionando uma experiência de gravidez e parto mais positiva e segura.

Reduzir o medo e a ansiedade relacionados com o parto, fortalecendo a resiliência emocional e a autoconfiança das mulheres.

Ensinar técnicas de autocuidado e controlo da ansiedade, facilitando a adaptação emocional durante a gravidez e no período pós-parto.

Objectivos Específicos das Intervenções

Sessão 1: Estabelecer um espaço acolhedor e de confiança para a expressão dos medos e expectativas relacionados com o parto.

Sessão 2: Introduzir práticas de *mindfulness* e técnicas de relaxamento para redução imediata da ansiedade, incluindo exercícios de *grounding*.

Sessão 3: Explorar a origem dos medos e promover a reestruturação de pensamentos negativos, ajudando a construir uma visão mais positiva sobre o parto.

Sessão 4: Desenvolver a capacidade de distinguir entre o que é controlável e o que não é, ensinando técnicas para o alívio da ansiedade, como a técnica "5, 4, 3, 2, 1".

Sessão 5: Reforçar a autoconfiança e a sensação de capacidade para lidar com o parto, utilizando afirmações positivas e visualizações de confiança e capacidade.

Sessão 6: Integrar as aprendizagens adquiridas e disponibilizar ferramentas para a continuidade do cuidado emocional durante o pós-parto.

Planeamento das Sessões

Intervenções e Sessões

Sessão 1: Acolhimento "Parto em Paz"

Duração: 45 minutos

Materiais: Sala; colchão ou bola de pilates; luz ambiente ajustável para criar ambiente tranquilo.

Actividades principais: Introdução: 5 a 10 minutos; Ensino teórico e prática inicial: 10 minutos; Exercícios aplicados: 20 a 30 minutos; Encerramento: 5 a 10 minutos

Objectivo: Estabelecer um ambiente seguro e acolhedor para a expressão dos medos em relação ao parto.

A sessão inicia-se com uma breve apresentação, onde a grávida partilha sua idade gestacional e uma expectativa ou receio em relação ao parto. Esse momento inicial visa criar um vínculo de confiança e empatia.

Em seguida, as participantes são convidadas a escrever anonimamente seus maiores medos e expectativas sobre o parto. As respostas são lidas e discutidas em

conjunto, possibilitando a compreensão de que esses sentimentos são comuns e partilhados.

A sessão termina com um exercício de *grounding*, em que as grávidas são conduzidas a concentrarem-se na respiração e em sensações físicas simples, como o peso dos pés no chão. Este exercício visa reduzir a ansiedade e promover a sensação de estar ancorada no presente.

Sessão 2: *Mindfulness* e Relaxamento

Duração: 45 minutos

Materiais: Sala; colchão ou bola de pilates; luz ambiente ajustável para criar ambiente tranquilo.

Actividades principais: Introdução: 5 a 10 minutos; Ensino teórico e prática inicial: 10 minutos; Exercícios aplicados: 20 a 30 minutos; Encerramento: 5 a 10 minutos

Objectivo: Reduzir a ansiedade e promover a conexão com o momento presente, preparando as grávidas para lidarem com os desafios emocionais do parto.

A sessão começa com uma introdução ao conceito de *mindfulness*, explicando-se como a prática pode ajudar a observar pensamentos e emoções sem julgamentos. As grávidas são orientadas a praticar a respiração diafragmática, focando no movimento do abdómen ao inspirar e expirar.

Em seguida, é realizada uma meditação guiada de 15 minutos, onde as participantes são convidadas a focar nas sensações do corpo e deixar que qualquer tensão se dissolva a cada expiração.

No final da sessão, um áudio com a meditação guiada é disponibilizado para que as grávidas possam continuar a prática em casa, incentivando a incorporação da técnica no seu dia a dia.

Sessão 3: Reestruturação Cognitiva

Duração: 45 minutos

Materiais: Sala; colchão ou bola de pilates; luz ambiente ajustável para criar ambiente tranquilo.

Actividades principais: Introdução: 5 a 10 minutos; Ensino teórico e prática inicial: 10 minutos; Exercícios aplicados: 20 a 30 minutos; Encerramento: 5 a 10 minutos

Objectivo: Explorar a origem dos medos e ensinar formas de reformular pensamentos negativos, construindo uma visão mais positiva do parto.

A sessão começa com um exercício de escrita livre, onde as grávidas são incentivadas a escrever por 5-10 minutos sobre seus maiores medos em relação ao parto. A escrita permite que as emoções sejam expressas sem censura.

A partir dos textos, cada participante identifica pensamentos automáticos que contribuem para sua ansiedade e discute maneiras de reformulá-los de forma mais compassiva e realista. Por exemplo, transformar "Não vou conseguir suportar a dor" em "Meu corpo é forte e preparado para esse desafio".

A prática de reformulação de pensamentos visa fortalecer a autoconfiança e preparar mentalmente para o parto.

Sessão 4: Círculo do Controlo e Técnica 5, 4, 3, 2, 1

Duração: 45 minutos

Materiais: Sala; colchão ou bola de pilates; luz ambiente ajustável para criar ambiente tranquilo.

Actividades principais: Introdução: 5 a 10 minutos; Ensino teórico e prática inicial: 10 minutos; Exercícios aplicados: 20 a 30 minutos; Encerramento: 5 a 10 minutos

Objectivo: Ajudar as grávidas a distinguir entre o que podem controlar e o que está fora de seu alcance, oferecendo ferramentas para lidar com a ansiedade.

As grávidas desenham um círculo e escrevem dentro dele tudo o que sentem que podem controlar em relação ao parto, como sua respiração e a escolha do local do parto. Fora do círculo, anotam o que está além de seu controlo, como as condições meteorológicas ou imprevistos médicos.

Após essa reflexão, é introduzida a técnica "5, 4, 3, 2, 1", que consiste em identificar 5 coisas que podem ver, 4 que podem tocar, 3 que podem ouvir, 2 que podem cheirar e 1 que podem saborear. Esta técnica é uma forma de *grounding* que ajuda a reduzir a

ansiedade ao focar a atenção nos sentidos, conectando a mente ao momento presente.

As grávidas são incentivadas a praticar esta técnica sempre que sentirem a ansiedade aumentar, especialmente em momentos de espera ou incerteza.

Sessão 5: Autoconfiança

Duração: 45 minutos a 60 minutos

Materiais: Sala; colchão ou bola de pilates; luz ambiente ajustável para criar ambiente tranquilo.

Actividades principais: Introdução: 5 a 10 minutos; Ensino teórico e prática inicial: 10 minutos; Exercícios aplicados: 20 a 30 minutos; Encerramento: 5 a 10 minutos

Objectivo: Reforçar a autoconfiança e a sensação de competência para enfrentar o parto e os desafios iniciais da maternidade.

A sessão é iniciada com a criação de afirmações positivas, personalizadas de acordo com os desafios de cada participante, como "Eu sou capaz de enfrentar o que vier" ou "Meu corpo sabe como dar à luz".

As grávidas são então conduzidas num exercício de visualização chamado "Eu sou Forte", onde imaginam-se a passar com sucesso o processo de parto, desde as primeiras contrações até o momento de segurar o bebé nos braços.

A visualização é acompanhada por uma sensação de segurança e apoio, com foco nas palavras de encorajamento que possam vir de pessoas próximas. A prática visa criar uma imagem mental positiva e fortalecedora que possa ser acessada durante o parto.

Sessão 6: Encerramento e Continuidade do Cuidado

Duração: 45 minutos a 60 minutos

Materiais: Sala; colchão ou bola de pilates; luz ambiente ajustável para criar ambiente tranquilo.

Actividades principais: Introdução: 5 a 10 minutos; Ensino teórico e prática inicial: 10 minutos; Exercícios aplicados: 20 a 30 minutos; Encerramento: 5 a 10 minutos

Objectivo: Integrar as aprendizagens adquiridas e garantir que as grávidas estejam preparadas emocionalmente para o pós-parto.

Cada grávida escreve uma carta para o "eu futuro", onde registam palavras de incentivo e apoio para ler após o parto, reforçando a conexão consigo mesmas e suas conquistas.

A sessão termina com uma meditação guiada focada na gratidão e no acolhimento das emoções, celebrando-se o caminho percorrido até então. Áudios de meditações e visualizações são disponibilizados para que as grávidas possam continuar utilizando essas ferramentas em casa.

Disponibilização de Ferramentas

No final das sessões, foram disponibilizados áudios de meditações guiadas, como o exercício de grounding, a visualização positiva e a técnica de ancoragem positiva. Estas ferramentas têm como objetivo facilitar a continuidade do cuidado emocional durante o período pré e pós-parto, oferecendo um suporte prático que pode ser utilizado em momentos de maior ansiedade ou insegurança. As grávidas são incentivadas a utilizar essas práticas durante o trabalho de parto e em momentos desafiadores, proporcionando uma sensação de controlo e tranquilidade.

Meditação Guiada Focada no Circuito Respiratório (3-4 minutos)

“Vamos dedicar os próximos minutos a concentrarmo-nos na respiração, explorando o caminho que o ar faz dentro do corpo. Encontre uma posição confortável, sentado(a) ou deitado(a), e, se for possível, feche os olhos suavemente.

Relaxe os seus ombros, deixe os braços repousarem suavemente ao lado do corpo ou sobre as pernas, e sinta os pés firmemente apoiados no chão, se estiver sentado(a).

Agora, leve a sua atenção para o momento em que o ar entra no seu corpo. Comece a observar a sensação do ar fresco ao entrar pelas suas narinas.

Sinta o leve toque do ar nas paredes internas do nariz, fluindo suavemente para dentro. Perceba a diferença de temperatura – o ar é fresco ao inspirar, e mais quente ao expirar.

Siga o ar a passar pelas narinas, movendo-se mais profundamente para dentro do seu corpo.

Ao inspirar, imagine o ar a mover-se para a parte de trás da sua garganta, descendo suavemente pela traqueia.

Visualize o ar a descer através deste tubo central, que é a sua traqueia, até chegar aos pulmões, dividindo-se em dois ramos – um para cada pulmão.

Sinta o ar a preencher os seus pulmões, expandindo o peito e o abdómen suavemente a cada inspiração. Visualize o ar a chegar a cada cantinho dos seus pulmões.

Dentro dos pulmões, o ar que inspira está cheio de oxigénio. Imagine esse oxigénio a ser absorvido, entrando na corrente sanguínea e sendo transportado para todo o seu corpo, trazendo energia e vitalidade.

Enquanto respira, perceba como cada célula do seu corpo recebe esse oxigénio, alimentando-a e renovando-a.

A cada expiração, visualize o dióxido de carbono, o resíduo do seu corpo, sendo trazido de volta dos pulmões, pronto para ser expelido."

Agora, ao expirar, siga o ar de volta para cima, do fundo dos pulmões, subindo pela traqueia.

Sinta o ar quente a sair do seu corpo, movendo-se suavemente pela garganta e passando novamente pelas narinas ou pela boca.

Ao expirar, visualize o dióxido de carbono a deixar o seu corpo, levando consigo qualquer tensão ou preocupação. Permita que o corpo relaxe um pouco mais a cada expiração.

Repita este ciclo de forma tranquila: o ar fresco a entrar, levando oxigénio para todas as células, e o ar quente a sair, libertando tudo aquilo de que o corpo não precisa mais.

Agora, deixe a sua respiração voltar ao ritmo natural, sem forçar. Observe apenas o seu corpo a respirar sozinho, como faz continuamente ao longo do dia.

Tire um momento para apreciar o caminho do ar dentro do corpo, e a forma como ele o alimenta e relaxa. O simples acto de respirar é um processo poderoso de renovação e equilíbrio.

Quando estiver pronta, comece a mexer suavemente os dedos das mãos e dos pés, voltando a sentir o corpo. Abra os olhos devagar e traga consigo esta sensação de calma e conexão para o resto do seu dia.”

Exercício de *Grounding* (Duração: 5-10 minutos)

Objectivo: Ajudar as grávidas a conectarem-se com o corpo e o momento presente, aliviando a ansiedade e promovendo uma sensação de calma e estabilidade.

“Hoje vamos fazer um exercício chamado *grounding*. Ele vai ajudar-vos a sentirem-se mais ligadas ao momento presente, usando o corpo como âncora para aliviar qualquer sensação de ansiedade que possa surgir. Esta técnica pode ser muito útil para trazer estabilidade e tranquilidade em momentos em que se sintam sobrecarregadas.

Encontrem uma posição confortável. Podem estar sentadas com os pés firmes no chão, ou deitadas, se preferirem. O importante é que se sintam apoiadas e relaxadas.

Vamos começar respirando profundamente. Puxem o ar pelo nariz, sintam o peito e o abdómen a expandir, e depois soltem o ar devagar pela boca. Vamos repetir isso algumas vezes para relaxar o corpo.

Agora, levem a vossa atenção para os pés. Se estiverem sentadas, sintam como eles estão a tocar o chão. Percebam o contacto dos pés com o solo, a textura, a temperatura. Se estiverem deitadas, sintam o peso dos pés, a forma como eles tocam o colchão ou a superfície.

Imaginem que os vossos pés estão a ficar mais pesados a cada respiração, como se estivessem a fundir ao chão, enraizando-se tal como as raízes de uma árvore. Essa sensação de peso e firmeza é o que as mantém estáveis e seguras.

Levem a vossa atenção para as pernas. Sintam o peso delas, relaxadas. Percebam qualquer sensação, seja de calor, frio, ou apenas o toque da roupa. Se houver alguma tensão, deixem-na ir com a respiração.

Agora, movam a vossa atenção para as mãos. Se estiverem a descansar no colo ou ao lado do corpo, sintam o contacto delas com a superfície. Prestem atenção aos

pequenos detalhes: a sensação de calor ou de leveza. Se quiserem, podem esfregar suavemente as palmas das mãos uma contra a outra e perceber o calor que isso gera.

Agora, concentrem-se no tronco, especialmente na barriga, onde o bebé está a crescer. Sintam a expansão do abdómen enquanto respiram, a forma como o ar entra e sai. Se quiserem, coloquem as mãos suavemente sobre a barriga e percebam a conexão com o bebé, sentindo essa área do corpo a mover-se e a relaxar com cada respiração.

Vamos agora explorar os sentidos. Primeiro, pensem no que vocês conseguem ver, mesmo com os olhos fechados. Há alguma luz que atravessa as pálpebras? Alguma cor ou forma que aparece na escuridão? Observem isso, sem julgar.

Agora, levem a atenção para o que conseguem ouvir. Pode ser o som da sua própria respiração, o barulho do ambiente, ou talvez sons distantes. Apenas observem esses sons, sem tentar mudá-los, apenas como eles são.

Passemos ao tacto. Sintam a roupa contra a pele, o peso do corpo apoiado na cadeira ou no chão. Se houver alguma parte do corpo que precise de mais conforto ou ajuste, façam isso agora, movendo-se com suavidade.

Finalmente, prestem atenção ao que conseguem sentir em termos de cheiro ou gosto. Talvez o ar tenha um aroma leve, ou vocês ainda percebam o gosto de algo que comeram antes. Observem esses sentidos.

Respirem fundo mais uma vez e sintam o corpo como um todo. O contacto dos pés com o chão, o peso do corpo, o movimento suave da respiração. Vocês estão completamente conectadas ao momento presente, sentindo cada parte do corpo e usando-o como âncora para o aqui e agora."

Se quiserem, repitam para vocês mesmas: 'Eu estou aqui. Eu estou segura. Eu estou conectada ao meu corpo e ao meu bebé.'"

Lentamente, comecem a trazer vossa atenção de volta para o ambiente. Se quiserem, mexam os dedos dos pés e das mãos, sintam o chão ou a superfície onde estão apoiadas. Quando estiverem prontas, abram os olhos suavemente, trazendo consigo essa sensação de estabilidade e calma.

Lembrem-se de que sempre que se sentirem ansiosas ou desconectadas, podem fazer esse exercício simples de *grounding* para voltar ao momento presente e se

sentirem mais conectadas e seguras. Seu corpo é forte e estável, e vocês podem usá-lo para encontrar paz a qualquer momento.”

Meditação Simples (Duração: 5-8 minutos)

“Encontra um lugar confortável onde possas sentar ou deitar. Deixa o teu corpo relaxar relaxados? Sente o contacto deles com o chão ou com qualquer superfície que os apoia. Respira fundo e, ao expirar, liberta qualquer tensão que encontres nos pés.

Agora, sobe até às pernas. Como estão as tuas pernas? Observa qualquer sensação — seja calor, formigueiro, leveza ou peso. Se houver tensão, ao expirar, permite que essa tensão se dissipe.

Dirige a tua atenção para as ancas e a pélvis. Esta é uma área onde acumulamos muita tensão sem perceber. Sente o peso do teu corpo apoiado e, ao expirar, imagina essa área a relaxar por completo, libertando qualquer desconforto.

Agora, leva a atenção à zona do abdómen. Observa se há alguma tensão, talvez uma sensação de aperto. À medida que respiras, tenta suavizar essa área, permitindo que o abdómen se expanda e se contraia naturalmente com cada respiração. Ao expirar, liberta qualquer tensão.

Sobe até ao peito. Como está o teu peito neste momento? Observa o movimento da respiração. Sente como o ar preenche os pulmões e, ao expirar, imagina o peito a relaxar completamente, libertando qualquer pressão ou rigidez.

Agora, vamos aos ombros. Os ombros são outra área onde muita tensão se acumula. Observa se estão elevados ou rígidos. Ao expirar, imagina-os a derreter, descendo suavemente e relaxando. Sente o alívio a espalhar-se pelos braços.

Percorre os braços até às mãos. Como estão as tuas mãos? Estão relaxadas ou tensas? Solta qualquer rigidez nos dedos e palmas. Deixa que as mãos simplesmente descansem, sem esforço.

Agora, dirige a tua atenção ao pescoço e à garganta. Estes também podem ser lugares onde se acumula tensão. Sente como está o pescoço e, com cada expiração, permite que ele se liberte, suavizando cada músculo.

Por fim, traz a tua atenção à cabeça e ao rosto. Observa se há alguma rigidez na testa, ao redor dos olhos, ou na mandíbula. Com cada respiração, imagina todo o

rosto a suavizar, como se derretesse qualquer tensão restante. Deixa que a tua mandíbula relaxe e que a tua testa se suavize.

Agora, observa o corpo como um todo. Sente-o inteiro, de uma forma suave e relaxada. Se ainda houver alguma tensão, permite que o corpo continue a libertar enquanto respiras de forma calma e profunda.

Agora que percorreste o corpo, permanece apenas aqui, no momento presente, sentindo o corpo como está agora. Não precisas de fazer nada. Simplesmente fica em silêncio, presente, ciente da tranquilidade que criaste.

Se sentires qualquer tensão, apenas reconhece-a com gentileza e, ao expirar, continua a deixá-la ir. Este é o teu momento de descanso e renovação.

Aos poucos, começa a trazer a tua atenção de volta ao espaço ao teu redor. Sente os sons, as sensações do ambiente. Toma algumas respirações mais profundas e, lentamente, começa a mexer os dedos das mãos e dos pés, reanimando o corpo de forma suave.

Quando estiveres pronta, abre os olhos, sem pressa. Observa como te sentes agora, sem julgamento, apenas reconhecendo o estado de calma e relaxamento que criaste dentro de ti.”

Exercício de Ancoragem Positiva (Duração: 10-15 minutos)

Objectivo: Ensinar a ancoragem como uma sensação de calma e segurança atingível com um gesto ou toque, para que possam alcançar essa sensação facilmente durante o parto ou momentos de ansiedade.

“Hoje vamos aprender uma técnica chamada ancoragem positiva. Ela envolve criar uma associação entre uma sensação de calma e segurança com um gesto ou toque específico no corpo. Assim, quando vocês estiverem num momento desafiador ou mais complicado, como durante o parto ou em situações de ansiedade com o bebé, poderão usar esse gesto para activar essa sensação de calma instantaneamente.” -

Explicação: O nosso cérebro cria associações naturais entre gestos e sentimentos. Neste exercício, vamos reforçar essas associações de forma intencional, para que vocês possam aceder a uma sensação de tranquilidade e segurança sempre que precisarem, apenas tocando uma parte do corpo ou realizando um pequeno movimento.”

Encontrem uma posição confortável, com os pés firmemente apoiados no chão ou deitadas, com o corpo bem relaxado. Respirem fundo algumas vezes, inalando pelo nariz e exalando pela boca, soltando qualquer tensão do corpo a cada expiração.

Escolhendo a âncora: Agora, quero que escolham um gesto ou toque simples que será a vossa âncora. Pode ser algo como tocar suavemente os dedos, apertar o pulso, colocar a mão no coração ou pressionar suavemente o polegar contra a palma da mão. Escolham um gesto que seja fácil e discreto de fazer, especialmente durante o parto ou momentos de ansiedade.

Agora, vamos ligar-nos a uma sensação de calma e segurança. Fechem os olhos e tentem lembrar-se de um momento em que se sentiram completamente tranquilas, seguras e confortáveis. Pode ser um momento recente, ou até uma lembrança antiga, como um lugar especial, uma pessoa querida, ou um momento onde vocês se sentiram protegidas e em paz.

Visualizem esse momento em detalhes. Onde estavam? O que é que conseguiam ver à vossa volta? Como era a temperatura? Havia algum som ao fundo? Lembrem-se da sensação de estar completamente seguras, como se nada pudesse perturbá-las. Respirem profundamente enquanto se conectam a essa memória.

Agora que estão imersas nessa sensação de calma e segurança, façam o gesto que escolheram — seja tocando suavemente a mão, apertando o pulso ou outro movimento — e mantenham esse gesto enquanto se concentram na sensação de tranquilidade. Respirem profundamente e repitam mentalmente para si mesmas: 'Eu sou calma, eu sou segura, eu sou capaz'.

Enquanto mantêm esse gesto, sintam a calma crescer dentro de vocês. Quanto mais vocês mantêm o gesto, mais forte essa sensação de calma e segurança se torna. Permitam que essa associação fique mais forte com cada respiração.

Agora, relaxem a mão ou o gesto por um momento e depois voltem a fazer o gesto escolhido, reforçando a sensação de calma e segurança. Cada vez que vocês fazem o gesto, essa sensação de tranquilidade cresce mais forte. Reforçar essa sensação de que, quando fizerem esse gesto no futuro, ele imediatamente trará à tona essa calma e confiança.

Visualizem-se usando essa âncora no momento do parto ou em uma situação futura de ansiedade. Vejam-se tocando o pulso ou fazendo o gesto escolhido e, ao fazerem

isso, sentindo imediatamente essa calma profunda surgir dentro de vocês, ajudando a enfrentar qualquer desafio com confiança.

Agora, lentamente, tragam a atenção de volta para o ambiente à vossa volta. Movam os dedos dos pés e das mãos, sintam o contacto com a cadeira ou o chão. Quando estiverem prontas, abram os olhos, trazendo consigo essa sensação de calma e segurança.

Lembrem-se, esse gesto agora é uma âncora poderosa que vocês podem usar sempre que precisarem de calma. Quanto mais vocês praticarem, mais forte essa ancoragem ficará. Vocês podem usar essa técnica durante o parto ou sempre que se sentirem ansiosas.”

Prática regular: Incentivar as grávidas a praticar a técnica regularmente, para fortalecer a ancoragem. Podem fazê-lo em momentos tranquilos do dia, como antes de dormir ou logo ao acordar.

Aplicação durante o parto: podem usar essa técnica durante o parto, quando as contrações se intensificarem ou em qualquer momento de ansiedade, activando o gesto para sentir imediatamente a sensação de calma e controlo.

Exercício de Visualização Positiva (Duração: 10-15 minutos)

Objectivo: Conduzir as grávidas na criação de uma imagem mental positiva do parto, reforçando sentimentos de confiança, controlo e tranquilidade, para que possam aceder a essa imagem durante o processo do parto e em momentos de ansiedade.

“Hoje vamos fazer um exercício de **visualização positiva**. A visualização é uma técnica poderosa que nos permite imaginar de forma detalhada uma situação, como se a estivéssemos a vivenciar. Assim, vamos visualizar o parto de uma maneira calma e positiva, para que vocês possam preparar-se mental e emocionalmente para esse momento tão especial. Vamos criar uma imagem mental de confiança, controlo e paz, que vocês poderão aceder durante o parto para vos ajudar a sentirem-se seguras e fortes.

Primeiro, encontrem uma posição confortável, seja sentadas com os pés no chão ou deitadas. Deixem o corpo relaxar o máximo possível. Fechem os olhos suavemente ou mantenham o olhar focado em um ponto, se preferirem.

Comecem a prestar atenção na respiração. Inspirem lentamente pelo nariz, sintam o ar entrar e expandir o corpo, e depois soltem o ar devagar pela boca. Com cada expiração, sintam o corpo relaxar ainda mais.

Agora, quero que se imaginem se preparando para o dia do parto. Vocês estão calmas, seguras e confiantes de que estão prontas para esse momento. Imaginem-se a ir para o local onde o parto vai acontecer. Vocês têm tudo que precisam, e há uma sensação de tranquilidade à vossa volta.

Visualizem as pessoas que estão com vocês — talvez o parceiro, um familiar ou o profissional de saúde. Sentem-se apoiadas por essas pessoas. Observem o ambiente: como é? Que sons vocês escutam? Como é a temperatura? Sintam-se completamente à vontade, sabendo que estão em boas mãos e que tudo está bem.

Agora, imaginem que o trabalho de parto começou. As contrações estão a chegar, mas vocês estão calmas e em controlo. Com cada contração, vocês respiram profundamente, sentindo o corpo fazer o que foi projectado para fazer. Vocês estão completamente conectadas com o corpo, confiantes de que ele sabe o que está a fazer. As contrações vêm e vão, como ondas, e vocês aceitam-nas com serenidade.

Com cada contração, vocês respiram profundamente. A cada expiração, libertam qualquer tensão. Imaginem que cada contração está a ajudar o bebé a descer, e vocês estão a aproximar-se cada vez mais do momento em que irão segurá-lo nos braços.

Agora, imaginem o momento do parto. Vocês estão no ápice do trabalho de parto, e ainda assim, mantêm a calma e o foco. Vocês sentem a força do seu corpo, que sabe exatamente o que fazer. Cada respiração é um passo em direção ao nascimento do seu bebé. As pessoas à vossa volta estão a oferecer-vos apoio, dizendo-vos palavras de encorajamento, e vocês sabem que estão prestes a viver um dos momentos mais especiais das vossas vidas.

Agora, imaginem o bebé a nascer. Vocês seguram o bebé pela primeira vez, sentindo a conexão imediata. Sentem o alívio, a alegria e a gratidão por terem vivido esse momento com confiança e força. Tudo correu bem, e vocês sentem-se realizadas e felizes.

Agora, visualizem-se refletindo sobre o parto. Vocês olham para trás e sentem-se orgulhosas de vós mesmas, por terem enfrentado o parto com coragem e serenidade.

Sentem-se confiantes na vossa capacidade de cuidar de vós mesmas e do vosso bebé. Esse é um momento de pura gratidão, confiança e amor.

Lentamente, comecem a trazer a atenção de volta ao ambiente ao seu redor. Respirem profundamente algumas vezes, sentindo o corpo a mover-se suavemente. Percebam o contacto dos pés com o chão ou do corpo com a cadeira ou o colchão. Aos poucos, comecem a mexer os dedos das mãos e dos pés, retornando completamente ao momento presente. Quando estiverem prontas, abram os olhos suavemente.

Como se sentiram durante a visualização? Vocês podem partilhar com o grupo ou guardar essa experiência para vós mesmas. Essa imagem de confiança e calma que vocês criaram pode ser acedida sempre que precisarem, seja durante o parto ou em outros momentos de ansiedade. Lembrem-se de que o corpo de vocês sabe o que fazer, e que vocês têm a força e a coragem necessárias para viver esse momento de forma positiva”

Visualização “Eu sou forte” (Duração: 20 a 30 minutos)

“Hoje faremos um exercício de visualização chamado 'Eu sou Forte'. Este exercício vai ajudar-vos a conectarem-se com a vossa força interior e visualizarem-se a enfrentar o parto e a parentalidade com confiança e coragem. Vamos nos permitir um momento para relaxar e focar em vocês mesmas, no vosso corpo e no vosso poder como futuras mães.

A visualização é uma técnica que ajuda a mente a preparar-se para desafios ao criar imagens mentais de sucesso, promovendo autoconfiança.

Encontrem uma posição confortável, seja sentadas ou deitadas, da maneira que lhes traga mais relaxamento. Fechem os olhos suavemente e comecem a prestar atenção à sua respiração.

Respirem profundamente, inspirando pelo nariz, sentindo o ar entrar no corpo, e depois exalando pela boca, deixando qualquer tensão sair com cada expiração. Façam isso por alguns minutos, sentindo o corpo relaxar mais a cada respiração.

Agora, levem a atenção ao corpo. Comecem pela cabeça e, lentamente, desçam até os pés, percebendo qualquer tensão e liberando-a enquanto respiram.

Agora, imaginem-se em um momento próximo do parto. Estão calmas e conscientes de sua força interior. Imaginem-se entrando no hospital ou local onde planeam dar à luz, e sintam-se seguras e acolhidas. Há um ambiente de paz à vossa volta.

Agora estão no processo do parto. Visualizem-se respirando profundamente, controlando a ansiedade com confiança. Cada ciclo de inspiração é uma fonte de força. Percebem que estão em total controlo, mesmo quando surgem desafios. Sentem-se poderosas, capazes de enfrentar cada contração, cada momento, com coragem.

Escutem as palavras de encorajamento à vossa volta, de quem vos acompanha, e isso só aumenta a vossa força. Visualizem-se afirmando para vós mesmas: 'Eu sou forte, eu sou capaz, eu vou superar este momento com sucesso'."

Imaginem o momento do nascimento. Vocês estão a segurar o vosso bebé pela primeira vez. Sintam a conexão que esse momento traz, o orgulho por terem passado por esta jornada com coragem. Sintam-se realizadas e confiantes. Vocês conseguiram. São mães fortes.

Agora avancem um pouco no tempo. Imaginem-se a enfrentar os primeiros dias e semanas com o bebé. Há desafios, sim, mas estão preparadas para enfrentá-los. Vocês são capazes de cuidar do seu filho, de lidar com o cansaço, e sabem pedir ajuda quando necessário. Vocês são resilientes. Cada dia que passa vocês sentem-se mais confiantes nas vossas capacidades como mães.

Enquanto ainda visualizam essa imagem, digam para vós mesmas, em silêncio ou em voz alta: 'Eu sou forte, eu sou capaz, eu sou uma mãe incrível'. Repitam essa frase algumas vezes, sentindo como ela ressoa dentro de vocês.

Conectem-se profundamente com esse sentimento de força. A força que vocês têm dentro de si sempre esteve lá, e está disponível sempre que precisarem, seja durante o parto, ou nos desafios que a maternidade traz. Vocês podem aceder essa força a qualquer momento.

Agora, gradualmente, comecem a regressar à realidade. Tragam a atenção de volta para o ambiente que vos rodeia, sentindo novamente a respiração e o corpo. Quando estiverem prontas, abram os olhos lentamente, mantendo esse sentimento de força e confiança com vocês.

Se alguém quiser partilhar como se sentiu durante a visualização, podem fazê-lo agora. Como foi conectar-se com a vossa força interior?

Lembrem-se de que essa força que vocês visualizaram está sempre dentro de vocês. Vocês podem voltar a essa imagem sempre que sentirem necessidade, seja durante o parto ou em qualquer outro momento de desafio. Vocês são fortes e capazes de enfrentar qualquer situação.

Meditação Guiada de Encerramento (Duração: 5-10 minutos)

“Vamos encerrar a nossa sessão de hoje com uma breve meditação, focada em acolher as emoções que surgiram durante o nosso tempo juntas e em cultivar a gratidão por nós mesmas e pela jornada que estamos a viver. Esta é uma oportunidade de relaxar e conectar-se com o momento presente, sem julgamentos, apenas com aceitação.

Encontrem uma posição confortável, seja sentadas ou deitadas. Fechem os olhos suavemente ou mantenham o olhar relaxado em um ponto fixo à sua frente.

Comecem a prestar atenção na sua respiração. Respirem profundamente pelo nariz, sentindo o ar entrar e expandir o corpo. Depois, soltem o ar devagar pela boca, deixando qualquer tensão sair com a expiração. Vamos fazer isso algumas vezes, até sentirmos o corpo relaxar completamente.

Agora, levem a atenção ao coração, ao centro do meu ser. Deixem que qualquer emoção que esteja presente, e seja qual for, venha à superfície. Pode ser que tenham sentimentos de medo, alegria, dúvida, ou até alívio. Não importa quais sejam as emoções, acolham-nas. Não tentem mudá-las ou afastá-las. Apenas permitam que estejam aqui com vocês neste momento, como se estivessem a abraçar uma velha amiga que vos veio fazer uma visita.

Lembrem-se, não há emoções boas ou más, apenas emoções. Cada uma delas faz parte da experiência e está aqui para ser acolhida. Respirem profundamente e digam para vós mesmas: 'Eu acolho as minhas emoções com carinho e aceitação'.

Agora, tragam à mente um sentimento de gratidão. Talvez seja gratidão por este momento de autocuidado, por se estarem a dedicar ao vosso bem-estar emocional. Talvez seja gratidão pelo vosso corpo, que está a passar por tantas

transformações para criar uma nova vida. Pode ser gratidão pelo apoio das pessoas ao vosso redor, ou até por pequenos gestos do dia-a-dia que trazem alegria.

Não importa o tamanho da gratidão. Ela pode ser por algo pequeno, como a brisa fresca no rosto, ou algo grande, como a vida que está crescendo dentro de vocês. Deixem esse sentimento de gratidão preencher seu coração.

Enquanto respiram, silenciosamente repitam para si mesmas: 'Eu sou grata por este momento. Sou grata pela minha jornada. Sou grata por tudo o que sou'. Sintam essa gratidão expandir-se dentro de vocês, envolvendo todo o vosso corpo, trazendo paz e leveza.

Agora, lentamente, tragam a atenção de volta para o ambiente à vossa volta. Percebam o som ao fundo, a sensação do ar na pele, o peso do corpo apoiado no chão ou na cadeira. Quando estiverem prontas, comecem a mover os dedos das mãos e dos pés suavemente, trazendo o corpo de volta ao presente.

Devagar, abram os olhos e tomem um momento para apreciar esse estado de calma e gratidão que vocês criaram. Lembrem-se de que esse espaço de acolhimento e gratidão está sempre disponível para vocês, sempre que precisarem.

Agradeçam a vós mesmas por dedicarem este tempo ao vosso bem-estar. Acolham as emoções com carinho e saibam que, independente do que vier pela frente, vocês têm a força e a capacidade de lidar com tudo de forma gentil e confiante. Levem essa sensação de paz e gratidão com vocês pelo resto do dia."

Referências Bibliográficas

Beck, C. T., Driscoll, J. W., & Watson, S. (2016). Traumatic childbirth: Clinical, conceptual, and empirical insights into the impact of interpersonal trauma and PTSD. Routledge.

Chen, T., Lu, C., & Lin, S. (2020). The effects of prenatal meditation and mindfulness on maternal well-being and childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 123-135.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.

Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J., & Bardacke, N. (2017). Benefits of mindfulness for pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 695-708.

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(1), 18-27.

Good, M., Mackenzie, M., & Moors, K. (2020). Meditation for pregnancy and childbirth: Reducing fear and pain. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 147(1), 34-41.

Gupta, A., Anand, M., & Singh, R. (2018). Effects of mindfulness meditation on cortisol levels during pregnancy: A randomised control trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(9), 1682-1690.

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

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

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., & Khashan, A. S. (2019). Tocofofia: Causes and effects of extreme fear of childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 45-56.

Oliveira, S. R., Pereira, A. F., & Pinto, M. T. (2021). Intervenções terapêuticas na gestão do medo do parto em mulheres grávidas: O papel dos enfermeiros especialistas. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 30(2), 56-62.

Simkin, P. (2012). Empowering women for better birth outcomes. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(3), 233-240.

Zeidan, F., Emerson, N. M., & Farris, S. R. (2019). Mindfulness meditation-based pain relief: A mechanistic approach. *Current Opinion in Psychology*, 28, 199-204.

ANEXO IV – Questionário AI: O Medo na UIA**Questionário de avaliação inicial: O medo na UIA****Instruções ao utente:**

Este questionário tem como objectivo compreender melhor os seus sentimentos e preocupações desde que foi internado. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, indique até que ponto concorda com cada uma das afirmações, de acordo com o que sente neste momento.

Escala de resposta:

- 1–Discordo totalmente
- 2 – Discordo
- 3 – Nem concordo nem discordo
- 4 – Concordo
- 5 – Concordo totalmente

Secção I – Medos relacionados com o internamento

1. Tenho medo de não sair daqui.
2. Tenho medo de que os profissionais não compreendam o que sinto.
3. Sinto receio de ser maltratado(a) ou negligenciado(a) neste local.
4. Tenho medo de ser forçado(a) a tomar medicação contra a minha vontade.
5. Tenho medo do comportamento de outros utentes.
6. Tenho medo de estar neste ambiente fechado.

Secção II – Medos relacionados com a doença e diagnóstico

7. Tenho medo de que a minha condição nunca melhore.
8. Tenho medo de ter sido mal diagnosticado(a).

9. Tenho receio de perder o controlo da minha mente.
10. Sinto medo de enlouquecer permanentemente.
11. Tenho medo de me tornar uma "pessoa diferente" por causa da doença.

Secção III – Medos sociais e estigmatização

12. Tenho medo do que a minha família e amigos pensam sobre o meu internamento.
13. Tenho medo de ser julgado(a) por ter uma doença psiquiátrica.
14. Tenho medo de perder o respeito das pessoas que me são próximas.
15. Tenho medo de não conseguir voltar ao trabalho ou à escola depois da alta.

Secção IV – Medos existenciais e identitários

16. Tenho medo de perder a minha identidade.
17. Tenho medo de não voltar a confiar em mim próprio(a).
18. Tenho medo de perder o sentido da minha vida.
19. Sinto medo de não ter controlo sobre as minhas escolhas.
20. Tenho medo de não conseguir voltar a sentir prazer ou alegria.

Pontuação por Subescala – Pontos de Corte

Cada subescala contém 5 itens (pontuação possível: 5–25).

Pontuação por Subescala	Nível de Medo (por domínio)	Interpretação
5–9	Reduzido	Medo pouco significativo nesse domínio
10–17	Moderado	Preocupações relevantes, requer avaliação individualizada
18–25	Elevado	Medo intenso nesse domínio, requer intervenção dirigida

ANEXO V - Consentimento Informado – Contexto Clínico de Internamento

Consentimento Informado

Está a ser convidado(a) a participar num programa de intervenção terapêutica destinado a adultos.

Por favor, leia atentamente e sinta-se à vontade para colocar questões antes de tomar a sua decisão.

O objectivo deste programa é investigar a forma como o medo impacta na tomada de decisão do dia-a-dia e como as intervenções terapêuticas se reflectem na redução do medo, e sintomas associados como a ansiedade, em adultos.

Todas as informações recolhidas durante o programa serão mantidas confidenciais e usadas apenas para fins de investigação. Os seus dados pessoais serão protegidos e não serão divulgados a terceiros sem o seu consentimento.

A sua participação no programa é completamente voluntária. Tem o direito de se recusar a participar ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização.

Ao assinar este documento está a concordar em participar no programa e a reconhecer que leu e compreendeu as informações fornecidas neste documento; teve a oportunidade de colocar questões e recebeu respostas satisfatórias; está ciente dos benefícios associados à participação no programa e está a participar de forma voluntária podendo dele desistir a qualquer momento.

Se tiver alguma dúvida ou preocupação durante o programa deve contactar os responsáveis pelo estudo.

Assinatura do Participante:

Data:

ANEXO VI- Sessões Contexto Clínico de Internamento

Destinatários: Utentes com critério de inclusão para a integração no projecto

Periodicidade sugerida: 1 a 2 sessões por semana

Duração das sessões: 45 a 60 minutos

Recursos Didáticos: Sala, com cadeiras.

Sessão 1 – Enquadramento e Avaliação Inicial

Objectivos:

Apresentação do projecto e estabelecimento da aliança terapêutica.

Explicitação dos objectivos do processo e garantia do consentimento informado livre e esclarecido.

Avaliação do estado emocional e sintomatologia ansiosa

Instrumentos:

- **Questionário ad hoc** (adaptado ao contexto clínico e às metas do programa).
- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)** – instrumento validado para avaliação da sintomatologia ansiosa e depressiva em contexto hospitalar.

Sessão 2 – Entrevista Clínica Semi-Estruturada

Objectivos:

Exploração narrativa da experiência do internamento e histórico psicopatológico.

Identificação de factores de stress, estratégias de coping, recursos pessoais e rede de suporte.

Clarificação de expectativas em relação ao programa.

Metodologia:

Entrevista semi-estruturada

Sessão 3 – Introdução às Técnicas de Relaxamento Respiratório e Consciência Corporal

Objectivos:

Ensino da respiração diafragmática controlada e treino de atenção ao corpo.

Promoção de sensação de segurança interna e de regulação autonómica.

Metodologia:

Prática de **relaxamento respiratório**

Exploração verbal da experiência somática.

Sessão 4 – Relaxamento Muscular Progressivo

Objectivos:

Treino de regulação da tensão muscular e percepção de sinais físicos de stress.

Integração entre estados somáticos e emocionais.

Metodologia:

Aplicação da técnica de **Jacobson**, adaptada ao ritmo e condição do paciente.

Reforço da prática domiciliária (quando possível no contexto hospitalar).

Sessão 5 – Iniciação à Meditação de Atenção Plena (Mindfulness)

Objectivos:

Aumento da consciência do momento presente e diminuição da ruminância.

Treino de aceitação sem julgamento das experiências internas.

Metodologia:

Introdução à meditação de 5 a 10 minutos

Reflexão sobre as dificuldades e benefícios sentidos.

Sessão 6 – Avaliação Final e Encerramento

Objectivos:

Re-administração dos instrumentos utilizados na Sessão 1 para avaliação de progresso.

Síntese do processo terapêutico e reforço de competências adquiridas.

Orientações para continuidade do trabalho.

Instrumentos:

Reaplicação do Questionário ad hoc e da Escala HADS.

ANEXO VII – Apresentação UIA

P e n s a

m t o e n N h e a

Conna''ã
v f df M' ~ lM'
~ C ã

P e n s a P m P

Pens aPnt Ng Nv ni æv Deg

s Nnat Ng

Confortável

Mão sobre o peito

Mão sobre o abdómen

av ns aPnt Ng

Lentamente pelo nariz.

Expande o abdómen.

eus aPnt Ng

Segura a inspiração por 4 tempos.

Expira lentamente pela boca

PeseDat Ng

Repete o processo várias vezes

Pens c Ne gifsc ul clei æ C r s æ ç ~ Na c

amtœn nec

desguã ifsc mægã n ãr s Hueãsnec

suRL ~ c gsmægedc

r sFTMN ~ c



Pensamentos Negativos
Dificuldades de Concentração
Alterações de Humor



Resposta de Luta ou Fuga
Tensão Muscular
Perturbações do Sono
Problemas Digestivos

**P
e
n
s
a**

P en sa

mt o enNhea

Pensamentos

ANEXO VIII - Consentimento Informado – Contexto Clínico Diferenciados

Consentimento Informado

Está a ser convidado(a) a participar num programa de intervenção terapêutica destinado a adultos.

Por favor, leia atentamente e sinta-se à vontade para colocar questões antes de tomar a sua decisão.

O objectivo deste programa é investigar a forma como o medo impacta na tomada de decisão do dia-a-dia e como as intervenções terapêuticas se reflectem na redução do medo, e sintomas associados como a ansiedade, em adultos.

Todas as informações recolhidas durante o programa serão mantidas confidenciais e usadas apenas para fins de investigação. Os seus dados pessoais serão protegidos e não serão divulgados a terceiros sem o seu consentimento.

A sua participação no programa é completamente voluntária. Tem o direito de se recusar a participar ou de desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização.

Ao assinar este documento está a concordar em participar no programa e a reconhecer que leu e compreendeu as informações fornecidas neste documento; teve a oportunidade de colocar questões e recebeu respostas satisfatórias; está ciente dos benefícios associados à participação no programa e está a participar de forma voluntária podendo dele desistir a qualquer momento.

Se tiver alguma dúvida ou preocupação durante o programa deve contactar os responsáveis pelo estudo.

Assinatura do Participante:

Data:

ANEXO IX – Sessões Contexto Clínico Diferenciados

A Arte da Calma

As sessões programadas para o projecto “A arte da Calma” foi adaptado para trabalhar a ansiedade, resultado dos medos presentes na população reclusa.

Sessão 0 – Apresentação e avaliação inicial: A sessão inicial visou apresentar o programa terapêutico, esclarecer objectivos e estabelecer uma relação de confiança com os participantes. Nesta fase, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com o intuito de explorar os medos mais evidentes e inconscientes, bem como aplicar o Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI-Y), que permite aferir os níveis de ansiedade de forma diferenciada, considerando tanto a predisposição crónica (traço) como a experiência situacional (estado) de ansiedade (Spielberger *et al.*, 1983). Estas sessões foram realizadas de forma individual.

Sessão 1 – Introdução ao relaxamento: Esta sessão centrou-se no ensino e prática da respiração diafragmática, uma técnica de relaxamento amplamente reconhecida pela sua eficácia na regulação do sistema nervoso autónomo e na atenuação dos sintomas fisiológicos da ansiedade (Ma *et al.*, 2017). A prática é acompanhada de uma reflexão orientada sobre a aplicabilidade da técnica em momentos de medo ou tensão emocional. Como forma de acompanhamento, os participantes foram convidados a manter um diário de práticas, onde registariam a frequência, contexto e impacto subjectivo da técnica entre sessões. A sessão foi realizada em grupo.

Sessão 2– *Mindfulness* e meditação: Nesta fase, introduziu-se o conceito de *mindfulness* como ferramenta de autorregulação emocional e presença consciente. Através de exercícios focados na respiração e

consciência corporal, bem como de meditação guiada, os participantes foram convidados a observar pensamentos e sensações sem julgamento. A evolução da prática foi avaliada através do FFMQ, instrumento validado que mede cinco dimensões essenciais da atenção plena: observar, descrever, agir com consciência, não julgar e não reagir à experiência interna (Baer *et al.*, 2006).

Sessão 3 – Estratégias de *coping* activo: Com base na avaliação prévia dos padrões de *coping*, esta sessão tem como foco a identificação e reforço de estratégias de *coping* adaptativas, com destaque para o *coping* activo, planeamento e procura de apoio. A sessão é desenvolvida com partilha de experiências relacionadas com recaídas, medo da reinserção social e desafios emocionais da recuperação. Cada participante foi incentivado a construir um plano individual de gestão de medos. A avaliação desta dimensão realizou-se através do COPE-BRIEF, questionário psicometricamente validado que permite identificar as estratégias de *coping* predominantes (Carver, 1997).

Sessão 4 – Os Princípios do Reiki. A sessão pretende explorar os princípios do Reiki: “**Só por hoje...** Não me irritarei; Não me preocuparei; Serei grato; Trabalharei honestamente; Serei bondoso com todos os seres vivos.” Os participantes foram convidados a debruçar-se sobre as implicações de cultivar cada um dos princípios no seu dia-a-dia; reflectir sobre o que os impede de vivenciar esses princípios e explorar que atitudes práticas podem ser exercitadas pela aplicação dos princípios. Seguiu-se com uma meditação inspirada nos princípios.

Sessão 5 – Integração: A sessão de encerramento teve como principal objectivo consolidar aprendizagens, refletir sobre a experiência terapêutica e planear estratégias futuras para lidar com o medo e a ansiedade. Foi realizada a reavaliação do STAI-Y, bem como a análise qualitativa dos diários de práticas mantidos pelos participantes ao longo do programa. Além disso, recolheu-se o feedback final dos participantes, permitindo aferir a percepção

subjectiva da eficácia do programa, o nível de adesão às técnicas e a intenção de continuidade após a intervenção.

As sessões culminaram numa sessão *finale* que foi organizada em conjunto com a colega estudante do mesmo mestrado que estava no mesmo contexto de estágio a trabalhar os efeitos da actividade física na ansiedade, a pedido do EEESMP orientador.

Todas as sessões tiveram a duração de 45 minutos e foram realizadas numa frequência de duas vezes por semana. Foi disponibilizada uma sala com recurso a cadeiras e colchões e uma aparelhagem.

Sessão *FINALE*

Boas-vindas e introdução (10 min)

Objectivo: Explicar a proposta da sessão conjunta e preparar os participantes.

Actividade:

Breve acolhimento pelos facilitadores dos dois programas.

Explicação do objectivo: integrar as abordagens (técnicas de relaxamento/mindfulness e actividade física) para lidar com o medo e a ansiedade.

Motivação: reforçar os ganhos das intervenções e estimular o envolvimento.

Actividade de aquecimento físico (10 min) – Colega (com música)

Objectivo: Criar um estado de alerta positivo e promover descontração inicial.

Actividade:

Alongamentos dinâmicos guiados.

Movimentos leves e conscientes, como torções lentas e movimentos articulares.

Introdução de respirações profundas sincronizadas com os movimentos para começar a integrar técnicas.

Exercício de mindfulness em movimento (15 min) Estudante (com música)

Objectivo: Demonstrar como o movimento físico pode ser uma forma de mindfulness e reduzir a ansiedade.

Actividade:

Caminhada consciente no espaço:

Instruir os participantes a caminhar lentamente, prestando atenção ao contato dos pés com o chão, ao ritmo da respiração e ao ambiente ao redor.

Progressivamente, incluir movimentos de braços e respiração sincronizada.

Facilitar uma reflexão curta: "Como foi a experiência de estar presente no corpo?"

Exercício de respiração e relaxamento guiado (15 min) Estudante

Objectivo: Consolidar técnicas de relaxamento aprendidas.

Actividade:

Orientação de uma prática de respiração profunda:

Técnica de respiração 4-7-8 (inspirar em 4 segundos, segurar por 7 segundos, expirar por 8 segundos).

Introdução a uma prática breve de relaxamento muscular progressivo, combinada com visualização guiada (como um "lugar seguro").

Actividade física lúdica e cooperativa (20 min) Colega e Estudante

Objectivo: Fortalecer o trabalho em grupo e reduzir a ansiedade por meio de interação social e exercício.

Actividade:

Jogo colaborativo de baixo impacto:

"Círculo de energia": os participantes passam uma bola imaginária com energia entre si, adicionando movimentos criativos.

Inclua variações, como passar a bola com uma ação ou som que represente algo positivo que sentiram durante os programas.

Finalizar com alongamentos leves e um feedback verbal de cada participante.

Encerramento reflexivo e motivacional (20 min)

Objectivo: Reforçar os aprendizados, promover a continuidade das práticas e celebrar o progresso.

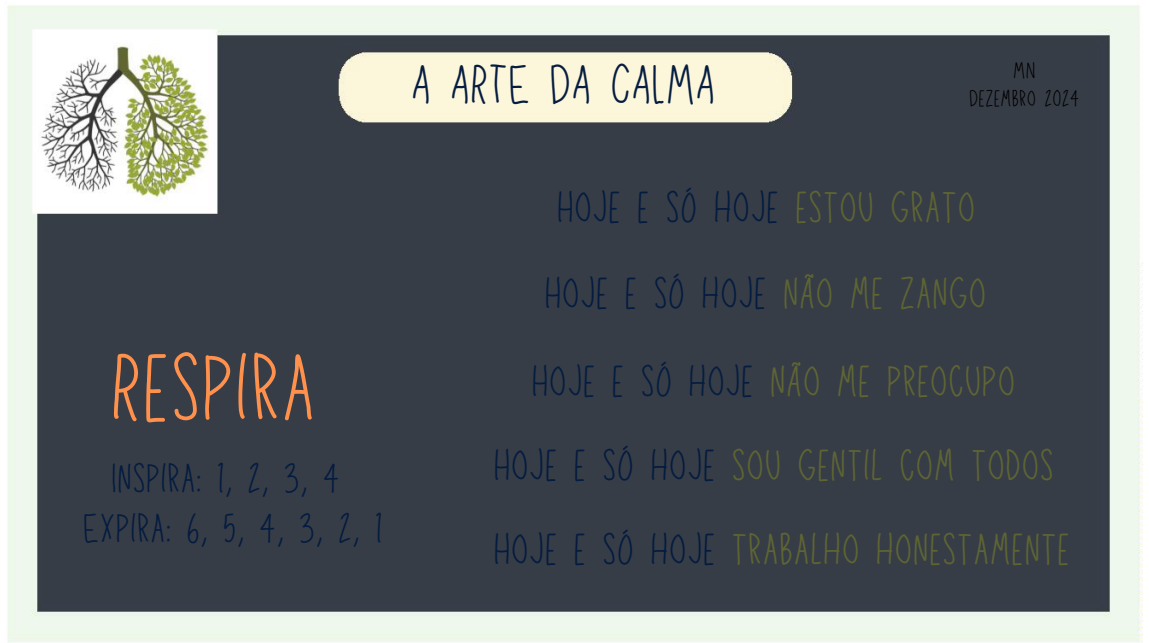
Actividade:

Roda de partilha: cada participante fala brevemente sobre o que mais valorizou nos programas e o que pretende levar para a vida.

Mensagem final: Reforçar os benefícios das técnicas aprendidas; Encorajar o uso das ferramentas no dia a dia; Pequena prática de gratidão guiada, com um momento de silêncio para reconhecer os esforços individuais e do grupo.; *Feliz*

Navidad: momento musical preparado pelo grupo; Bolo e despedidas

ANEXO X- Cartaz “A arte da Calma”



The poster features a central illustration of a tree with a white trunk and branches on the left, and green foliage on the right. The background is dark grey with a light green border. The title 'A ARTE DA CALMA' is in a yellow rounded rectangle at the top. The word 'RESPIRA' is written in large orange letters. Below it, the breathing sequence is listed: 'INSPIRA: 1, 2, 3, 4' and 'EXPIRA: 6, 5, 4, 3, 2, 1'. On the right side, there are five lines of affirmations in a light green font. The date 'MN DEZEMBRO 2024' is in the top right corner.

A ARTE DA CALMA

MN
DEZEMBRO 2024

RESPIRA

INSPIRA: 1, 2, 3, 4
EXPIRA: 6, 5, 4, 3, 2, 1

HOJE E SÓ HOJE ESTOU GRATO
HOJE E SÓ HOJE NÃO ME ZANGO
HOJE E SÓ HOJE NÃO ME PREOCUPO
HOJE E SÓ HOJE SOU GENTIL COM TODOS
HOJE E SÓ HOJE TRABALHO HONESTAMENTE

