



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção do EEESMP à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto do Hospital de Dia de Psiquiatria

Sofia Isabel Mendes Beringuilho

Orientação: Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLIÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Intervenção do EEESMP à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto do Hospital de Dia de Psiquiatria

Sofia Isabel Mendes Beringuilho

Orientação: Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2024

O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pela Diretora da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre:

Presidente | Professora Doutora Ermelinda do Carmo Valente Caldeira
(Universidade de Évora)

Vogais | Professor Doutor Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos
(Instituto Politécnico de Setúbal) (Arguente)

Professor Doutor Jorge Salvador Pinto de Almeida
(Instituto Politécnico de Castelo Branco) (Orientador)

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

Mahatma Gandhi

Ao Digníssimo Enfermeiro que inspirou a minha vida,

A ti Pai João, porque um dia te prometi...

Onde quer que estejas, eu também vou estar.

Eternamente grata,

Com amor, da “filhota”.

AGRADECIMENTOS

Ao docente orientador Professor Doutor Jorge Almeida, por toda a sua disponibilidade, pelas suas valiosas contribuições e sugestões durante as diversas etapas deste trabalho e sobretudo por saber escolher aquelas palavras, que nos momentos difíceis, tiveram o dom de conseguir “puxar-me para cima”.

Ao Professor Doutor Lino Ramos, pelo seu profissionalismo, dedicação e compreensão. As suas aulas foram uma fonte inesgotável de conhecimento e inspiração, que levarei para o resto da vida.

À EEESMP orientadora, por me ter ensinado o caminho, por toda a sua paciência e boa disposição contagiante. É um exemplo de dedicação, profissionalismo e sabedoria.

À minha T. pelas suas sábias palavras durante todo o processo. O seu admirável *know-how* foi uma constante fonte de inspiração.

À minha querida Mãe, por ter passado tanto tempo a cuidar da neta. Sem ti não teria sido possível. A “grande coisa” chegou ao fim! Obrigada pelo teu amor, carinho, compreensão e por tantos mimos. És maravilhosa!

Ao meu Mano que é o meu pilar. Obrigada por tanta ajuda, paciência, compreensão e por todo o apoio. Desculpa a minha ausência. Obrigada por estares ao meu lado. Eu estarei sempre aqui.

Ao meu porto de abrigo que aturou este mau feitio durante três longos semestres que lhe pareceram intermináveis. Obrigada por teres cuidado da nossa Mais Que Tudo, durante as minhas longas ausências. Por teres abdicado de tanta coisa, mas sobretudo por teres acreditado sempre em mim.

A ti minha querida filha, que desde o 1º dia deste percurso me acompanhas, ainda que inicialmente dentro da minha barriga. Obrigada por seres uma bebé tão compreensiva! És o orgulho da Mamã!

Às colegas do Curso de Mestrado A. R. e S. que jamais esquecerei e que sem o seu apoio não teria sido possível chegar onde cheguei. A todos os meus amigos, vocês são incríveis!

A todos o meu bem-haja! Levo-vos no meu coração.

RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa portadora de doença mental, intervindo aos três níveis de cuidados: promoção da saúde mental, reabilitação e prevenção de recaída.

Este Relatório de Estágio pretende relatar o percurso desenvolvido ao longo do Estágio Final com a apresentação do Programa - Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria, evidenciando as competências adquiridas.

O programa concebido compreende um conjunto de intervenções psicoterapêuticas em enfermagem, sistematizadas e planeadas, dirigidas à pessoa com diagnóstico de ansiedade e depressão, com vista a recuperação da saúde mental.

Foi utilizada a metodologia de projeto para a elaboração do programa.

Palavras-chave: Ansiedade, Depressão, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermeiro Especialista, Saúde Mental.

ABSTRACT

The Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric plays a crucial role in providing specialized nursing care to people with mental illness, intervening at three levels of care: mental health promotion, rehabilitation and relapse prevention.

This Internship Report intends to report the journey developed throughout the Final Internship with the presentation of the Program - Specialist Nurse in Mental Health and Psychiatric Intervention for Persons with Anxious and Depressive Symptoms in the Context of the Day Hospital of the Psychiatry Service, highlighting the skills acquired.

The designed program span a set of systematized and planned psychotherapeutic nursing interventions, aimed at people diagnosed with anxiety and depression, with a view to recovering mental health.

The project methodology was used to develop the program.

Keywords: Anxiety, Depression, Mental Health, Psychiatric Nursing, Specialist Nurse.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Sessão Psicoeducativa: Comunicação Assertiva.....	90
Gráfico nº 2 – Sessão Psicoeducativa: Ansiedade	92
Gráfico nº 3 – Sessão Psicoeducativa: Autorregulação Emocional	94
Gráfico nº 4 – Sessão Psicoeducativa: Adesão ao Regime Terapêutico	96
Gráfico nº 5 – Sessão Psicoeducativa: Prevenção de Recaídas.....	98
Gráfico nº 6 – Sessão Psicoeducativa: Estigma na Doença Mental.....	100
Gráfico nº 7 – Sessão de Relaxamento: Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo.....	102
Gráfico nº 8 – Frequência Cardíaca nos Participantes da Sessão de Relaxamento - Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo.....	103
Gráfico nº 9 – Sessão de Relaxamento: Técnica de Relaxamento de Treino Autogénico I.....	105
Gráfico nº 10 – Frequência Cardíaca nos Participantes da Sessão de Relaxamento - Técnica de Treino Autogénico I.....	106
Gráfico nº 11 – Sessão de Relaxamento: Técnica de Relaxamento de Treino Autogénico II.....	108
Gráfico nº 12 – Sessão de Mediação Artístico-Expressiva I	110
Gráfico nº 13 – Sessão de Mediação Artístico-Expressiva II	111
Gráfico nº 14 – Sessão Final	113

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 – Organização Semanal das Atividades do Serviço de Hospital de Dia.....	46
Quadro nº 2 – Análise SWOT do Projeto.....	49
Quadro nº 3 – Cronograma do Programa de Intervenção do EEESMP à Pessoa com Sintomatologia e Ansiosa e Depressiva	55
Quadro nº 4 – Valores Relativos à Aplicação da Escala HADS no Início do Programa.....	56
Quadro nº 5 – Plano da Sessão Preliminar.....	58
Quadro nº 6 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Comunicação Assertiva.....	59
Quadro nº 7 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Ansiedade	60
Quadro nº 8 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Autorregulação Emocional	61
Quadro nº 9 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Adesão ao Regime Terapêutico.....	62
Quadro nº 10 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Prevenção de Recaídas.....	63
Quadro nº 11 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Estigma na Doença Mental.....	64
Quadro nº 12 – Plano da Sessão de Relaxamento: Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo.....	65
Quadro nº 13 – Plano da Sessão de Relaxamento: Técnica de Treino Autogénico.....	67
Quadro nº 14 – Plano da Sessão de Mediação Artístico Expressiva I.....	69
Quadro nº 15 – Plano da Sessão de Mediação Artístico Expressiva II.....	71
Quadro nº 16 – Plano da Sessão Final.....	73
Quadro nº 17 – Valores Relativos à Aplicação da Escala HADS no Início e Final do Programa.....	115
Quadro nº 18 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	120

Quadro nº 19 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.....129

Quadro nº 20 – Janela de Johari.....132

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA.....	17
1.1. CREDITAÇÃO AO ESTÁGIO I	17
1.2. ESTÁGIO FINAL.....	18
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2.1. PERSPETIVA HISTÓRICA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA	22
2.2. OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA.....	23
3. ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....	34
3.1. MODELO TEÓRICO <i>TIDAL</i>	35
3.2. A RELAÇÃO DE AJUDA	39
4. METODOLOGIA DE PROJETO.....	44
4.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	45
4.2. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS.....	49
4.3. PLANIFICAÇÃO	50
4.4. EXECUÇÃO.....	74
4.5. AVALIAÇÃO	88
4.6. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	116
5. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	119
5.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	119
5.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIÁTRICA.....	128
5.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	141
CONCLUSÃO.....	145

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 148

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E ACRÓNIMOS

APA - *American Psychological Association*

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CNEV - Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Dr. – Doutor

Dr.^a – Doutora

DSM - *The Diagnostic and Statistical Manual*

EE - Enfermeiro Especialista

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

FC - Frequência Cardíaca

HADS - Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar

INE - Instituto Nacional de Estatística

n^o - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

Prof. - Professor

Prof.^a - Professora

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNAO - *Registered Nurses' Association of Ontario*

SIC - Segundo Informação Colhida

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

UC - Unidade Curricular

WHO - *World Health Organization*

% - por cento

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, intitulado Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [EEESMP] à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto de Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria, surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório de Estágio, integrada no 2º ano/2º semestre do plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [EESMP], que decorreu de 2022 a 2024 na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, em associação com a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal e a Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco e visa a obtenção do título de Enfermeira Especialista [EE] em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica [ESMP] e grau de Mestre em Enfermagem.

A aquisição de competências comuns de EE, específicas do EEESMP e de Mestre em Enfermagem foi conseguida através da conclusão das Unidades Curriculares que integram o plano de curso deste mestrado, pela experiência profissional e pessoal assim como, pelo desenvolvimento de um Programa de Intervenção dirigido à pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva no âmbito da UC Estágio Final.

Este estágio decorreu na valência de Hospital de Dia de um Serviço de Psiquiatria, no período compreendido entre 12/09/2023 e 26/01/2024, perfazendo um total de 388 horas, sob supervisão clínica da EEESMP orientadora e orientação pedagógica do Professor Doutor Jorge Almeida.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde a prevalência da depressão em 2015 a nível mundial estimada era de 4,4%, o que equivale a mais de 300 milhões de pessoas que vivem com depressão no mundo, sendo mais comum no sexo feminino. Aproximadamente o mesmo número de pessoas sofre de perturbações de ansiedade, sendo que muitas das pessoas sofrem de ambas as condições simultaneamente (*World Health Organization [WHO], 2017*).

Indo de encontro ao referido anteriormente, delineamos os seguintes objetivos para este relatório:

- Apresentar o programa – Intervenção do EEESMP à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto do Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria, realizado e implementado durante o Estágio Final;

- Analisar o papel do EEESMP nos cuidados à pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva;

- Refletir a aquisição de competências comuns do EE, específicas do EEESMP e de Mestre em Enfermagem desenvolvidas ao longo do Estágio Final;

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos.

No primeiro, é descrita a creditação de competências ao estágio I e realizada a caracterização do local onde decorreu o Estágio Final, dando a conhecer a estrutura organizacional e o modo de funcionamento do serviço de Hospital de Dia.

Segue-se o segundo capítulo onde é realizado o enquadramento teórico acerca da sintomatologia ansiosa e depressiva.

O terceiro capítulo, subdividido em dois, compreende o enquadramento conceptual onde é analisando o modelo da Teoria da Maré e a sustentação teórica de Relação de Ajuda à luz do proposto por Chalifour.

No quarto capítulo é apresentado o projeto – Intervenção do EEESMP à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto de Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria, tendo por base a metodologia de projeto, onde serão descritas as etapas da sua elaboração.

No quinto e último capítulo, é demonstrada a aquisição das principais competências ao longo do estágio final, nomeadamente as comuns do EE, as específicas do EEESMP e as competências de Mestre, através de uma análise reflexiva.

A norma para elaboração deste relatório é a utilizada pelo Instituto Politécnico de Portalegre e a norma de referência bibliográfica aplicada é a *American Psychological Association* [APA], 7ª edição.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

De acordo com o proposto no planeamento do Mestrado em Enfermagem, é definido a realização de dois estágios, sendo eles o Estágio I e o Estágio Final.

No entanto, estando previsto creditação ao Estágio I derivado da experiência profissional, foi concebido um portefólio de atividades, coerente com as competências que levaram a estudante a obter a creditação.

1.1. Creditação ao Estágio I: Contexto de Internamento

A creditação à UC Estágio I, inserida no 2º semestre do 1º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, foi conseguida pela experiência profissional ao longo de dezasseis anos, enquanto enfermeira de cuidados gerais a desempenhar funções em dois hospitais distintos, ambos no Serviço de Psiquiatria.

Na impossibilidade de analisar todo o percurso trilhado ao longo destes anos de serviço, foi referido sucintamente, a experiência profissional relevante para o processo em causa.

A estudante exerceu funções enquanto enfermeira de cuidados gerais em regime de horário rotativo (Manhãs, Tardes e Noites), no Serviço de Psiquiatria de um Centro Hospitalar do Sul do País, de 16/06/2008 a 31/01/2013, perfazendo um total de 4 anos, 7 meses e 21 dias e desde 01/01/2013 até à data da elaboração do presente Relatório de Estágio, no Serviço de Psiquiatria, de uma Unidade Local de Saúde do centro do país.

Salienta-se que apesar da experiência profissional ocorrer sobretudo ao nível do internamento de agudos de psiquiatria, também é resultado da prática nas valências de consulta externa e visitação domiciliária.

1.2. Estágio Final: Contexto de Hospital de Dia

A UC Estágio Final surge no último semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento de competências de avaliação diagnóstica, planeamento, prestação e avaliação de cuidados especializados em ESMP a pessoas e famílias, grupos e/ou comunidade integradas no seu contexto e aos três níveis de prevenção.

E assim, foi numa Unidade Local de Saúde do centro do país, em contexto de Hospital de Dia de Psiquiatria que decorreu o Estágio Final ao longo de dezoito semanas, no período compreendido entre 12/09/2023 e 26/01/2024, perfazendo um total de 388 horas, contando com a supervisão clínica da EEESMP orientadora e orientação pedagógica do Professor Doutor Jorge Almeida.

A escolha deste local de estágio, não sendo a inicialmente eleita pela estudante, justificou-se a sua realização, derivado das idiosincrasias da maternidade, na instituição de saúde onde exerce funções por se encontrar geograficamente próxima da sua residência facilitando a dinâmica familiar.

A estudante, ao desempenhar funções enquanto enfermeira de cuidados gerais no Serviço de Internamento de Agudos de Psiquiatria desta Instituição Hospitalar, receou inicialmente esta opção, por conhecer previamente o contexto onde se iria desenrolar a sua aprendizagem.

No entanto, e contrariamente ao esperado, o conhecimento prévio da estrutura, dinâmica e equipa multidisciplinar do serviço não só facilitou o processo de integração, como fortaleceu o relacionamento com as pessoas já acompanhados noutras valências do serviço.

A preocupação em clarificar o papel de aluna do curso de mestrado em enfermagem foi sempre uma constante ao longo de todo o ensino clínico, de forma a não comprometer o seu percurso académico.

A Unidade Local de Saúde em questão localiza-se na região centro do país, serve uma área geográfica constituída por seis concelhos, num raio de cerca de 4,300 km², prestando apoio a uma população residente de aproximadamente 95,520 mil habitantes, segundo os dados estatísticos fornecidos pela Pordata relativamente aos últimos Censos 2021 (Pordata, 2021).

O Serviço de Psiquiatria, inserido nesta Unidade Hospitalar situa-se no piso térreo do edifício principal e é constituído pelas valências de Internamento de Agudos, Consulta Externa e Hospital de Dia.

Tem como principal missão, a prestação de cuidados de saúde diferenciados no âmbito da Psiquiatria e Saúde Mental a toda a população adulta que deles necessitem, segundo as diretrizes do Plano Nacional de Saúde Mental e de acordo com as políticas de saúde vigentes.

A atuação dos técnicos é direcionada para a promoção da saúde mental, prevenção da doença, tratamento do episódio de doença, reabilitação, prevenção da recaída e o combate ao estigma.

Estão afetos ao serviço cinco psiquiatras, três assistentes administrativos, um terapeuta ocupacional, dois psicólogos, sete assistentes operacionais e dezoito enfermeiros dos quais quatro possuem especialização na área da ESMP.

O Serviço de Internamento de Agudos presta cuidados à pessoa em qualquer etapa do ciclo de doença mental, recebendo um amplo espectro de pessoas com diversas patologias, tais como depressão, perturbação afetiva bipolar, esquizofrenia, perturbações de personalidade, processos demenciais, patologia aditiva, entre outras. A proveniência das mesmas pode ocorrer pela sua referenciação através das outras valências do serviço, pelo Serviço de Urgência ou de outros serviços desta Unidade Hospitalar, bem como de outros Centros Hospitalares. Funcionando em regime de horário rotativo (Manhã, Tarde e Noite), dispõe lotação de doze camas, distribuídas por seis enfermarias e dois quartos de isolamento. Conta ainda com uma sala de enfermagem, uma sala de tratamentos, um gabinete de entrevista, um refeitório, uma sala de atividades/conívio para utentes, um armazém de material clínico, uma despensa de arrumos, um pátio interior e um jardim terapêutico.

Por sua vez, a valência da Consulta Externa de Psiquiatria centra a sua atuação na consulta de enfermagem e visitação domiciliária, direcionadas para administração periódica do injetável de longa duração e acompanhamento das pessoas na comunidade, sendo estas maioritariamente portadoras de doença mental crónica. Disponibiliza desta forma, atendimento de proximidade, em colaboração com os Centros de Saúde da área de referência, funcionando nos dias úteis das 9:00 às 17:00 horas.

Por último, a valência de Hospital de Dia de Psiquiatria, local eleito para a realização do Estágio Final, pelo que a sua caracterização física e organizacional será mais pormenorizada.

O Hospital de Dia que se destina ao seguimento de pessoas portadoras de doença mental, com necessidade de manutenção do seu tratamento, encontra-se sediado na área da Consulta Externa de Psiquiatria, em sala própria polivalente e devidamente assinalada.

Funciona de segunda-feira a quinta-feira, no horário compreendido entre as 9:00 horas e as 17:00 horas, sendo a sua lotação ideal de dez pessoas por período.

De acordo com o manual de integração de novos elementos deste serviço, a intervenção do enfermeiro no Serviço de Hospital de Dia pressupõe a prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Desta forma, a intervenção do enfermeiro no Hospital de Dia de Psiquiatria tem como objetivos:

- Desenvolver projetos terapêuticos em ambiente protegido, aliando programas que estimulem diversas competências da pessoa portadora de doença mental, que vão desde os aspetos relacionais e de gestão de conflitos, às habilidades sócio-profissionais e de desempenho de atividades de vida diária, no seio da sua família/cuidador e na comunidade;
- Valorizar o papel da família e da comunidade;
- Diminuir o recurso ao internamento.

O processo de enfermagem aplicado é o implementado nesta Instituição, de acordo com a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem [CIPE]. A colheita de dados é efetuada de forma a avaliar as necessidades da pessoa, realizar os diagnósticos de enfermagem, o planeamento das intervenções, tratamento de dados e avaliação das intervenções realizadas, através da aplicação de escalas validadas.

A admissão de cada pessoa é realizada após reunião com a equipa multidisciplinar do Hospital de Dia, onde se decide, quais beneficiarão do programa terapêutico.

A equipa multidisciplinar desta valência constitui-se por um EEESMP ou, na ausência deste um enfermeiro generalista, um psicólogo, três psiquiatras, um terapeuta ocupacional, um assistente operacional e dois assistentes administrativos. Sempre que necessário, é solicitado o apoio do serviço social, uma vez que não dispõe de assistente social atribuído. De igual forma e sempre que se justifique, é solicitada a colaboração de nutricionista.

O enfermeiro contata a pessoa telefonicamente, para agendamento da data a comparecer no Hospital de Dia, de modo a ser iniciado o processo de acolhimento.

A consulta de enfermagem é realizada no primeiro dia de Hospital de Dia para proceder à avaliação inicial da pessoa. Nesta consulta o enfermeiro:

- Realiza o acolhimento à pessoa/família/cuidador;
- Efetua a história clínica de enfermagem;
- Elabora o plano de cuidados de enfermagem;
- Define o plano de intervenções de enfermagem;
- Entrega à pessoa o contrato terapêutico em uso no Hospital de Dia;

- Dá a conhecer o plano terapêutico à pessoa/família/cuidador e as diferentes rotinas/regras do serviço;

- Fornece à pessoa/família/cuidador folheto de admissão no Hospital de Dia.

No que respeita à intervenção terapêutica, esta é realizada através de sessões em grupo, individuais e familiares.

Quanto às intervenções realizadas pelo enfermeiro, compreendem:

- Psicoeducação;
- Treino de competências sociais;
- Treino de atividades de vida diárias;
- Técnicas de relaxamento;
- Treino de capacidades cognitivas;
- Dinâmicas de grupo;
- Terapia pelo som e movimento;
- Terapia pela arte;
- Psicoterapia individual e grupal;
- Reunião da equipa multidisciplinar;
- Reunião de familiares/cuidadores.

Caso ocorra agravamento da situação clínica numa pessoa em regime de Hospital de Dia e o psiquiatra proponha o seu internamento, este será acompanhado ao Serviço de Internamento de Agudos pelo enfermeiro do Hospital de Dia.

Quando termina o plano terapêutico em Hospital de Dia, o enfermeiro elabora a nota de alta de enfermagem e consoante a necessidade, encaminha cópia para Centro de Saúde, Consulta Externa de Psiquiatria, Internamento de Agudos de Psiquiatria, entre outros.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Perspetiva Histórica da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Sendo este percurso uma especialização em enfermagem na área da ESMP, não poderia deixar de ser feita uma breve abordagem à perspetiva histórica da saúde mental e psiquiátrica.

Assim, a história da loucura inicia-se com a história do ser humano, sendo influenciada pelas crenças da sociedade acerca do doente mental, sendo que no passado as pessoas com doença mental eram consideradas “possuídas com maus espíritos” (Ferreira et al., 2006, p.62). A doença mental era assim vista na antiguidade, como algo maléfico, sobrenatural ou de caráter mágico ou religioso (Reis, 2014).

Na Idade Média deu-se um período obscuro na história da medicina, pois a loucura começou a ser associada à possessão demoníaca, sendo que os bruxos, feiticeiros e curandeiros eram considerados enviados do demónio e queimados nos autos de fé. Eram também realizadas torturas como sangrias, purgantes e exorcismos (Ferreira et al., 2006).

Com o Renascimento a loucura começou a ser encarada como alienação, depravação ou perda de função mental, ou seja, a loucura fazia parte dum processo mental que se traduzia em comportamentos. Nesse período os cuidados ao doente mental eram essencialmente de caráter de exclusão social, sendo encerrados em celas ou enviados por embarcações marítimas (Ferreira et al., 2006).

No século XVIII as teorias demoníacas são abandonadas, dando lugar a um modelo de doença mental, descrito por Pinel, em que o louco necessitava de medicamentos e de cuidados como qualquer outro doente. Os cuidados aos doentes mentais passaram a ser em instituições especializadas, no entanto ainda de uma forma discriminatória (Ferreira et al., 2006).

O alienismo surge com o início na viragem do século XVIII para o século XIX, decaindo no século XX, quando o sistema asilar é colocado em causa. Enquanto prática que visa o tratamento da alienação mental, dá-se no momento em que surgem trabalhos científicos renovados ligados a esta temática (Ferreira, 2017).

Nesta época, com os estudos realizados em diversos hospitais a estes doentes, que se tornaram em locais próprios para o tratamento da alienação mental, dá-se uma profunda renovação teórica, possibilitada por um cada vez maior conhecimento dos alienados e das suas afeções (Ferreira, 2017).

Em Portugal, no ano de 1775 até cerca de 1850, os doentes mentais encontravam-se no sul do país no Hospital de São José, onde eram encaminhados por ordem da autoridade administrativa (Reis, 2014). As enfermarias neste hospital funcionavam geralmente sob a direção do médico mais novo do hospital e eram apenas grandes salas onde se fechavam todos os alienados, por vezes com pouca luminosidade e sem agasalhos (Senna, 1883, citado por Ferreira et al., 2006). Foi nesta altura que o alienado foi elevado à categoria de doente, só que de uma qualidade inferior (Ferreira et al., 2006), proporcionando uma visão e uma atitude mais humana (Reis, 2014).

No entanto, aquando da inspeção a estas enfermarias por parte do Duque de Saldanha, considerou indignas as condições destas (Pichot & Fernandes, 1984, citado por Ferreira et al., 2006). Assim, em 1848 foi aberto o primeiro hospital psiquiátrico em Portugal, o hospital de Rilhafoles (Reis, 2014).

Mais tarde, com a abertura do Hospital Júlio de Matos, em 1942, também um marco importante no nosso país, verificaram-se grandes transformações “ (...) no tratamento dos doentes psiquiátricos, bem como nas atitudes sociais e culturais perante a doença mental” (Reis, 2014, p.45).

2.2. Os Cuidados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A enfermagem enquanto profissão tem evoluído de forma a dar resposta às crescentes necessidades de cuidados dos diferentes contextos de atuação, alcançando uma progressiva complexidade de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2022).

Os cuidados de enfermagem, têm como principal objetivo “ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (OE, 2018a, p.21427).

O conceito de cuidar em enfermagem, tem sofrido mudanças ao longo dos anos, assim, consoante a evolução da enfermagem, assim como também as áreas que a constituem sofrem alterações, entre as quais a saúde mental (Ferreira et al., 2006).

O conceito de saúde refere-se a “um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Alves & Rodrigues, 2010, p.128). Por sua vez o conceito de saúde mental é amplo e refere-se “ a algo mais do que apenas a ausência de perturbação mental” (WHO, 2001, citado por Alves & Rodrigues, 2010, p.128), sendo percebido como o resultado de numerosas interações, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alves & Rodrigues, 2010).

A saúde mental torna-se deste modo, uma componente essencial ao bem-estar da pessoa “e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos” (Portugal P. d., 2021, p.104).

As perturbações psiquiátricas em Portugal apresentam uma prevalência de 22,9%, colocando o nosso país num alarmante segundo lugar entre os países europeus, com 60% destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental (Portugal P. d., 2021). A depressão afeta 10 % dos portugueses, sendo que em 2017, o suicídio foi responsável por quase 15 000 anos potenciais de vida perdidos (Portugal P. d., 2021).

As evidências sobre os determinantes sociais e económicos da saúde mental têm sido relevantes para esclarecer o destaque desta na saúde física e para demonstrar a relação entre várias doenças orgânicas e a saúde mental (Alves & Rodrigues, 2010). Dos determinantes sociais e económicos que influenciam a saúde mental, salientam-se: o emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação social e violência de género, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos de vida stressantes (Alves & Rodrigues, 2010).

No passado, as políticas de saúde destinavam-se apenas ao financiamento relacionado com os cuidados médicos. Atualmente esta visão sofreu mudanças e a saúde é cada vez mais percebida numa perspetiva abrangente, permitindo a inclusão de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença nos sistemas de saúde. O conhecimento dos determinantes sociais e económicos da saúde mental torna-se fundamental, na medida que contribui para uma melhoria da saúde mental da população (Alves & Rodrigues, 2010).

Um problema adicional na saúde mental encontra-se associado ao estigma da doença mental, situação essa que provoca o adiamento na procura de ajuda profissional adequada, e

que poderá ter impacto negativo quer no tratamento, quer na recuperação da pessoa doente (Sequeira, 2021).

A Base 13 da nova Lei de Bases da Saúde estabelece que os cuidados de saúde mental “devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de saúde, e devem ser prestados através de uma abordagem interdisciplinar” (Portugal P. d., 2021, p.104).

De acordo com as políticas de saúde vigentes, é função do Estado “promover a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados” (Portugal P. d., 2021, p.104).

O Estágio Final, tendo decorrido numa unidade local de saúde, no Hospital de Dia de Psiquiatria, importa clarificar o tipo de cuidados prestados na área da saúde mental e psiquiátrica, a nível hospitalar. Desta forma, os serviços locais de saúde mental caracterizam-se por “serviços hospitalares, aos quais compete assegurar a prestação de cuidados de saúde mental, em ambulatório ou em internamento, à população de uma determinada área geográfica, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados” (Portugal P. d., 2021, p.112).

Estes serviços locais de saúde mental englobam, as seguintes áreas funcionais:

- Cuidados ambulatoriais e outras intervenções na comunidade;
- Internamento de pessoas em fase aguda de doença;
- Hospitalização de dia;
- Atendimento permanente das situações de urgência psiquiátrica;
- Prestação de cuidados especializados a doentes internados em ligação com outras especialidades;
- Prestação de cuidados e acompanhamento aos doentes integrados em unidades de cuidados continuados (Portugal P. d., 2021).

Relativamente ao hospital de dia em psiquiatria, foi concebido no século XX como uma modalidade de intervenção ambulatória e multidisciplinar, para responder a situações de doença mental aguda (Trovão et al., 2020).

A hospitalização parcial é uma modalidade terapêutica utilizada em psiquiatria, que apresenta grande variabilidade de modelos de atuação (Maureso, 1982 citado por Trovão et al., 2020). O mais implementado, é o de um espaço ambulatório para diagnóstico e terapia intensiva

para doença mental, compreendendo intervenções multidisciplinares e psicossociais (Casarino et al., 1988, citado por Trovão et al., 2020). Atualmente, os modelos de hospital de dia são praticados consoante as instituições e regiões geográficas (d'Albis, 2008; Kallert et al., 2004; Marshall et al., 2001, citados por Trovão et al., 2020).

Apesar do reduzido volume de publicações científicas, a efetividade empírica do hospital de dia mantém-se a sustentar a sua prática clínica (Trovão et al., 2020).

Num estudo realizado por Trovão et al., (2020) em doentes submetidos a uma intervenção em crise em contexto de hospital de dia, verificou-se uma melhoria do seu funcionamento geral, a redução de sintomatologia de ansiedade e depressão, segundo a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar [HADS], e um recurso mais frequente a mecanismos de *coping*, com redução de sentimentos de autculpabilização e de negação.

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados em enfermagem, detêm atualmente uma elevada importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização dos profissionais de saúde uma realidade crescente (OE, 2019).

A OE acompanha esta exigência, através da atribuição de título de EE em seis especialidades, sendo uma delas a especialização em ESMP (OE, 2019).

Entende-se por EE “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (OE, 2019, p.4744).

Desta forma, constata-se que a prática especializada da enfermagem de saúde mental acresce à prática de enfermagem de cuidados gerais, “uma prática que evidencia uma maior profundidade e leque de conhecimentos, uma maior síntese de dados, maior complexidade de aptidões e de leque de intervenções com repercussões no aumento da sua autonomia” (OE, 2015a, p.17034). Caracteriza-se ainda por ser uma prática baseada na evidência científica e apoiada nas teorias de enfermagem (OE, 2015a).

Segundo a OE (2018a), as pessoas que apresentam processos de sofrimento ou perturbação mental “têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (...), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam” (p.21427). O EEESMP compreende assim “os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2018a, p.21427).

A ESMP centra a sua atuação na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou doença mental (OE, 2018).

No decurso do Estágio Final realizado em contexto de Hospital de Dia, surgiu a pertinência da criação de um programa de intervenção do EEESMP dirigido à pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva, que agregasse um conjunto de intervenções psicoterapêuticas em enfermagem, entre as quais sessões psicoeducativas, de relaxamento e de mediação artístico-expressiva, tendo em vista a recuperação da saúde mental.

A realização deste projeto de intervenção tendo por base a Metodologia de Projeto, vai de encontro ao preconizado no Regulamento das Competências Específicas do EEESMP, em que surge como competência do EEESMP, desenvolver uma prática baseada na evidência, participando em projetos de investigação com a finalidade de ampliar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua área especialização (OE, 2018a).

É na peculiaridade da prática clínica de ESMP, que as competências psicoterapêuticas possibilitam ao EEESMP desenvolver uma prática clínica distinta de todas as outras áreas de especialidade (OE, 2018a). Durante o processo de cuidar, essa singularidade “permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção e proteção da saúde mental, na prevenção da doença mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial” (OE, 2018a, p.21427).

Desta forma, é considerada competência específica do EEESMP a prestação de cuidados “psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018a, p.21427).

A intervenção psicoterapêutica de enfermagem assume-se como sendo uma intervenção informada e intencional de técnicas de psicoterapia, sustentando-se nos princípios seguintes:

- Ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- Ser realizada por um EEESMP;
- Apoiar-se nos racionais teóricos de psicoterapia;
- Resultar da identificação de um diagnóstico de enfermagem no âmbito da saúde mental;
- O utente deve ter um papel ativo e ter consciência de si;
- O número de sessões deve ser compreendido entre três a doze;

- Centrar-se na relação terapêutica e na comunicação interpessoal entre o enfermeiro-utente;

- O objetivo deve ser a mudança ou a diminuição de um estado percebido como negativo (Sampaio et al., 2014 citado por OE, 2023).

No que concerne à psicoeducação, é utilizada como uma técnica coadjuvante no tratamento da doença mental, que consiste na transmissão de conhecimento sobre o quadro clínico, associado a estratégias de acolhimento e promoção de *insight* sobre o estado de saúde da pessoa (Justo et al., 2015; Tomita et al., 2018 citado por Maia et al., 2018). Ao ser utilizada, permite incentivar mudanças comportamentais, sociais e emocionais de forma a promover a saúde mental e a prevenir a doença (Fenwick et al., 2018 citado por Maia et al., 2018).

Tem como objetivo permitir o entendimento de forma esclarecida e sucinta, acerca dos factos sobre as variadas doenças mentais, bem como possibilita a aprendizagem de estratégias de forma a capacitar a pessoa com doença mental e cuidador/familiar para lidar com a doença mental e os seus efeitos (OE, 2015a).

Também no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, aparece descrita como uma forma particular de educação, destinando-se a auxiliar a pessoa com doença mental, ou com interesse na área, como por exemplo o caso de cuidadores/familiares de pessoa portadora de doença mental (OE, 2015a).

Desta forma, a psicoeducação não é considerada um tratamento, mas sim concebida para fazer parte de uma estratégia global de tratamento (OE, 2015a).

Assim, o EEESMP detém conhecimento de forma a desenvolver e a implementar “intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais” (OE, 2018a, p.21430).

No que concerne aos resultados obtidos através da utilização desta técnica com familiares, Sequeira & Sampaio (2020) acerca da psicoeducação familiar referem-nos que “tem demonstrado eficácia na redução da sobrecarga e emoção expressa dos familiares da pessoa com doença mental” (p.216).

O programa de intervenção dirigido à pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva engloba a implementação de técnicas de relaxamento, de entre as quais, o relaxamento muscular progressivo e o treino autogénico.

Por relaxamento entende-se um estado de consciência, pelo qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam os pensamentos geradores de *stress* (Payne, 2000 citado por Sequeira & Sampaio, 2020).

As perturbações da ansiedade são consideradas um grande problema para a população mundial, estando associadas a sofrimento e limitações (Sousa et al., 2016 citado por Lopes, 2019) sendo responsáveis por um importante custo social (Menezes et al., 2007 citado por Lopes, 2019).

O tratamento farmacológico é eficaz, mas pode ser limitado devido à ocorrência efeitos secundários, levando ao abandono do regime medicamentoso por parte de alguns doentes (Sousa *et al.*, 2016; Kim & Kim, 2018 citado por Lopes, 2019).

A utilização de diversas terapias complementares, para além do convencional tratamento farmacológico, contribui para o tratamento de perturbações como a ansiedade, fadiga, depressão e *stress*. Entre essas terapias complementares, destacam-se as técnicas de relaxamento, que se têm demonstrado eficazes quer no controlo de sintomas psíquicos como a ansiedade e o *stress*, quer como na redução de sintomas físicos como a fadiga e dores musculares (Severino et al., 2021).

O relaxamento muscular progressivo inclui-se no grupo de técnicas complementares (Paulino, 2011 citado por Severino et al., 2021), podendo ser utilizada sozinha ou associada a outras técnicas, tais como relaxamento e treino de respiração (Mululu et al., 2009 citado por Lopes, 2019).

Esta técnica foi desenvolvida por Edmund Jacobson, médico fisiologista da Universidade de Harvard, que através de um plano sistemático abrange os principais grupos musculares do corpo humano (Filho, 2009, citado por Lopes, 2019).

Compreende um método que propõe reduzir a tensão, através da contração e descontração dos músculos com o objetivo de reduzir a ansiedade, o *stress* e sintomas físicos como fadiga e dores musculares (Severino et al., 2021), podendo ser utilizado como uma estratégia de um plano de tratamento (Almeida & Araujo, 2005 citado por Lopes, 2019).

Desta forma é possível perceber a diferença quando o músculo está tenso e quando está relaxado (Rissardi e Godoy, 2007, citado por Lopes, 2019) sendo assim, o princípio desta técnica é destacar as diferenças entre sentimentos de ansiedade ou *stress* e relaxamento (Limsanon & Kalayasiri, 2015, citado por Lopes, 2019).

O relaxamento muscular para além de auxiliar o processo de relaxamento mental, ajuda a evitar pensamentos/emoções negativas e neutraliza os efeitos musculares tensos no corpo

(Roozbahani et al., 2017 citado por Lopes, 2019). A resposta física deste estado, caracteriza-se para além do relaxamento muscular, por frequência cardíaca e tensão arterial diminuídas, entre outras (Almeida & Araujo, 2005 citado por Lopes, 2019). Atua ainda “como medida preventiva das consequências fisiológicas do *stress*; como tratamento para alívio do *stress* e das suas consequências fisiológicas e como forma de desenvolvimento de competências mentais para lidar com o *stress*” (Payne, 2000, citado por Sequeira & Sampaio, 2020, p.202).

Por ser uma técnica de execução simples, pode ser realizada quer em unidades de saúde quer no próprio domicílio (Bezerra et al., 2020 citado por Severino et al., 2021), sendo para além disso fácil de ensinar e sem custos financeiros para a pessoa (Lopes, 2019).

Através da pesquisa realizada pelos autores Severino et al., (2021), foi possível demonstrar os benefícios da utilização do relaxamento muscular progressivo, na melhoria da saúde mental das pessoas que a praticaram, demonstrando ser eficaz na redução da ansiedade, fadiga, *stress*, assim como também apresentou melhoria da capacidade de perceção e concentração, além da diminuição de sintomatologia depressiva.

Por sua vez, também a técnica do treino autogénico é considerada uma técnica de relaxamento, que implica um relaxamento progressivo de vários grupos musculares, levando a pessoa a experimentar um conjunto de cinestésias, entre as quais sensações de peso e calor seguidas de sensações de conforto e bem-estar (Coelho & Sousa, 2020 citado por OE, 2023). Frequentemente, esta intervenção inicia-se no sentido céfalo-caudal, alternando 10 segundos de cinestésias com 10 segundos de relaxamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

Tem como indicações terapêuticas, ansiedade, *stress*, humor depressivo, sono comprometido e comportamento agressivo (OE, 2023). Os resultados de enfermagem são verificados por ansiedade reduzida, autocontrolo da ansiedade melhorado, *stress* diminuído, humor melhorado, sono melhorado e comportamento agressivo melhorado (Moorhead et al., 2018 citado por OE, 2023).

Tanto no relaxamento muscular progressivo como no treino autogénico, a principal finalidade é o autocontrolo do tónus muscular e da respiração, de modo a que o utente aprenda a autorrelaxar-se, conseguindo reproduzir estas técnicas em situações geradoras de *stress* (Sequeira & Sampaio, 2020).

O programa de intervenção dirigido à pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva contempla ainda a realização de duas sessões utilizando a técnica de mediação artístico-expressiva.

Enquanto intervenção psicoterapêutica em enfermagem e competência do EEESMP, esta intervenção compreende o uso intencional dos mediadores artístico-expressivos tais como, expressão plástica, expressão corporal, expressão vocal, musical, expressão dramática ou escrita, com objetivo terapêutico de promotores da comunicação, da relação terapêutica e facilitadores da intervenção (Ferraz, 2009 citado por OE, 2023).

Por mediador artístico-expressivo entende-se “a ação, atividade, instrumento ou proposta que permite a expressão livre do participante” (Ferraz, 2009 citado por OE, 2023, p. 80).

Nos últimos anos, diversos autores realçaram que atividades artísticas como a pintura, a música, a dança, a escrita, o drama, apresentavam grande potencial em termos de terapia. No entanto, foi apenas nas últimas décadas, que a arte foi incluída na área da saúde mental com a finalidade de auxiliar a pessoa a experienciar novas práticas, que possibilitam novas formas de expressão de sentimentos e emoções, podendo conduzir à mudança, bem como a uma melhoria em termos de saúde e de bem-estar (Guerra, 2022).

A terapia expressiva compreende assim o uso das artes com finalidade terapêutica e tem como principais objetivos: “promover a gestão de conflitos emocionais, aumento da autoconsciência, permitir o desenvolvimento de habilidades sociais e comportamentais, proporcionar a resolução de problemas, ajudar na redução da ansiedade, possibilitar a orientação da realidade e suscitar o aumento da autoestima” (Malchiodi, 2007 citado por Guerra, 2022, p.17).

Esta terapia, não é sinónimo de cura da doença, mas sim o desenvolvimento de competências e o percecionar das capacidades já existentes na pessoa (Ferraz, 2009 citado por Guerra, 2022), proporcionado um aumento do bem-estar e permitindo o seu desenvolvimento pessoal (Bucho, 2011 citado por Guerra, 2022).

Permite à pessoa expressar sob a forma de arte, sentimentos e tensões acumuladas e recalçadas no seu inconsciente, permitindo um maior autoconhecimento (Guerra, 2022).

Nesta forma de terapia, existem vários mediadores terapêuticos, entre os quais a expressão plástica, que inclui o desenho, a pintura, a modelagem e a colagem (Ferraz, 2009 citado por Guerra, 2022).

A técnica do desenho é um modo de comunicação que permite à pessoa em qualquer etapa do ciclo vital expressar-se no papel, acerca do modo como perceciona o seu mundo interior considerando-se um importante recurso terapêutico importante, pois permite transferir o inconsciente, para o papel, sob a forma de símbolos, não sendo significativa o domínio da técnica mas sim, o simbolismo que é expressado (Fiorindo, 2014 citado por Guerra, 2022).

Por sua vez a técnica da pintura, para além da vertente lúdica, oferece o contato com variadas texturas e cores, levando à libertação sensorial, permitindo o desbloqueamento de emoções e o acesso aos conteúdos recalcados (Carvalho & Guimarães, 2011 citado por Guerra, 2022).

Também a colagem que se constitui uma técnica simples, de baixo custo, que consiste no recortar e colar, simboliza uma forma direta de reparação, recriando fatores internos do passado, pela reconstrução de novas formas do material utilizado (Martins, 2012 citado por Guerra, 2022).

A técnica da modelagem consiste na utilização de vários materiais, permitindo conceções muito ricas ao nível estético e artístico. O manuseamento dos materiais desperta diversas emoções e sentimentos que são transferidas para criações tridimensionais, sendo o barro o mais utilizado. O seu manuseamento estimula o sistema sensorial, funcionando como um veículo de descarga de tensões existentes (Martins, 2012 citado por Guerra, 2022).

A execução destas terapias em grupo é uma mais-valia, uma vez que os elementos do grupo transmitem *feedback* gerando ganhos na saúde como autoconfiança, autonomia e capacidade de insight (Yalom, 2008 citado por Guerra, 2022).

Ao utilizar-se a arte como mediador expressivo, são conseguidos vários benefícios entre os quais uma melhoria a nível comunicacional quer com o próprio quer com o outro, maior nível de atividade possibilitando um maior equilíbrio físico e psíquico, permite a leitura do inconsciente, o que facilita esclarecer melhor o diagnóstico, gera a libertação das emoções escondidas e estimula a criatividade, entre outros (Ferraz, 2007 citado por Guerra, 2022).

Para além das vantagens já referidas, o recurso aos mediadores expressivos ao incluírem uma componente artística, provocam uma consciência visual e estímulo dos órgãos sensoriais, conduzindo ao desenvolvimento geral da pessoa (Martins, 2012 citado por Guerra, 2022).

A nível da relação terapêutica, a utilização destes medidores na prática dos cuidados, torna-se fundamental, uma vez que, ao implicar pessoa e o terapeuta, a própria intervenção pode simbolizar a aproximação destes dois intervenientes, contribuindo para o estabelecimento e fortalecimento da relação (Haute 2005, citado por Antunes, 2015).

De igual modo possibilita à pessoa através de uma forma criativa, o treino de aptidões sociais e de competências (Carvalho, 2009 citado por Antunes, 2015).

A utilização de recursos artísticos como pincéis, cores, papéis, barro, cola, desenhos, recortes, entre outros, tem como objetivo a expressão do verdadeiro *self*, não importando o

sentido estético, mas sim o conteúdo pessoal implícito em cada criação e explícito como resultado final (Sousa, 2005 citado por Antunes, 2015).

Esta terapia vai de encontro ao que é exposto no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em que o EEESMP, ao mobilizar-se a si mesmo como instrumento terapêutico, “desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018a, p.21427), possibilitando “estabelecer relações de confiança e parceria com o cliente, assim como aumentar o insight sobre os problemas e a capacidade de encontrar novas vias de resolução” (OE, 2018a, p.21427).

Podemos considerar que a terapia pela arte, ao utilizar técnicas criativas é considerada um recurso valioso em enfermagem psiquiátrica, podendo contribuir para o tratamento da pessoa com doença mental (Valadares et al., 2008 citado por Antunes, 2015).

Ressalva-se o fato, de que o enfermeiro não sendo arteterapeuta, recorre a técnicas validadas por diferentes disciplinas, adequando-as no âmbito da intervenção especializada (OE, 2023).

3. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

O EEESMP mobiliza para a sua prática um conjunto de saberes adquiridos através da sua experiência profissional, como pela aplicação de conhecimentos científicos apreendidos.

Sendo o processo relacional o pilar das intervenções do enfermeiro, na medida que os cuidados de enfermagem se baseiam na interação entre enfermeiro-pessoa/família/comunidade, assim como no estabelecimento de “uma relação de ajuda com o utente” (OE, 1996, p.2969), será concretizada uma sustentação teórica à luz do proposto por Chalifour e Buchan Barker.

O motivo pela qual foi escolhido o autor Chalifour, prende-se com a relação de ajuda ser utilizada transversalmente em todas fases do ciclo da doença, sendo a sua aplicação fundamental em todas as fases do processo de enfermagem: fase de orientação, fase de trabalho e fase de conclusão (Chalifour, 2008).

Segundo o autor, quando surge um conflito ou uma ameaça à satisfação de uma necessidade ou à realização de um objetivo, a pessoa enfrenta uma tensão física e psicológica que se manifestará pela ansiedade, medo, cólera ou tristeza. Desta forma, torna-se essencial o enfermeiro, proceder à avaliação do utente, de modo a estabelecer um diagnóstico e conseqüentemente a orientar a terapia, o que vai de encontro à nossa linha de raciocínio para o programa de intervenção delineado (Chalifour, 2008).

Por sua vez, a escolha do *Tidal Model* como teoria de suporte à prática, relaciona-se com o fato desta teoria colocar a pessoa e a experiência que a própria tem no centro dos cuidados, sendo o enfermeiro a pessoa que o ajuda a encontrar sentido para a sua doença. É através deste processo, que se dá o crescimento do enfermeiro enquanto profissional e pessoa (Freitas et al., 2020).

Tal como para Barker, também na saúde mental a pessoa é o foco do cuidado do EEESMP, ao ser considerada o seu contexto e atendendo aos seus determinantes de saúde, de forma a respeitar a sua individualidade e a capacitá-la no processo de decisão.

Sendo o autoconhecimento um processo fundamental para o desenvolvimento de competências do EEESMP, este não só resulta dos conhecimentos científicos apreendidos, mas também deriva de todas as vivências associadas à prática clínica.

Aliado ao fato de ter sido desenvolvida por enfermeiros especialistas na área da saúde mental, faz-nos todo o sentido a escolha deste modelo teórico.

3.1. Modelo Teórico *Tidal*

Nos últimos anos, a prática baseada na evidência tem sido um relevante alvo de discussão em enfermagem, procurando fundamentar a sua prática desde o seu surgimento enquanto profissão (Barros & Bispo, 2017).

Sendo a enfermagem uma ciência e uma arte, não poderíamos deixar de analisar uma teoria que fundamente essa prática.

Entende-se por teoria de enfermagem “um conjunto de conceitos e princípios da ciência da Enfermagem” (Barros & Bispo, 2017, p.2), tendo como finalidade descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem (Barros & Bispo, 2017).

Uma teoria de enfermagem possibilita a reflexão acerca de “questões que permeiam a atividade profissional, para que elas possam ser organizadas e sistematizadas, gerando conhecimentos capazes de apoiar e subsidiar a prática do enfermeiro” (Barros & Bispo, 2017, p.2).

As teorias em enfermagem conduzem assim, a prática de cuidado, assegurando que todas as intervenções do enfermeiro se encontram pautadas por fundamentos filosóficos alinhados com a garantia e promoção da saúde (Lima et al., 2022). Dada a sua complexidade, caso não seja suportada por teorias, a prática de enfermagem, “não passará de um desempenho decorado de ações baseadas no senso comum” (Barros & Bispo, 2017, p.2).

São desta forma consideradas a base do processo de enfermagem (Barros & Bispo, 2017) e é mediante a sua execução que surge o cuidado em enfermagem (Lima et al., 2022).

Entende-se por processo de enfermagem uma ferramenta intelectual de trabalho do enfermeiro, estruturada de forma sistemática que conduz o processo de raciocínio clínico, tomada de decisão diagnóstica, resultados e intervenções para a pessoa assistida (Barros & Bispo, 2017).

Tem como principal objetivo promover mudanças que favoreçam a qualidade de vida e bem-estar, da pessoa assistida. De modo a atingir esse resultado, o enfermeiro deve realizar o planeamento terapêutico, ancorado em teorias de enfermagem (Lima et al., 2022).

A realização do processo de enfermagem cimentado em teorias de enfermagem irá contribuir para a melhoria da qualidade assistencial bem como evidenciar os resultados da prática (Barros & Bispo, 2017). A enfermagem relaciona-se com quatro conceitos fundamentais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem, sendo que juntos formam o metaparadigma da enfer-

magem. Neste, cada conceito é representado como uma abstração: o conceito pessoa pode representar um indivíduo ou uma comunidade, saúde é um estado de bem-estar, ambiente pode envolver o contexto que rodeia o cliente naquela ocasião ou o universo, e enfermagem a ciência e a arte da disciplina (Fawcett, 2005 citado por Barros & Bispo, 2017).

Estes conceitos vão de encontro aos que são enunciados nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE, em que surge ainda o conceito de cuidados de enfermagem que se centram “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.10).

Para a realização deste trabalho, foram utilizados os contributos da Teoria da Maré, também conhecida por *Tidal Model*, desenvolvida por Phil Barker e Poppy Buchanan-Barker para o cuidado em saúde mental (Barker & Buchanan-Barker, 2005).

Esta teoria iniciou o seu desenvolvimento no ano 1996, com vista a colmatar a carência constatada na enfermagem psiquiátrica, tendo a sua primeira publicação surgido apenas em 2001 (Lima et al., 2022).

É classificada como sendo uma teoria prática (Freitas et al., 2020) e pode ser considerada “tanto um modelo quanto uma teoria” (Lima et al., 2022, p.9).

Tendo sido concebida por enfermeiros especialistas de saúde mental para a prática de enfermagem nessa área, o seu foco principal é a promoção do cuidado, a prevenção da doença e reatribuição de significado às experiências de vida (Lima et al., 2022).

Dada a sua versatilidade, esta teoria pode ser tanto utilizada em meio hospitalar como em contexto comunitário, ao longo de todo o ciclo vital da pessoa (Barker et al., 2010, citado por Lima et al., 2022).

É também uma teoria de aplicabilidade multidisciplinar, pois apesar de ter sido pensada para o cuidado em enfermagem, pode ser utilizada pelos diversos profissionais que prestam cuidados nesta área potencializando deste modo, o cuidado em saúde pela articulação dos vários saberes e práticas para o mesmo bem comum (Rocha & Lucena, 2018; Dias et al., 2020; Barker, 2001; citado por Lima et al., 2022).

Nesta teoria, é utilizada a metáfora da água e do mar de forma simbólica, para indicar que a vida é formada por um contínuo processo de mudança. O percurso da vida surge como uma viagem num oceano de experiências, o qual compreende as alterações do estado de saúde-doença. Assim como o mar, alterna momentos de calma, com momentos de turbulência em que é necessário atracar num porto seguro de modo a reparar os danos causados, permitindo à pessoa retomar a viagem no oceano de experiências (Lima et al., 2022).

Nesta teoria, a pessoa é representada em três diferentes domínios, sendo eles o *Self*, o Mundo e o Outro. O *Self* abrange tudo de mais íntimo que o ser humano apresenta, o Mundo diz respeito ao contexto social da pessoa e o Outro que se relaciona com a capacidade de interação com as outras pessoas no quotidiano. Os cuidados de enfermagem ainda que sejam considerados um processo contínuo, as intervenções do enfermeiro devem ser orientadas para um dos domínios (Freitas et al., 2020).

No *Tidal Model* são definidos os componentes funcionais como cliente, enfermagem, saúde, interação enfermeiro-paciente, ambiente, problemas de enfermagem e cuidados de enfermagem (Teixeira et al, 2018).

A pessoa é representada no plano físico, emocional, intelectual, social e espiritual. Sabe sempre o que é melhor para si, tendo os recursos necessários para a sua recuperação e os seus desejos permanecem no centro do processo de cuidar (Teixeira et al, 2018).

A enfermagem tem como finalidade ajudar a pessoa a avaliar suas experiências individuais e torná-la novamente protagonista da sua história de sua vida, promovendo o desenvolvimento humano (Teixeira et al, 2018).

Por sua vez, a saúde resulta da autonomia da pessoa e da sua capacidade de adaptação à mudança promovida pelo ambiente terapêutico. Ocorre igualmente, quando a pessoa mantém as suas atividades de vida diárias regulares, estando consciente de si e de como lida com isso, compreendendo que dor, doença e morte são partes fundamentais da vida (Teixeira et al, 2018).

A interação enfermeiro-paciente é caracterizada como cuidar com a pessoa, sendo que esta natureza colaborativa ocasiona mudanças quer para o profissional, quer para a pessoa (Teixeira et al, 2018).

O ambiente é caracterizado pelo contexto no qual a pessoa vive o seu oceano de experiências e o enfermeiro proporciona um espaço para o crescimento e desenvolvimento. A relação pessoa-ambiente deve ser entendida como um todo e não apenas como cada uma das suas partes (Teixeira et al, 2018).

Os problemas de enfermagem são os eventos de vida que levam a pessoa a entrar em contato com o profissional, sendo considerados como oportunidades de tomar um novo rumo na vida (Teixeira et al, 2018).

Por fim, os cuidados de enfermagem que têm como objetivo primordial a identificação do que é absolutamente fundamental fazer e todos os cuidados subsequentes centram-se em formas de envolver a pessoa no encontro desta necessidade (Teixeira et al, 2018).

Esta teoria apresenta dez preposições que se caracterizam como sendo o cerne da sua prática:

- Valorizar a voz dos sujeitos;
- Respeitar a língua;
- Desenvolver a curiosidade genuína;
- Tornar-se aprendiz;
- Revelar sabedoria pessoal,
- Ser transparente;
- Utilizar o *kit* de ferramentas disponíveis;
- Desenvolver a capacidade de dar um passo além;
- Dar o presente do tempo;
- Experimentar a mudança constante (Barker, 2007 citado por Teixeira et al, 2018).

Sendo o presente trabalho do ramo de especialização de ESMP, não poderíamos descurar a importância desta teoria, uma vez que se trata de uma relevante construção teórica para embasar a prática do enfermeiro psiquiátrico e de saúde mental (Freitas et al., 2020).

A escolha deste modelo teórico prende-se concomitantemente de ser esta a teoria utilizada como referencial teórico da prática de enfermagem no serviço de Hospital de Dia onde decorreu o Estágio Final, o que vai de encontro ao referido por Teixeira et al (2018), em que esta teoria possibilitou a implementação de um conceito de cuidado contínuo, que abrange desde o hospital até a comunidade.

Ainda o fato dos autores colocarem a pessoa e a experiência que ela tem com a doença mental e suas angústias, no centro do processo de cuidar, fugindo da tradicional ideia em que é o profissional que sabe o que é melhor para a pessoa, mas sim é a própria a decidir o que é melhor para ela, foi um aspeto decisivo na escolha deste modelo. A ênfase é assim dada às pessoas e às suas narrativas das histórias de vida, fundamentais para o cuidado em Saúde Mental (Freitas et al., 2020).

Sendo um modelo facilitador, o enfermeiro é a pessoa que ajuda o sujeito a buscar sentido para sua doença, dando as condições para que algo aconteça. É neste cuidar que o enfermeiro conseguirá alcançar o seu crescimento quer pessoal quer profissional, ao colocar-se no lugar de aprendiz (Freitas et al., 2020).

Em jeito de conclusão podemos afirmar que este modelo compreende os momentos de crise como oportunidade de crescimento pessoal e o enfermeiro deve estabelecer relação com as experiências vivenciadas pela pessoa para que sejam identificadas as necessidades de cuidado, sendo o relacionamento interpessoal o principal instrumento do profissional (Lima et al., 2022).

A Teoria da Maré destaca-se, como um modelo para aplicação do processo de enfermagem

no contexto dos serviços que atendem às demandas psicossociais (Lima et al., 2022).

3.2. A Relação de Ajuda

Ao longo do contexto em que decorreu o Estágio Final, a criação de uma relação com a pessoa foi sempre uma prioridade, sendo ela o principal foco do cuidar em enfermagem.

Para isso, recorreu-se às aprendizagens advindas da UC de Relação de Ajuda em Saúde Mental, com a sustentação teórica de Chalifour e de Phaneuf para guiar a nossa prática.

Em ESMP a relação é essencial no processo de cuidar, na medida em que a restituição do equilíbrio da pessoa em sofrimento mental assenta, fundamentalmente, em relações interpessoais significativas (Coelho et al., 2020).

O conceito de relação, sendo interpretado de diversas formas, pode dizer respeito à relação enquanto interação entre duas ou mais pessoas, pode assumir-se enquanto relação terapêutica, assentando numa relação interpessoal entre o profissional de saúde e o utente que tem como intenção a satisfação das necessidades do último, podendo ainda apresentar-se enquanto relação de ajuda (Coelho et al., 2020).

Enquanto a relação terapêutica se assume como a relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e o utente implícita a qualquer intervenção, a relação de ajuda pode assumir-se em si mesma, como uma intervenção (Coelho et al., 2020).

Tem como finalidade satisfazer uma necessidade da pessoa sendo esta “detentora de todos os recursos para a resolução da mesma” (Coelho et al., 2020, p.63). Para isso torna-se necessário que o enfermeiro possua um conjunto de atitudes e desenvolva distintas ações para concretizar a relação de ajuda enquanto intervenção de enfermagem (Coelho et al., 2020).

Também no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros [REPE] surge descrito que “os cuidados de enfermagem são caracterizados por (...) estabelecerem uma relação de ajuda com o utente” (OE, 1996, p.2960).

Para a concretização da relação de ajuda, o enfermeiro deve apresentar diversas características entre as quais, aceitação do outro, respeito, empatia, autenticidade, congruência, confrontação, conhecimento acerca de si mesmo e acerca do utente, estratégias de comunicação e relação terapêutica (Phaneuf 2005; Sequeira & Sampaio, 2020).

Por sua vez a relação de ajuda pode caracterizar-se como sendo profissional ou informal. A primeira estabelece-se em função de contactos previamente agendados com uma determinada estrutura. Já a relação de ajuda informal, que é estabelecida na maioria das situações, acontece de forma imprevista e espontânea (Coelho et al., 2020).

Para a autora Phaneuf (2005), a relação de ajuda profissional é peculiarmente significativa, uma vez que o enfermeiro se encontra totalmente disponível para o utente e para a sua situação de sofrimento. Assumindo-se como uma intervenção autónoma e psicoterapêutica da enfermagem, é considerada um poderoso meio de intervenção do enfermeiro, requerendo desta forma planeamento, estruturação e objetivos bem definidos (Coelho et al., 2020; Sequeira & Sampaio, 2020).

Sendo mais do que uma relação unidirecional a relação de ajuda profissional, “é feita de trocas, o que exige uma abertura mútua onde cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber” (Chalifour, 2008, p.33). Em contexto profissional, a relação de ajuda compreende uma interação singular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, em que cada uma contribuiu individualmente para a busca e satisfação de uma necessidade de ajuda. Para tal, o profissional, adota uma forma de estar e fazer, comunicando-o de formal verbal e não-verbal em função dos objetivos a atingir, encontrando-se estes relacionados ao pedido do cliente e ao entendimento que o profissional tem desse problema (Chalifour, 2008).

Consoante os contextos da prática, a relação de ajuda pode ser utilizada para diversos objetivos:

- Facilitar a presença de um contato físico através dos sentidos e de um contato afetivo;
- Assegurar que a pessoa se sente compreendida;
- Estabelecer um ambiente de confiança e de respeito;
- Promover a participação da pessoa;
- Garantir que o serviço disponibilizado é individualizado e que corresponde às expetativas da pessoa;
- Fazer desta experiência relacional um momento de aprendizagem e de desenvolvimento para a pessoa;
- Empregar a experiência relacional de forma a contribuir para os efeitos terapêuticos desejados;
- Utilizar estratégias para aumentar a compreensão das relações traumáticas ou para as reparar (Chalifour, 2008).

Ao ser executada por profissionais de saúde, como é o caso do EESMP, a relação de ajuda exige um conhecimento aprofundado da pessoa que só é possível através de vários contactos previamente definidos (Coelho *et al.*, 2020).

No decurso desta relação é possível verificar uma evolução da relação entre o profissional e o cliente. Este processo relacional entre enfermeiro e a pessoa é constituído por diversas fases características que correspondem ao início, ao corpo e ao fim da relação (Chalifour, 2008).

Em cuidado de enfermagem são qualificadas como a fase de orientação da relação, fase de trabalho e fase da conclusão da relação. Cada uma destas fases, ao longo dos encontros evolui em função dos objetivos definidos, do conteúdo das trocas, da qualidade dos laços afetivos e dos papéis desempenhados por cada um de acordo com a necessidade de ajuda estabelecida (Chalifour, 2008).

A primeira fase, denominada de fase de orientação, inicia-se com o primeiro encontro e perdura até à definição do pedido de ajuda, caracterizando-se essencialmente pelo acolhimento da pessoa num ambiente de respeito, confiança, abertura, autenticidade e interesse. É um estágio onde a relação começa a formar-se e o profissional e a pessoa expressam as suas expectativas e medos. É igualmente a ocasião em que é dada peculiar atenção ao conhecimento do cliente, às suas dificuldades e expectativas. Através da colheita de dados o profissional clarifica as necessidades da pessoa, as quais podem ser traduzidas em diagnósticos de enfermagem, pode propor um plano de intervenção e determinar os papéis que cada um desempenhará (Chalifour, 2008; Sequeira & Sampaio, 2020).

Por sua vez, a segunda fase, denominada de fase de trabalho, inicia-se quando o enfermeiro já clarificou o pedido de ajuda e as expectativas da pessoa. É marcada pela procura de respostas para as necessidades do utente. A relação passa a estar centrada num problema e na forma de o resolver. Nesta etapa é onde o enfermeiro e pessoa já se conhecem de forma mais aprofundada e aumentam o seu nível de confiança, numa relação pautada pela autenticidade, respeito, compreensão e esperança. O enfermeiro identifica melhor as capacidades da pessoa para encontrar resposta à sua necessidade e por sua vez a pessoa compreende melhor a intervenção do enfermeiro. É também considerada a etapa de experimentação e de consolidação das aprendizagens realizadas pela pessoa. Durante esta fase podem ser mobilizadas outras intervenções psicoterapêuticas de suporte (Chalifour, 2008; Sequeira & Sampaio, 2020).

Por último, sucede-se a terceira fase, denominada de fase de conclusão, onde é realizada a avaliação da intervenção de modo a perceber se os objetivos foram ou não alcançados. É

igualmente onde o enfermeiro e pessoa percebem que a relação deve terminar. Uma vez que esta relação se desenvolve ao longo do tempo, desde o início que se torna importante determinar o momento em que a relação terminará. Esta ocasião privilegiada deve ser utilizada para a partilha acerca das perspetivas desta experiência e o enfermeiro deve auxiliar a transferência destas aprendizagens para outras situações de vida. Torna-se crucial clarificar que a relação de ajuda deve terminar sempre que a pessoa demonstre capacidade de resolução de problemas de modo autónoma ou caso não sejam constatadas evoluções no processo terapêutico (Chalifour, 2008; Sequeira & Sampaio, 2020).

Sendo a relação de ajuda profissional uma complexa intervenção, o profissional necessita de deter vastos conhecimentos científicos e um bom conhecimento acerca de si próprio, assim como habilidades e atitudes específicas, de modo a conseguir relacionar-se com o cliente e a oferecer a ajuda necessária. Assim destaca essencialmente a existência de técnicas, estratégias e atitudes relacionais (Chalifour, 2008).

As técnicas comunicacionais utilizadas na relação de ajuda profissional, apresentam-se como verbais e não-verbais. Relativamente às técnicas de comunicação não-verbais temos o toque, a distância e as posições, o olhar, o odor, a escuta, o silêncio, o convite a prosseguir. Quanto às técnicas de comunicação verbal são consideradas úteis numa relação de ajuda profissional, facilitando a realização da entrevista bem como o alcance dos objetivos pretendidos, considerando-se as seguintes técnicas: os reflexos, a síntese, as questões, o *feedback*, a revelação de si, o conselho e a informação (Chalifour, 2008).

Quanto às estratégias relacionais, são consideradas por Chalifour (2008), o acolhimento, o suporte a exploração, a busca de clarificação, a atenção no momento presente e a confrontação.

De forma a permitir a aplicação das técnicas comunicacionais e estratégias relacionais descritas anteriormente, torna-se fundamental que o enfermeiro manifeste um conjunto de atitudes na relação com a pessoa, uma vez que é impossível estabelecer uma relação de ajuda profissional sem desenvolver determinadas atitudes e sem as manifestar à pessoa. Da mesma forma, esta relação não se revela eficaz se o enfermeiro não detiver interesse na pessoa e por aquilo que ela comunica, se não a tentar compreender e se não for honesto para ela. São cinco as atitudes relacionais que o autor considera: a compreensão empática, o respeito caloroso, a autenticidade, a compaixão e a esperança (Chalifour, 2008).

Posto isto e após análise da relação de ajuda à luz do conhecimento teórico proposto pelos autores, consideramos a relação de ajuda em saúde mental essencial à prestação de cuidados por parte do EEESMP, sendo possivelmente a ferramenta não instrumental mais amplamente

utilizada em contexto clínico, na medida em que poderá ser utilizada a todos os níveis e nos mais diversos momentos do cuidar em enfermagem.

4. METODOLOGIA DE PROJETO

A Metodologia de Projeto define-se como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra, 1994 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 3).

É considerado um método de investigação pois através da identificação de um problema, procura a sua resolução através da implementação de estratégias e intervenções eficazes (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Ao longo da realização de um projeto, este conjunto de procedimentos possibilita “prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer” (Leite et al, 2001 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 4).

Esta metodologia é amplamente empregada em diversos contextos, tendo como principal finalidade “centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p. 3).

É considerada uma metodologia promotora de uma prática baseada na evidência pela pesquisa, análise e resolução de problemas em contexto real. Tem como características fundamentais: intencionalidade, autonomia, objetivo definido, autenticidade, complexidade, incerteza, assim como ser prolongada e faseada num determinado intervalo de tempo (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Constitui-se ainda, como uma ponte entre a teoria e prática, na medida que o seu sustento é o conhecimento teórico para ser aplicado posteriormente na prática, possibilitando ao estudante fazer a ligação entre os diversos conteúdos adquiridos nas Unidades Curriculares (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Segundo esta metodologia, a criação de um projeto, envolve seis fases:

- Diagnóstico da situação;
- Objetivos;
- Planificação;
- Execução;
- Avaliação;
- Divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Deste modo, a implementação da Metodologia de Projeto na área da saúde, como meio de resolução de um problema ou satisfação de uma necessidade, de uma instituição em geral ou de um serviço específico, revela-se crucial para o desenvolvimento profissional e para a melhoria da qualidade assistencial (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

4.1. Diagnóstico de Situação

A primeira etapa da Metodologia de Projeto é o diagnóstico de situação, que tem como principal objetivo, elaborar um modelo explicativo da realidade sobre a qual se pretende atuar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Nesta fase prevê-se assim, a identificação do problema, através da utilização de instrumentos de colheita de dados e análise da informação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Uma vez que não é possível formular uma política de intervenção sem uma boa colheita de informação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), durante o período de integração no campo de estágio referente à UC Estágio Final, foi efetuada consulta bibliográfica através de documentos e procedimentos existentes no serviço, bem como pela recolha de informação junto da EEESMP orientadora, de forma a compreender a dinâmica funcional do serviço, entre as quais, as atividades desenvolvidas, os horários estabelecidos, os diferentes grupos terapêuticos e as características da população assistida pelo Serviço de Hospital de Dia.

Esta etapa envolve assim, a recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

No quadro n.º 1, surge de forma sucinta, o planeamento semanal deste serviço.

Quadro n.º 1 – Organização Semanal das Atividades do Serviço de Hospital de Dia

	2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira
10/12	Entrevistas de	Grupo	Grupo	Grupo	Encerrado
Horas	Admissão	Alimentação e Exercício Físico	Expressão Artística	Psicoeducação	
Pausa					
14/16	Grupo	Grupo	Grupo	Grupo	Encerrado
Horas	Psicoterapêutico	Atividades Ocupacionais Terapêuticas	Multifamílias	Relaxamento	

Igualmente, durante este processo de integração foi caracterizada demograficamente a população internada em regime de Hospital de Dia, sendo essencialmente do sexo feminino, com faixa etária compreendida entre os 19 e os 71 anos de idade.

No desenvolvimento de um projeto ao nível de cuidados de saúde, torna-se necessário proceder a uma análise das necessidades da população, de forma a desenvolver estratégias com a perspetiva de promover a motivação e autonomia da população (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Desta forma, foi realizada uma pesquisa acerca dos diagnósticos clínicos mais frequentes das pessoas internadas em regime de Hospital de Dia, através da consulta do processo individual, tendo sido constatado que na sua maioria caracterizam-se por perturbações de ansiedade e depressivas.

Relativamente às perturbações da ansiedade, estas abrangem perturbações que compartilham características associadas ao medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados (APA, 2014).

O medo é considerado a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Ainda que estes dois estados se sobrepõem, também são possíveis de distinguir. O medo é associado com maior frequência a períodos de excitabilidade aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo iminente e comportamentos de fuga. Por sua vez a ansiedade é mais frequentemente associada a tensão

muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de alerta ou fuga (APA, 2014).

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de fuga e na ideação cognitiva associada (APA, 2014).

A perturbação de ansiedade generalizada caracteriza-se por ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho/escolar, que a pessoa sente dificuldade em controlar. Além disso, é também experienciada um conjunto de sintomatologia física tais como inquietação, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono (APA, 2014).

Por sua vez, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM] 5, os transtornos depressivos incluem:

“transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado” (*American Psychological Association* [APA], 2014, p.155).

A característica comum destas perturbações caracteriza-se pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que as distingue são a duração, o momento ou etiologia (APA, 2014).

Quanto ao diagnóstico de enfermagem CIPE, através do levantamento realizado pela consulta do processo de enfermagem, foram identificados os problemas de enfermagem mais comuns:

- Humor depressivo;
- Ansiedade;
- Auto controlo da ansiedade comprometido.

Neste sentido, os problemas de saúde por nós identificados carecem da conceção de um projeto que tenha como principal finalidade a resolução ou minimização destes problemas, satisfazendo as necessidades da população e consequentemente aumentando a eficácia dos serviços prestados (Tavares, 1990 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Após análise e reflexão conjunta entre a EEESMP orientadora, Professor orientador pedagógico e a estudante e, indo de encontro às necessidades desta população, surge a pertinência da criação de um programa de intervenção dirigido à pessoa com sintomatologia

ansiosa e depressiva, que agregue um conjunto de intervenções psicoterapêuticas em enfermagem, entre as quais, intervenções psicoeducativas, técnicas de relaxamento e técnicas de mediação artístico-expressiva, eficazes na resolução dos problemas identificados.

Ainda que inicialmente fosse equacionado um programa que incluísse especificamente uma técnica psicoterapêutica em enfermagem, a ambição de ir mais além prevaleceu, optando pela conceção de um programa mais completo em termos de diversidade de experiências oferecidas à pessoa.

Apesar de existirem já grupos terapêuticos concretos, como o grupo de relaxamento, grupo de expressão artística e grupo psicoeducativo, considerámos pertinente agrupar intervenções de diversos grupos terapêuticos num só programa, vocacionado exclusivamente para a pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva, justificado por serem estes os diagnósticos frequentemente encontrados, na população assistida pelo Serviço de Hospital de Dia.

Este projeto delineado, tal como refere Ponte et al., (1998) citado por Ruivo, Ferrito & Nunes (2010) é uma realização concreta que possui um significado especial para os seus autores.

Através da implementação deste programa são esperados os seguintes resultados:

- Humor melhorado;
- Ansiedade diminuída;
- Autocontrolo da ansiedade melhorado.

Para a fase de diagnóstico da situação, são usados instrumentos de diagnóstico tais como análise SWOT [*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*] (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A análise utilizando a matriz SWOT, tem como principais finalidades: “analisar e melhorar utilizar os pontos fortes; eliminar os pontos fracos; conhecer e usufruir as oportunidades externas e, evitar as ameaças” (Souza et al., 2013, p.1633).

É considerada uma ferramenta pela qual o enfermeiro através da sua utilização, promove oportunidades para o desenvolvimento da investigação, fortalece a visibilidade da enfermagem enquanto profissão e disciplina no seio da comunidade científica, promove melhores condições para a gestão do trabalho em enfermagem, assim como contribui para uma melhoria da qualidade assistencial dos cuidados de enfermagem (Souza et al., 2013).

De forma a analisar a viabilidade do presente projeto recorreu-se a esta análise representada no quadro n.º 2, permitindo identificar:

Quadro nº. 2 - Análise SWOT do Programa

ANÁLISE SWOT	
Forças	Inexistência de um programa exclusivamente dirigido à pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva, equipa jovem e motivada, presença de EEESMP
Fraquezas	Elevada rotatividade de pessoas (admissões/altas/abandono do tratamento), fracos recursos humanos (apenas um EEESMP alocado ao Serviço de Hospital de Dia), heterogeneidade do grupo de utentes, lotação dos grupos superior à recomendada, dificuldade em articular os horários dos grupos previamente estabelecidos com o horário das sessões do programa
Oportunidades	Políticas de saúde com enfoque crescente na saúde mental, procura crescente de regimes terapêuticos não farmacológicos
Ameaças	Absentismo dos participantes

Esta etapa do diagnóstico de situação apresenta-se assim, como um papel justificativo das atividades realizadas nos serviços (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

4.2. Definição dos Objetivos

Os objetivos assumem-se como representações pioneiras centradas na ação a realizar, sendo essenciais na elaboração de projetos de ação. Na sua formulação, deverá ser considerada a sua exequibilidade e acessibilidade (Barbier, 1996, citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Estes indicam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico (Mão de Ferro, 1999 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Assim, indo ao encontro dos problemas identificados anteriormente, traçamos como objetivo geral deste projeto, elaborar um Programa de Intervenção do EEESMP à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto de Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria, de forma a melhorar a saúde mental da pessoa com sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, através do desenvolvimento de um conjunto de intervenções psicoterapêuticas em enfermagem.

Como objetivos específicos estabelecemos os seguintes:

- Reduzir a ansiedade;
- Melhorar o humor;
- Fomentar a literacia em saúde mental;
- Promover o autoconhecimento;
- Capacitar a pessoa de estratégias para a autorregulação emocional;
- Facilitar a interação grupal.

4.3. Planeamento

O planeamento constitui-se como a terceira fase da Metodologia de Projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

É durante esta fase, que é elaborado um plano detalhado do projeto, o qual engloba calendarização e definição das atividades a desenvolver, métodos de pesquisa, recursos necessários, assim como o respetivo cronograma. Evidencia-se que a escolha das atividades, meios e estratégias a realizar, devem estar em concordância com os objetivos previamente definidos (Miguel, 2006; Hungler et al., 2001, citados por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Torna-se assim importante clarificar estes conceitos, uma vez que estes são parte integrante do planeamento (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Por atividade considera-se o elemento de trabalho realizado no decurso de um projeto, sendo que estas apresentam uma grande diversidade de intervenções (Miguel, 2006; Hungler et al., 2001, citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Indo de encontro às atividades definidas para o projeto em questão, consideramos as sessões psicoeducativas, as sessões artístico-expressivas e as sessões de relaxamento.

Em todas estas atividades, o enfermeiro desempenha um papel essencial enquanto profissional com competências de pesquisa, contribuindo para o avanço da prática de enfermagem (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Por sua vez, os meios compreendem a determinação de quais os recursos necessários para a realização das atividades referentes ao projeto e em que quantidades (Miguel, 2006 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Os meios humanos referem-se aos profissionais que detêm um conjunto de conhecimentos e de competências para levar a cabo as intervenções planeadas para o projeto. Já os meios materiais e técnicos relacionam-se com os equipamentos e tecnologias utilizadas, como por exemplo, a entrevista, os questionários, as escalas, o formulário de avaliação física e psicológica, entre outras (Fortin, 1999 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

As estratégias estão relacionadas ao uso dos meios definidos no planeamento e têm como principal finalidade utilizá-los de forma eficaz (Rodrigues, 2003; Aquilano et al., 2006 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A população alvo, à qual se dirige o programa de intervenção à pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva, é composta pelas pessoas internadas no Hospital de Dia de Psiquiatria.

Como critérios de inclusão são definidos especificamente:

- Pessoas internadas em regime de Hospital de Dia, maiores de 18 anos, que manifestem interesse e aceitem participar no programa, apresentando pelo menos um diagnóstico de enfermagem compatível com o programa.

Por sua vez os critérios de exclusão para a inclusão no programa são:

- Pessoas que apresentem estado confusional, sintomatologia psicótica descompensada, agitação psico-motora, défice cognitivo grave, acuidade auditiva reduzida, analfabetismo, que recusem participar no programa e menores de 18 anos.

Quando uma pessoa é proposta para a participação do programa, é realizada uma entrevista de avaliação diagnóstica, de modo a apurar se reúne critérios para inclusão no programa. No caso de pessoas que já se encontram a frequentar o Hospital de Dia, a entrevista realizada será de seguimento, tentando avaliar se os diagnósticos de ansiedade, humor depressivo e autocontrolo da ansiedade comprometido se ainda se constituem como um problema. A entrevista é um meio frequentemente utilizado para recolha de informação, opiniões ou

necessidades, permitindo um maior conhecimento acerca das pessoas, das suas relações e do seu contexto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem CIPE estabelecidos como critério de inclusão do programa:

- Humor depressivo;
- Ansiedade moderada a grave;
- Autocontrolo da ansiedade comprometido.

Segundo a CIPE 2015, entende-se por humor depressivo uma “emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia” (OE, 2016, p.62).

Os principais dados para a identificação do humor depressivo são:

- Tristeza persistente, há mais de uma semana;
- Desesperança e pessimismo;
- Sentimentos de inutilidade ou de culpa excessiva;
- Perda de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades;
- Capacidade da concentração diminuída ou indecisão (OE, 2018b).

As principais intervenções a realizar para o diagnóstico de humor depressivo são:

- Ensinar intervenção psicoeducativa;
- Executar apoio emocional;
- Executar intervenção familiar;
- Executar relação de ajuda;
- Treinar competências sociais (OE, 2018b).

Relativamente ao diagnóstico de ansiedade, esta define-se como sendo como uma “emoção negativa” (OE, 2016, p.40), que acarreta “sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (OE, 2016, p.40).

Para o diagnóstico de ansiedade, os principais dados são:

- “- Verbalização da ansiedade
- Manifestações de sinais e sintomas de ansiedade
- Repercussões na funcionalidade da pessoa, associadas à ansiedade” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.128).

Consideram-se também os seguintes dados opcionais (entre outros):

- Insónia;
- Fadiga;

- Angústia;
- Irritabilidade;
- Preocupação excessiva;
- Apreensão;
- Taquicardia;
- Palpitações;
- Aumento da frequência cardíaca;
- Trémulo;
- Hipersudorese;
- Diminuição da capacidade de aprendizagem;
- Diminuição da produtividade;
- Urgência urinária;
- Outros (Herdman & Kamitsuru, 2014 citado por Sequeira & Sampaio, 2020).

Sugere-se como instrumentos de apoio à tomada de decisão, a escala HADS, subescala da Ansiedade (Pais-Ribeiro et al., 2007).

O recurso às escalas de avaliação é frequente, uma vez que permite à pessoa responder ao item através de uma escala gradual de pontos, de acordo com a sua posição em relação à situação (Carvalho et al, 1993 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A razão da escolha desta escala prende-se com o fato de ser esta, a habitualmente utilizada no Hospital de Dia.

Como critérios de diagnóstico considera-se ansiedade moderada uma pontuação obtida entre 11 e 14 na escala HADS, subescala da ansiedade. Considera-se ansiedade elevada uma pontuação obtida entre os 15 e 21 pontos na escala HADS, subescala da ansiedade (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Importa salientar, que a ansiedade ligeira não é considerada um diagnóstico de enfermagem, uma vez que, na maioria dos casos, esta não tem implicações significativas na vida das pessoas (Sequeira & Sampaio, 2020).

As principais intervenções de enfermagem a realizar para o diagnóstico de ansiedade são consideradas:

- “- Executar apoio emocional
- Ensinar sobre ansiedade
- Executar intervenção psicoeducativa
- Executar relaxamento

- Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.129).

Associado ao diagnóstico de ansiedade, surge o diagnóstico autocontrolo da ansiedade comprometido. O autocontrolo surge descrito na CIPE 2015, como as “disposições tomadas para cuidar do necessário para sua própria manutenção; para se conservar ativo; lidar com as suas necessidades básicas e íntimas e as atividades de vida” (OE, 2016, pág. 42).

Os principais dados para o diagnóstico de autocontrolo da ansiedade comprometido são:

“- A pessoa tem consciência do problema

- A pessoa demonstra intenção em controlar a ansiedade

- A pessoa verbaliza incapacidade para controlar a ansiedade

- A pessoa já tentou utilizar algumas estratégias para controlar a ansiedade, mas sem resultados” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.130).

As principais intervenções sugeridas para o autocontrolo da ansiedade são:

“- Executar escuta ativa

- Executar intervenção psicoeducativa

- Treinar técnicas de autocontrolo

- Ensinar sobre técnicas de relaxamento

- Executar relação de ajuda

- Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade” (Sequeira & Sampaio, 2020, p.130).

A duração global do programa é de sete semanas, em regime presencial, com frequência semanal de uma vez às quintas-feiras, no período da manhã (10:00-12:00 horas) e da tarde (14:00-16:00 horas).

No período da manhã são desenvolvidas as sessões psicoeducativas, com duração aproximada de 120 minutos cada sessão. No período da tarde são desenvolvidas as sessões de relaxamento, com média de duração de 120 minutos e as sessões artístico-expressivas, com duração média de 120 minutos, estando previsto um pequeno intervalo no período da manhã e da tarde.

No total estão previstas doze sessões sendo estas: uma sessão preliminar, seis sessões psicoeducacionais, duas sessões de mediação artístico-expressiva, duas sessões de relaxamento e uma sessão final, conforme se encontra planeado no cronograma seguinte (quadro n.º 3).

Como um projeto é um processo dinâmico, é suscetível de sofrer ajustes ao longo da sua execução. Desta forma surge indicado em legenda infra cronograma, representado por (*) as datas em que as sessões foram efetivamente realizadas.

Segundo Miguel (2006) citado por Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), relativamente à calendarização das atividades, o desenvolvimento do cronograma do projeto é essencial uma vez que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver. Para isso deve existir uma representação esquemática desse mesmo período, através de um cronograma de atividades.

Quadro n.º 3 – Cronograma do Programa de Intervenção à Pessoa com Sintomatologia e Ansiosa e Depressiva

Cronograma do Programa de Intervenção do EEESMP à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto de Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria							
Semanas							
Sessões	1	2	3	4	5	6	7
Sessão Preliminar	2/11/23 *						
Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva		2/11/23 *					
Psicoeducação sobre a Ansiedade			16/11/23 *				
Psicoeducação sobre Autorregulação Emocional				7/12/23 *			
Psicoeducação sobre Adesão ao Regime Terapêutico					14/12/23 *		
Psicoeducação sobre Prevenção de Recaídas						11/1/24 *	
Psicoeducação sobre o Estigma na Doença Mental							18/1/23 *
Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo		30/11/23 *					
Técnica de Treino Autogénico			2/11/23* 11/1/24*				
Técnica de Mediação Artístico-Expressiva I				7/12/23 *			
Técnica de Mediação Artístico-Expressiva II					4/1/24 *		
Sessão Final							18/1/24 *

* Datas em que as sessões foram realizadas durante o Estágio Final

De forma a proceder à avaliação do grau de ansiedade e depressão, recorreu-se à utilização da escala HADS.

Esta foi aplicada às pessoas internadas em regime de hospital de dia, maiores de 18 anos, que tenham manifestado interesse e concordância em participar no programa, apresentando pelo menos um diagnóstico de enfermagem compatível com o programa, de entre os quais, humor depressivo, ansiedade e autocontrolo da ansiedade comprometido. O quadro nº 4 apresenta os dados obtidos.

Quadro n.º 4 – Valores relativos à aplicação da escala HADS no início do programa

HADS	Subescala da Ansiedade	Subescala de Depressão
	Início do programa	
Pessoa 1	17	17
Pessoa 2	18	13
Pessoa 3	11	7
Pessoa 4	17	13
Pessoa 5	14	13
Pessoa 6	12	14
Pessoa 7	14	8
Pessoa 8	14	15
Pessoa 9	18	13
Pessoa 10	15	3
Pessoa 11	12	14
Pessoa 12	13	16
Pessoa 13	13	10
Pessoa 14	12	19
Pessoa 15	14	17
Pessoa 16	10	3
Pessoa 17	19	14
Pessoa 18	14	5

A escala HADS consiste em duas subescalas, uma que avalia a ansiedade, com sete itens e outra que avalia o estado depressivo igualmente composta por sete itens, que são pontuadas separadamente.

Cada questão respondida pelo paciente numa categoria de resposta de 4 pontos (entre 0 – 3), sendo que as pontuações possíveis variem de 0 a 21 para a ansiedade e de 0 a 21 para a depressão.

Segundo o manual desta escala, indica que uma pontuação entre 0 e 7 é considerada “normal”, entre 8 e 10 “leve”, entre 11 e 14 “moderado” e entre 15 e 21 “grave” (Pais-Ribeiro et al., 2007).

Relativamente à análise dos valores obtidos no início do programa, pela aplicação da escala HADS às dezoito pessoas, subescala ansiedade podemos tirar as seguintes conclusões:

- Uma pessoa (5,6%) apresentava ansiedade leve;
- Onze pessoas (61,1%) apresentavam ansiedade moderada,
- Seis pessoas (33,3 %) apresentavam ansiedade grave.

Quanto aos valores obtidos pela aplicação da escala HADS, subescala depressão podemos tirar as seguintes conclusões:

- Quatro pessoas (22,2%) não apresentavam sintomatologia significativa;
- Duas pessoas (11,1%) apresentavam humor depressivo leve;
- Sete pessoas (38,9%) apresentavam humor depressivo moderado;
- Cinco pessoas (27,8%) apresentavam humor depressivo grave.

Desta forma, podemos constatar que todas as pessoas que preencheram o questionário HADS no início do programa possuíam critérios elegíveis para nele participar, uma vez que apresentavam diagnóstico de ansiedade, ou ambos os diagnósticos.

No entanto, como obstáculo identificamos o fato da escala HADS não ter sido aplicada a todos os elementos que participaram no programa uma vez que, dada a elevada rotatividade dos mesmos (altas/admissões/absentismo/abandono), originou com que alguns participassem apenas em certas sessões ou não tenham estado desde o início do programa.

Seguidamente serão apresentados os planeamentos das sessões realizadas ao longo do programa - Intervenção do EEESMP à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Contexto do Hospital de Dia de Psiquiatria.

No total são contabilizadas doze sessões: uma sessão preliminar do programa, seis sessões de carácter psicoeducativo, duas sessões de relaxamento com recurso a técnicas distintas, duas sessões artístico-expressivas utilizando diferentes mediadores expressivos e uma sessão final do programa.

Nos planos de sessão encontram-se descritas as temáticas das sessões, a duração das mesmas, os recursos necessários à sua execução, os objetivos a que se propõem alcançar, assim como as intervenções a realizar nos distintos momentos da sessão.

Quadro n.º 5 – Plano da Sessão Preliminar

Tema:	Sessão Preliminar	
Duração:	90 Minutos	
Recursos:	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point	
Objetivos:	- Dar a conhecer o programa e os participantes - Promover a interação grupal - Conhecer expetativas dos participantes	
Plano:	1º Momento (10 Minutos)	- Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Apresentar o EEESMP dinamizador - Realizar uma dinâmica “quebra-gelo” de forma a promover o conhecimento entre os participantes - Identificar o tema da sessão - Apresentar os objetivos da sessão
	2º Momento (60 Minutos)	- Apresentar conteúdos relativos à temática: <ul style="list-style-type: none">• Apresentação do programa• Regras do programa• Objetivos do programa• Conteúdos do programa
	3º Momento (20 Minutos)	- Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos - Aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) no início do programa - Agendar próxima sessão - Realizar <i>debriefing</i> com Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 6 – Plano da Sessão: Comunicação Assertiva

“Educa Mente”	
Tema:	Psicoeducação sobre Comunicação Assertiva
Duração:	120 Minutos
Recursos:	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point, folheto informativo, material educativo de suporte
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a pessoa para uma comunicação eficaz - Melhorar o conhecimento acerca da comunicação - Ajudar a pessoa a identificar os possíveis erros no seu padrão comunicacional
Plano:	1º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Realizar dinâmica quebra-gelo “o telefone avariado” - Recapitular aspetos da sessão anterior - Identificar o tema da sessão - Apresentar os objetivos da sessão - Distribuir material educativo de suporte
	2º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimentos, crenças e sentimentos prévios relativamente à temática, através de pergunta de avaliação diagnóstica
	3º Momento (90 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar conteúdos relativos à temática: <ul style="list-style-type: none"> • O que é a comunicação • Elementos da comunicação • Tipos de comunicação • Estilos comunicacionais • Comunicação assertiva • Técnicas para o treino da assertividade
	4º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos - Avaliar a sessão através do questionário de satisfação do utente - Agendar próxima sessão - Realizar <i>debriefing</i> com Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 7 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Ansiedade

“Educa Mente”	
Tema:	Psicoeducação sobre a Ansiedade
Duração:	120 Minutos
Recursos:	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point, folheto informativo, material educativo de suporte
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o conhecimento acerca da ansiedade - Ajudar a pessoa a identificar os acontecimentos e situações do quotidiano geradoras de ansiedade - Capacitar a pessoa de estratégias para autocontrolo e redução da ansiedade
Plano:	1º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Realizar dinâmica quebra-gelo “A caixa do desafio” - Identificar o tema da sessão - Apresentar os objetivos da sessão - Distribuir material educativo de suporte
	2º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimentos, crenças e sentimentos prévios relativamente à temática, através de pergunta de avaliação diagnóstica
	3º Momento (90 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar conteúdos relativos à temática: <ul style="list-style-type: none"> • O que é a ansiedade • Tipos de ansiedade • Causas da ansiedade • Sinais e sintomas de ansiedade • Tratamento • Estratégias para redução e autocontrolo da ansiedade
	4º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos - Avaliar a sessão através da entrega do questionário de satisfação do utente - Agendar próxima sessão - Realizar <i>debriefing</i> com a Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 8 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Autorregulação Emocional

“Educa Mente”	
Tema:	Psicoeducação sobre Autorregulação Emocional
Duração:	120 Minutos
Recursos:	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conhecer o conceito de emoção - Promover a oportunidade da pessoa se exprimir acerca das emoções vivenciadas nas situações do quotidiano - Capacitar a pessoa com estratégias para a autorregulação emocional
Plano:	1º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Recapitular aspetos da sessão anterior - Identificar o tema da sessão - Apresentar os objetivos da sessão
	2º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimentos, crenças e sentimentos prévios relativamente à temática, através de pergunta de avaliação diagnóstica
	3º Momento (90 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar conteúdos relativos à temática: <ul style="list-style-type: none"> • Emoções • O que é a autorregulação emocional • Estratégias para a autorregulação emocional
	4º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos - Avaliar a sessão através do questionário de satisfação do utente - Agendar próxima sessão - Realizar <i>debriefing</i> com Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 9 – Plano da Sessão Psicoeducativa – Adesão ao Regime Terapêutico

“Educa Mente”	
Tema:	Psicoeducação sobre Adesão ao Regime Terapêutico
Duração:	120 Minutos
Recursos:	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - Consciencializar a pessoa para a importância da adesão ao regime terapêutico - Promover oportunidade da pessoa se expressar acerca das suas crenças e da sua experiência com a medicação - Habilitar a pessoa com estratégias para o cumprimento do regime terapêutico
Plano:	1º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Recapitular aspetos da sessão anterior - Identificar o tema da sessão - Apresentar os objetivos da sessão
	2º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimentos, crenças e sentimentos prévios relativamente à temática, através de pergunta de avaliação diagnóstica
	3º Momento (90 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar conteúdos relativos à temática: <ul style="list-style-type: none"> • Regime terapêutico • Principais grupos de medicamentos • Benefícios da toma da medicação • Efeitos secundários • Consequências da má adesão ao regime terapêutico • Estratégias para adesão ao regime terapêutico
	4º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos - Avaliar a sessão através do questionário de satisfação do utente - Agendar próxima sessão - Realizar <i>debriefing</i> com Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 10 – Plano da Sessão Psicoeducativa – Prevenção de Recaídas

“Educa Mente”	
Tema:	Psicoeducação sobre Prevenção de Recaídas
Duração:	120 Minutos
Recursos:	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point, material educativo de suporte
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - Transmitir a convicção de que a pessoa pode reduzir as possibilidades de ter recaídas no futuro - Auxiliar a pessoa a identificar sinais precoces de uma crise iminente - Ajudar a pessoa a desenvolver o seu próprio plano de prevenção da crise - Incentivar a pessoa a incluir membros da família e outras pessoas de suporte no desenvolvimento do plano individual para prevenção de recaídas
Plano:	1º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Recapitular aspetos da sessão anterior - Identificar o tema da sessão - Apresentar os objetivos da sessão - Distribuir material educativo de suporte
	2º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar conhecimentos, crenças e sentimentos prévios relativamente à temática, através de pergunta de avaliação diagnóstica
	3º Momento (90 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Apresentar conteúdos relativos à temática: <ul style="list-style-type: none"> • Fatores desencadeantes de uma recaída • Estratégias para impedir e reduzir as recaídas • Sinais precoces de alerta • Aprender a fazer um plano de prevenção de recaídas
	4º Momento (10 Minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos - Avaliar a sessão através do questionário de satisfação do utente - Agendar próxima sessão - Realizar <i>debriefing</i> com Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 11 – Plano da Sessão Psicoeducativa: Estigma na Doença Mental

“Educa Mente”		
Tema:	Psicoeducação sobre o Estigma na Doença Mental	
Duração:	120 Minutos	
Recursos:	Sala, cadeiras, computador, vídeo-projetor, diapositivos em formato Power Point	
Objetivos:	- Transmitir uma mensagem de otimismo relativamente ao futuro - Desconstruir que ter uma doença mental não é culpa de ninguém	
Plano:	1º Momento (10 Minutos)	- Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Recapitular aspetos da sessão anterior - Identificar o tema da sessão - Apresentar os objetivos da sessão - Dinamizar “quebra-gelo”
	2º Momento (10 Minutos)	- Avaliar conhecimentos, crenças e sentimentos prévios relativamente à temática, através de pergunta de avaliação diagnóstica
	3º Momento (90 Minutos)	- Apresentar conteúdos relativos à temática: <ul style="list-style-type: none"> • O que é o estigma associado à doença mental • Quais as consequências do estigma • Estratégias de combate ao estigma
	4º Momento (10 Minutos)	- Distribuir material educativo de suporte - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos - Avaliar a sessão através do questionário de satisfação do utente - Agendar próxima sessão - Realizar <i>debriefing</i> com Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 12 – Plano da Sessão de Relaxamento: Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo

“Tranquila Mente”	
Temática:	Sessão de Relaxamento Muscular Progressivo
Descrição da Atividade:	<p>Realização de uma intervenção psicoterapêutica de grupo, utilizando a técnica de relaxamento muscular progressivo (adaptado de Jacobson).</p> <p>O relaxamento muscular progressivo equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a contrastar as sensações associadas a estes dois estados.</p> <p>Para realização desta atividade é pretendido que a pessoa se coloque na posição que considerar mais confortável (deitada no colchão ou sentada na cadeira).</p> <p>De forma a tornar esta prática mais agradável a pessoa é convidada a ficar mais à vontade podendo descalçar os sapatos, retirar os casacos, aliviar o cinto etc.</p> <p>Será colocada uma música de fundo calma, convidativa e este processo de relaxamento. Também será reduzida a luminosidade da sala (desligar as luzes) e limitado o ruído (portas fechadas, telemóveis no silêncio).</p>
Duração:	120 Minutos
Recursos:	Colchões, cadeiras, televisão para reprodução de faixa áudio, oxímetro, esfigmomanómetro
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none">- Reduzir a ansiedade- Promover o relaxamento- Facilitar a interação grupal- Promover a expressão de sentimentos e emoções- Incrementar o autoconhecimento- Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade
Avaliação:	<ul style="list-style-type: none">- Feedback através da expressão oral das vivências ocorridas durante a sessão- Observação direta do comportamento dos participantes ao longo da sessão- Através do questionário de avaliação da sessão de relaxamento

Etapas:	Introdução (30 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com a Enfermeira Orientadora - Cumprimentos iniciais - Apresentar intervenção a desenvolver - Clarificar objetivos da sessão - Despertar interesse e motivação - Avaliar valor de frequência cardíaca aos participantes no início da sessão
	Desenvolvimento (30 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de relaxamento muscular progressivo – leitura do guião
	Conclusão (60 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a partilha de emoções e sentimentos vivenciados durante o relaxamento - Avaliar e analisar o valor de frequência cardíaca aos participantes no final da sessão - Entregar questionário de avaliação da sessão de relaxamento - Agendar próxima sessão - Cumprimentos finais - Realizar <i>debriefing</i> com a Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 13 – Plano da Sessão de Relaxamento: Técnica de Treino Autogénico

“Tranquila Mente”			
Temática:	Sessão de Relaxamento de Treino Autogénico		
Descrição da Atividade:	<p>Realização de uma intervenção psicoterapêutica de grupo, utilizando a técnica de relaxamento autogénico (adaptado de Shultz).</p> <p>Pretende-se com esta técnica que a pessoa relaxe progressivamente vários grupos musculares, levando-o a experimentar um conjunto de cinestésias (sensações de peso e calor), deitada no colchão ou sentada na cadeira, seguidas de sensações de conforto e bem-estar.</p> <p>Para realização desta atividade é pretendido que a pessoa se coloque na posição que considerar mais confortável.</p> <p>De forma a tornar esta prática mais agradável a pessoa é convidada a ficar mais à vontade podendo descalçar os sapatos, retirar os casacos, aliviar o cinto etc.</p> <p>Será colocada uma música de fundo calma, convidativa e este processo de relaxamento. Também será reduzida a luminosidade da sala (desligar as luzes) e limitado o ruído (portas fechadas, telemóveis no silêncio).</p>		
Duração:	120 Minutos		
Recursos:	Colchões, cadeiras, televisão para reprodução de faixa áudio, oxímetro		
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o relaxamento - Reduzir a ansiedade - Facilitar a interação grupal - Promover a expressão de sentimentos e emoções - Incrementar o autoconhecimento - Promover a aquisição de estratégias de autocontrolo da ansiedade 		
Etapas:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> Introdução (30 Minutos) </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com a Enfermeira Orientadora - Cumprimentos iniciais - Apresentar intervenção a desenvolver - Clarificar objetivos da sessão - Despertar interesse e motivação - Avaliar valor de frequência cardíaca aos participantes no início da sessão </td> </tr> </table>	Introdução (30 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com a Enfermeira Orientadora - Cumprimentos iniciais - Apresentar intervenção a desenvolver - Clarificar objetivos da sessão - Despertar interesse e motivação - Avaliar valor de frequência cardíaca aos participantes no início da sessão
Introdução (30 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com a Enfermeira Orientadora - Cumprimentos iniciais - Apresentar intervenção a desenvolver - Clarificar objetivos da sessão - Despertar interesse e motivação - Avaliar valor de frequência cardíaca aos participantes no início da sessão 		

	Desenvolvimento (30 Minutos)	- Executar técnica de relaxamento autogénico – leitura do guião
	Conclusão (60 Minutos)	- Promover a partilha de emoções e sentimentos vivenciados durante o relaxamento - Avaliar e analisar o valor de frequência cardíaca aos participantes no final da sessão - Entregar questionário de avaliação da sessão de relaxamento - Agendar próxima sessão - Cumprimentos finais - Realizar <i>debriefing</i> com a Enfermeira Orientadora

Quadro n.º 14 - Planeamento da Sessão Artístico-Expressiva I

“Artística Mente”		
Temática:	Técnica de Mediação Artístico-Expressiva utilizando o desenho como mediador expressivo	
Descrição da Atividade:	<p>É solicitado aos participantes que façam três desenhos que representem respetivamente, uma situação do quotidiano em que sentiram: felicidade, tristeza e ansiedade.</p> <p>Posteriormente cada elemento é convidado a mostrar os seus desenhos aos restantes elementos do grupo.</p> <p>Num primeiro momento, os participantes deverão tentar descobrir qual o sentimento expresso no desenho.</p> <p>Posteriormente o autor do desenho irá identificar o sentimento representado em cada desenho, explicar o que desenhou e o motivo desse sentimento associado a essa situação que representou.</p>	
Duração:	120 Minutos	
Recursos:	Folhas, lápis, lápis de cor, canetas, borracha	
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a ansiedade - Incrementar o autoconhecimento - Promover a expressão de sentimentos, emoções e memórias - Ajudar na identificação de fatores protetores e de fatores geradores de <i>stress</i>, em situações do quotidiano - Estimular a criatividade - Facilitar a interação grupal 	
Etapas:	Introdução (10 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Apresentar intervenção a desenvolver - Clarificar objetivos da sessão - Despertar interesse e motivação - Centrar no aqui e agora
	Desenvolvimento (90 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de mediação artístico-expressiva com recurso ao mediador escolhido - Facilitar reflexão do processo criativo através da escrita e expressão verbal

	Conclusão (20 Minutos)	<ul style="list-style-type: none">- Promover a partilha de emoções, sentimentos e memórias vivenciados durante a sessão- Avaliar a sessão através do questionário de satisfação do utente- Agendar próxima sessão- Realizar <i>debriefing</i> com Enfermeira Orientadora
--	---------------------------	---

Quadro n.º 15 - Planeamento da Sessão Artístico-Expressiva II

“Artística Mente”		
Temática:	Técnica de Mediação Artístico-Expressiva utilizando o desenho e a escrita como mediador expressivo	
Descrição da Atividade:	<p>É solicitado aos participantes que numa folha de papel branca, desenhem um caminho representativo do percurso da sua vida.</p> <p>É sugerido que nesse percurso, desenhem também pedras (de diferentes tamanhos) representativas de obstáculos/acontecimentos negativos da sua vida, e flores (de diferentes tamanhos) representativas de acontecimentos positivos. Quanto maior for a dimensão dessas representações (pedras e flores), maior será o significado atribuído (positivo ou negativo).</p> <p>Seguidamente é incentivada a escrita de uma breve história que relata todo esse percurso.</p> <p>Posteriormente cada elemento é convidado a mostrar o seu desenho aos restantes elementos do grupo e a lerem a história criada, acerca da sua vida.</p>	
Duração:	120 Minutos	
Recursos:	Folhas, lápis, lápis de cor, canetas, borracha	
Objetivos:	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a ansiedade - Incrementar o autoconhecimento - Promover a expressão de sentimentos, emoções e memórias - Estimular a criatividade - Facilitar a interação grupal 	
Etapas:	Introdução (10 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com Enfermeira Orientadora - Apresentar intervenção a desenvolver - Clarificar objetivos da sessão - Despertar interesse e motivação - Centrar no aqui e agora
	Desenvolvimento (90 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Executar técnica de mediação artístico-expressiva com recurso ao mediador escolhido - Facilitar reflexão do processo criativo através da escrita e expressão verbal

	Conclusão (20 Minutos)	<ul style="list-style-type: none">- Promover a partilha de emoções, sentimentos e memórias vivenciados durante a sessão- Avaliar a sessão através do questionário de satisfação do utente- Agendar próxima sessão- Realizar <i>debriefing</i> com Enfermeira Orientadora
--	---------------------------	---

Quadro n.º 16 – Plano da Sessão Final

Tema:	Sessão Final	
Duração:	60 Minutos	
Recursos:	Sala, cadeiras, material de suporte em papel	
Objetivos:	Avaliar globalmente o programa	
Plano:	1º Momento (10 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar <i>briefing</i> com a Enfermeira Orientadora - Identificar o tema da sessão - Apresentar os objetivos da sessão
	2º Momento (30 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar conteúdos relativos à temática: <ul style="list-style-type: none"> • Breve recapitulação das temáticas das sessões anteriores • Dar a conhecer as redes de apoio da comunidade existentes • Fornecer contato de referência em caso de necessidade • Feedback dos participantes em relação ao programa • Feedback do dinamizador em relação aos participantes
	3º Momento (20 Minutos)	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressão de dúvidas e a partilha de sentimentos - Aplicação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) no final do programa - Avaliar a sessão através do questionário de avaliação final do programa - Realizar um lanche partilhado - Realizar <i>debriefing</i> com a Enfermeira Orientadora

4.4. Execução

A etapa da execução da Metodologia de Projeto materializa a sua concretização, aplicando na prática tudo o que foi anteriormente planeado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Assim, o que primeiro era apenas uma construção teórica mental começa agora transformar-se numa situação real construída (Carvalho et al., 2001; Nogueira, 2005 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para o participante do projeto, esta fase reveste-se de grande significado uma vez que permite a realização das suas vontades através das intervenções planeadas (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

É durante a execução que podem ocorrer contratempos relativamente às ações previamente planeadas. Caso surjam, o projeto poderá necessitar de reformulação, sendo necessário colocar em prática medidas de recuperação de modo a não comprometer os objetivos previamente delineados (Ramos, 2008 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Caraterizando-se por ser sem dúvida a etapa mais trabalhosa é também a mais profícua. É durante a mesma, que o profissional necessita prestar atenção à motivação dos participantes, procurando envolvê-los, de forma a promover o seu papel ativo no processo (Nogueira, 2005 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Na fase da execução, são igualmente recolhidos os dados nos diversos contextos, quer através de contactos reais, como a nível teórico (Leite et al., 1989 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). As técnicas que tornam esta colheita exequível incluem “a observação direta, entrevistas, questionários, recolha e consulta de documentos, registos escritos, fotografias e diapositivos, gravações áudio ou vídeo e recolha de objetos ou amostras” (Castro et al., 1993 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.23).

Desta forma, é previsível a obtenção de bastantes resultados durante esta fase, particularmente a nível de aprendizagens, resolução de problemas e desenvolvimento de competências (Nogueira, 2005 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Seguidamente será realizada uma breve descrição acerca das principais atividades realizadas ao longo das sessões do Programa.

No total foram realizadas treze sessões, sendo uma sessão preliminar do programa, seis sessões de carácter psicoeducativo, uma sessão de relaxamento segundo técnica de relaxamento muscular progressivo, duas sessões de relaxamento pelo treino autogénico, duas sessões

artístico-expressivas utilizando diferentes mediadores expressivos e uma sessão final do programa.

A **Sessão Preliminar** foi realizada juntamente com a sessão psicoeducativa Comunicação Assertiva, pelo motivo de nos encontrarmos limitados a nível de disponibilidade temporal, de forma a dar cumprimento a todas as sessões do Programa a que nos propusemos.

Desta forma, essa sessão sofreu algumas ligeiras alterações, comparativamente ao plano de sessão previamente traçado (quadro n.º 5).

A primeira sessão psicoeducativa realizada, denominada de **Comunicação Assertiva**, teve lugar no dia 2/11/23 às 10:00 horas, tendo contado com a participação de oito pessoas.

Para todas as sessões psicoeducativas, foram elaboradas apresentações em formato Power Point, com a finalidade de serem projetadas na sala polivalente de Hospital de Dia, para que os participantes pudessem acompanhar visualmente a informação transmitida.

Esta temática foi selecionada após troca de impressões com a EEESMP orientadora, e também através da auscultação do grupo acerca das suas necessidades.

Sendo a comunicação essencial no relacionamento interpessoal, muitos dos utentes identificaram comunicação ineficaz nos diversos contextos (familiar, conjugal, profissional), o que conseqüentemente poderá ser uma situação geradora de conflitos. Alguns referiram também dificuldade em adotar comportamentos assertivos no quotidiano.

Previamente ao início da sessão propriamente dita, são apresentados os novos elementos que integram o grupo, assim como os restantes se apresentam aos elementos recém-chegados. É igualmente proporcionado um clima de abertura, incentivando à expressão verbal e interação grupal, acerca de como decorreu a semana. Este momento não é delimitado, mas termina após todos os elementos do grupo se terem expressado.

A sessão psicoeducativa teve início com a dinâmica de quebra-gelo “O Telefone Avariado”, para que os utentes compreendessem a importância de uma comunicação eficaz e as conseqüências que esta acarreta, quando se mostra ineficaz. Nesta dinâmica os participantes da sessão encontravam-se sentados lado a lado, em círculo. A um dos participantes foi entregue o guião do texto que leu apenas para si próprio. Posteriormente, e sem terá acesso ao guião de texto, teve que contar o que leu (do que se recordava), em tom de voz baixo, ao participante do lado. Por sua vez, este contou ao participante do lado (ao ouvido), o que lhe contaram e por aí

sucessivamente. Quando chegou ao último participante, este contou ao grupo, a versão da história que lhe chegou que foi notoriamente diferente da versão inicial.

Esta sessão desenrolou-se de acordo com o plano de sessão delineado (quadro n.º 6).

Recorreu-se à técnica de *role-playing* para o treino da assertividade, envolvendo os utentes de modo a despertar interesse pelos conteúdos abordados, motivando a sua participação.

Através da observação, foi possível avaliar o grau de interesse dos intervenientes ao longo da sessão, pelos comportamentos apresentados, tais como, atenção, participação, colocação de questões e postura corporal.

Como trabalho de casa, foi entregue ficha com Grelha de Observação de Comportamentos, para que ao longo da semana as pessoas identificassem e anotassem, os comportamentos apresentados nas diversas situações do dia-a-dia, que seria analisada detalhadamente na sessão seguinte.

No final da sessão foi incentivada a colocação de dúvidas/questões/sugestões e fornecido um folheto informativo acerca da Comunicação Assertiva. Foi distribuído o Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa, para preenchimento.

Em seguida procedeu-se ao agendamento da próxima sessão psicoeducativa.

No final de todas as sessões, o *debriefing* realizado com a EEESMP orientadora foi uma constante, de forma a fazer a análise retrospectiva da sessão, discutindo os principais pontos abordados e identificando as áreas que necessitam de melhoria. A EEESMP orientadora demonstrou-se sempre disponível para fornecer *feedback* detalhado sobre o progresso da estudante, destacando os aspetos positivos e negativos do seu desempenho e sugerindo estratégias para superar os desafios encontrados.

A segunda sessão psicoeducativa, com a temática **Ansiedade**, decorreu no dia 16/11/23 pelas 10:00 horas e contou com a presença de apenas cinco participantes.

Salienta-se que no período da manhã as pessoas apresentavam maior propensão em faltar às sessões comparativamente ao período da tarde, fato que se comprovou pela disparidade de participantes nas sessões da manhã, comparativamente às sessões da tarde. Quando questionados acerca deste motivo, maioritariamente refere dificuldade em despertar associado à toma de medicação, assim como sonolência diurna relacionado com a insónia ou sono não reparador.

Como habitualmente, a sessão de grupo inicia-se com um espaço convidativo ao diálogo e à partilha de sentimentos.

Posteriormente foram recapitulados os assuntos da sessão anterior (Comunicação Assertiva) e para os elementos que não tenham estado presentes na sessão anterior, foi realizada uma breve síntese dos conteúdos. Foi analisado o trabalho de casa relativo à sessão anterior e maioritariamente, os utentes conseguiram identificar o tipo de comportamentos apresentados.

A sessão psicoeducativa acerca da ansiedade decorreu de encontro ao estabelecido no plano de sessão (quadro n.º 7).

Durante a sessão e de forma a captar a atenção dos intervenientes, foram projetados dois pequenos vídeos alusivos à temática.

No primeiro vídeo, foi realizado treino de técnica respiratória, coadjuvada com a imagem de uma flor, sendo os tempos da abertura da flor os momentos correspondentes à inspiração e os do fecho da flor, os correspondentes à expiração, tendo sido realizada uma série de dez repetições.

No segundo vídeo, através de uma animação foi ilustrada a situação de uma pessoa com episódio de ansiedade e toda a sintomatologia associada, bem como as estratégias utilizadas para o seu alívio.

Foi distribuído um folheto educativo acerca da Respiração Diafragmática e treinada esta técnica no final da sessão, de forma a capacitar os utentes como uma ferramenta prática para o autocontrolo da ansiedade.

Como trabalho de casa, foi entregue ficha de automonitorização da ansiedade, com exercício de base cognitivo-comportamental, para que ao longo da semana os utentes fossem anotando os episódios de ansiedade e as estratégias de autocontrolo utilizadas, sendo esta ficha analisada detalhadamente na próxima sessão.

No final foi dado espaço para a colocação de dúvidas/questões/sugestões.

Foi entregue o Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa para preenchimento e fez-se o agendamento da próxima sessão psicoeducativa.

A terceira sessão psicoeducativa, com a temática **Autorregulação Emocional**, decorreu no dia 7/12/23 pelas 10:00 horas e contou com a presença de oito participantes.

Como usualmente, a sessão de grupo iniciou-se com um espaço convidativo ao diálogo e à partilha de sentimentos. As pessoas são incentivadas a partilhar com o grupo aspetos relevantes ocorridos durante a semana.

Seguidamente, de forma a serem recapitulados os assuntos da sessão anterior (Ansiedade) e para os elementos que não estiveram presentes na sessão anterior, é realizada um breve resumo dos principais conteúdos.

Foi analisado o trabalho de casa relativo à sessão precedente, e na sua grande maioria as pessoas conseguiram identificar fatores desencadeantes de ansiedade e as estratégias de autocontrolo empregadas.

A sessão psicoeducativa teve início com a dinâmica de quebra-gelo “A Caixa do Desafio”.

É apresentado ao grupo uma caixa de cartão fechada.

Os participantes são informados que dentro dessa caixa, se encontra um desafio, que um deles terá que cumprir. Desafio esse, de elevada complexidade e dificuldade. De modo a tornar ainda mais desafiante esta dinâmica, é comunicado aos participantes que possivelmente não irão conseguir resolver o desafio e que se quiserem desistir antes do começo da atividade poderão fazê-lo. É dada a caixa de cartão a rodar por todos os elementos do grupo, de mão em mão. Quando o dinamizador disser “*stop*”, a pessoa que tem a caixa na mão terá que cumprir esse desafio. O dinamizador encontra-se fora do círculo, de costas, de modo a não ver quem possui a caixa de cartão.

Cabe à pessoa que ficou com a caixa na mão, abri-la e ler ao grupo as instruções que se encontram dentro de um envelope selado. Dentro do mesmo envelope é possível ler “abra a pequena caixa que aqui se encontra e coma o chocolate que lá está dentro”.

A moral pretendida com esta dinâmica, prende-se com o fato de nem sempre os desafios com que nos deparamos no quotidiano, são tão complexos quanto imaginamos, ou como nos dizem ser. O fato de se sofrer por antecipação, apenas contribui para o desgaste emocional e daí a importância de sabermos gerir as nossas emoções.

Posteriormente é dado o seguimento para a psicoeducação Autorregulação Emocional.

A sessão psicoeducativa acerca da Autorregulação Emocional decorreu em concordância com o plano de sessão (quadro n.º 8).

De forma a motivar os participantes e captar a sua atenção, foi projetado um vídeo acerca de estratégias de autorregulação emocional.

No final foi dado espaço para a colocação de dúvidas/questões/sugestões.

Foi entregue o Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa para preenchimento e procedeu-se ao agendamento da próxima sessão psicoeducativa.

A quarta sessão psicoeducativa, com a temática **Adesão ao Regime Terapêutico**, decorreu no dia 14/12/23 pelas 10:00 horas e contou com a presença de quatro participantes.

Como habitualmente, a sessão de grupo iniciou-se com o incentivo à partilha de sentimentos, emoções e aspetos relevantes de como decorreu a semana.

Foram recapitulados os principais conteúdos apresentado na sessão anterior acerca da Autorregulação Emocional.

Como a época natalícia se aproximava, foi também promovido o diálogo em grupo acerca desta temática: o significado que cada utente atribuiu a esta celebração, tradições familiares, preparação para a época festiva e estratégias para a autorregulação emocional. Relacionado com a heterogeneidade dos vários elementos do grupo (faixa etária, crença espiritual, aspetos culturais), foi interessante ouvir como cada elemento do grupo celebrava esta época festiva, o significado que lhe atribuía e os sentimentos “difíceis” que se manifestavam de forma mais intensa nesta época, relacionados com aspetos como o luto, divórcio, conflitos familiares, solidão, dificuldades económicas, distância geográfica de familiares próximos, entre outras.

De forma a promover a participação ativa das pessoas e a estimular a voz própria, foi proposto um debate acerca dos prós e contras da toma do regime medicamentoso.

Este exercício permitiu que cada elemento do grupo defendesse o seu ponto de vista, fomentando a sua capacidade de análise crítica, tendo em conta as suas experiências anteriores com a medicação. Com a nossa moderação, foram desmistificadas falsas crenças acerca desta temática e realçada a importância do regime medicamentoso como importante estratégia na prevenção de recaídas.

A sessão psicoeducativa acerca da Adesão ao Regime Terapêutico decorreu de encontro ao definido no plano de sessão (quadro n.º 9).

No final desta, foi disponibilizado tempo para a colocação de dúvidas/questões/sugestões.

Foi entregue o Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa e agendou-se a próxima sessão psicoeducativa.

A quinta sessão psicoeducativa, com a temática **Prevenção de Recaídas**, decorreu no dia 11/1/24 pelas 10:00 horas e contou com a presença de treze participantes.

Como habitualmente, a sessão de grupo iniciou-se com o incentivo à partilha de sentimentos, emoções e aspetos relevantes de como decorreu a semana, assim como com a apresentação de novos elementos no grupo.

Como nos encontrávamos no início do mês de janeiro, foi incentivada a partilha das expectativas e resoluções para o novo ano.

Foram recapitulados os principais conteúdos apresentados na sessão anterior, acerca da temática Adesão ao Regime Terapêutico.

De forma a promover a participação ativa por parte dos utentes, durante esta sessão foram realizados exercícios com recurso ao *brainstorming*. O recurso a esta técnica permitiu incrementar o *insight*, capacitando o utente para uma escolha informada e refletida, acerca do seu processo de procura de saúde.

Foi também realizado um exercício prático, em que cada pessoa elaborou o seu Plano Individual de Prevenção de Recaída com a nossa ajuda, ficando um exemplar no serviço e uma cópia em posse do utente, ou para entregar à pessoa de referência, de forma a ser auxiliado em situação de crise.

A sessão psicoeducativa acerca da Adesão ao Regime Terapêutico decorreu conforme o respetivo plano de sessão (quadro n.º 10).

Foi disponibilizado tempo para a colocação de dúvidas/questões/sugestões, no final da sessão e entregue o Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa. Agendou-se a próxima sessão psicoeducativa.

A sexta e última sessão psicoeducativa deste programa, intitulada **Estigma Associado à Doença Mental**, decorreu no dia 18/1/24 pelas 10:00 horas e contou com a presença de treze participantes.

Como habitualmente, a sessão de grupo teve início com a partilha de sentimentos, emoções e aspetos relevantes de como decorreu a semana, assim como, com a apresentação de novos elementos no grupo.

Foram recapitulados os principais conteúdos apresentado na sessão precedente, designada Adesão ao Regime Terapêutico.

Deu-se início à dinâmica quebra-gelo “Se eu fosse um animal qual seria e porquê?”.

Solicitou-se a cada participante que respondesse à pergunta anterior. Através desta questão foi esperado que cada elemento referisse o nome do animal com o qual se identificasse e o motivo, descrevendo as características desse animal.

Com esta dinâmica pretendeu-se que a pessoa conseguisse identificar em si própria as características que melhor a definem, promovendo o seu autoconhecimento, tomando consciência das diferenças existentes entre os vários elementos do grupo. Ressalvou-se a

importância do respeito pelo próximo, independentemente da sua individualidade e abriu-se o caminho para iniciar a temática do estigma associado à doença mental.

Foram lançadas questões abertas, relacionadas com a temática ao longo da sessão, de modo a promover a liberdade de opinião, a manifestação individual e a reflexão em grupo.

Tendo em vista a capacitação da pessoa, igualmente foram abordadas estratégias de combate ao estigma e autoestigma.

Foi disponibilizado ao grupo, um folheto informativo de uma associação local sem fins lucrativos, que apoia esta causa. Esta associação, constituída por profissionais de saúde, promove atividades de educação para a saúde e recreativas, de forma a incrementar a literacia em saúde mental e a inclusão da pessoa com doença mental e seus familiares/cuidadores. Promove ainda a formação e investigação na área da saúde mental.

A sessão psicoeducativa acerca do Estigma Associado à Doença Mental decorreu de acordo com o respetivo plano de sessão (quadro n.º 11).

No final desta, foi disponibilizado tempo para a colocação de dúvidas/questões/sugestões.

Foi entregue o Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa e agendou-se a sessão de Final do Programa.

A sessão de relaxamento segundo a técnica de **Relaxamento Muscular Progressivo** (adaptado de Jacobson) foi realizada no dia 30/11/23, no horário compreendido entre as 14:00 -16:00 horas na sala polivalente do Serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria, tendo contado com a participação de dez participantes.

A escolha da utilização desta técnica prende-se com a existência de evidência científica que demonstre a sua eficácia no alívio da ansiedade e da tensão muscular, assim como associada a uma sensação de bem-estar. Outro dos motivos que levou à escolha desta técnica foi o fato de nenhum dos elementos do grupo ter experienciado o relaxamento por meio desta técnica.

De modo a averiguar os benefícios associados à execução desta técnica de relaxamento, procedeu-se à avaliação dos valores da frequência cardíaca no início e no final desta prática.

Para garantir um ambiente apropriado à realização da sessão, a sala foi preparada previamente:

- Foi colocada música suave com sons da natureza (água a correr e cantos de pássaros) para criar um clima sereno;

- A luminosidade da sala foi diminuída com o encerrar parcial das persianas, para promover um ambiente acolhedor e calmo;

- A temperatura da sala foi mantida agradável, por meio do ar condicionado, para garantir o conforto dos participantes;

- Para controlar o ruído e o risco da sessão ser interrompida por fatores externos, a porta da sala foi fechada e colocado um aviso na mesma “não perturbar, sessão de relaxamento em curso” e solicitado aos intervenientes que mantivessem os telemóveis no silêncio;

- De forma a promover o conforto durante a sessão, os utentes foram incentivados a retirar os sapatos, despir os casacos, aliviar o cinto, assim como foram disponibilizados colchões e almofadas para que se pudessem deitar de forma confortável, ou caso preferissem permanecer na posição sentado, foram disponibilizados cadeirões para o efeito.

A sessão de relaxamento foi iniciada com uma breve introdução sobre os benefícios do relaxamento muscular progressivo e as expectativas para a sessão.

Foi realizada uma explicação acerca da técnica que iria ser executada, de modo a garantir que todos os participantes tivessem conhecimento.

Solicitou-se aos participantes que se posicionassem confortavelmente, na posição que preferissem, deitados ou sentados.

Foram dadas indicações para iniciar o processo de relaxamento, como fechar os olhos, concentração na respiração e respirações lentas e profundas.

- Foi conduzida a sessão segundo a técnica do Relaxamento Muscular Progressivo conforme o guião, com instruções verbais, começando pelos pés e subindo gradualmente até a cabeça.

Cada grupo muscular foi contraído por aproximadamente 10 segundos e, em seguida, relaxado por cerca de 20 segundos.

Durante a sessão os participantes foram incentivados a focalizarem-se na sensação de relaxamento após cada tensão muscular.

Após terminar a sequência de relaxamento, foi solicitado aos participantes permanecessem de olhos fechados, respirando profundamente e apreciando a sensação de relaxamento total por alguns minutos.

Gradualmente, os participantes foram guiados de volta à consciência plena, sendo incentivados a mover lentamente os dedos das mãos e dos pés antes de abrir os olhos.

Ao longo da sessão foi observado o comportamento das pessoas, tendo a sua maioria demonstrado sinais visíveis de relaxamento, como respiração mais lenta e expressão facial serena, chegando alguns a dormir por breves instantes.

Após a sessão, foi proporcionado um momento para que os participantes descrevessem as vivências associadas ao relaxamento, compartilhando-as com os pares. A maioria relatou uma sensação de bem-estar e de tranquilidade.

O ambiente cuidadosamente preparado contribuiu significativamente para o sucesso da sessão, permitindo que disfrutassem da experiência de relaxamento de maneira plena.

A sessão de relaxamento muscular progressivo decorreu de acordo com o respetivo plano de sessão (quadro n.º 12).

Foi entregue o Questionário de Avaliação da Sessão de Relaxamento e realizado o agendamento da próxima sessão de relaxamento.

A sessão de relaxamento pela técnica do **Treino Autogénico** (adaptado de Shultz) foi realizada no dia 2/11/23, no horário compreendido entre as 14:00-16:00 horas na sala polivalente do Serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria, tendo contado com a participação de catorze participantes.

Foi também repetida no dia 11/1/24, no mesmo horário e no mesmo local, tendo contado com a participação de dezasseis participantes.

Como objetivo principal era pretendido promover o relaxamento dos participantes, contribuindo para a redução do nível de ansiedade e promovendo a sensação de bem-estar.

Igualmente à técnica utilizada na sessão anterior, a escolha da utilização desta técnica prende-se com a existência de evidência científica que demonstre a sua eficácia no alívio da ansiedade, assim como associada a uma sensação de bem-estar. Também o fato de nenhum dos utentes do grupo ter experienciado o relaxamento por meio desta técnica, foi uma das razões que nos levou a implementar esta técnica no programa.

De modo a averiguar os benefícios associados à execução desta técnica de relaxamento, procedeu-se à avaliação dos valores da frequência cardíaca dos participantes, no início e após esta prática.

Para garantir um ambiente apropriado à realização da sessão, a sala foi preparada previamente:

- Foi colocada música suave com sons da natureza;
- A luminosidade da sala foi diminuída de forma a proporcionar um ambiente acolhedor e calmo;
- A temperatura da sala foi mantida agradável, para garantir o conforto e para que os utentes não fossem distraídos por sensações de frio ou calor;

- Para controlar o ruído e o risco da sessão ser interrompida por fatores externos, a porta da sala foi encerrada e colocado um aviso na mesma “não perturbar, sessão de relaxamento em curso” e solicitado aos intervenientes que mantivessem os telemóveis no silêncio;

- De forma a promover o conforto durante a sessão, os participantes foram incentivados a retirar os sapatos, despir os casacos, aliviar o cinto, assim como foram disponibilizados colchões e almofadas para que se pudessem deitar de forma confortável, ou caso preferissem permanecer na posição sentado, foram disponibilizados cadeirões para o efeito.

A sessão teve início com uma breve explicação acerca desta técnica, que se baseia na repetição de frases para induzir sensações de relaxamento no corpo, através da sensação de calor e peso.

Foram dadas orientações sobre a importância de manter uma respiração calma e regular durante a prática.

Solicitou-se às pessoas que se posicionassem confortavelmente, na posição que preferissem, deitados ou sentados e, se considerassem agradável, que fechassem os olhos.

Foram dadas indicações para que se mantivessem focados na respiração, inspirando profundamente pelo nariz e expirando lentamente pela boca, promovendo um estado inicial de relaxamento.

Foi conduzida a sessão segundo a técnica do Treino Autogénico conforme o guião com instruções verbais, pedindo que repetissem mentalmente um conjunto de frases, sugestivas de cinestésias, incentivando a sensação de peso, de calor e de tranquilidade.

Aos poucos, os participantes foram instruídos a retornar à consciência plena, fazendo movimentos suaves e abrindo os olhos gradualmente.

Ao longo da sessão foi observado o comportamento dos participantes, tendo a sua maioria demonstrado sinais visíveis de relaxamento, como respiração mais lenta e expressão facial serena.

Todos participaram ativamente da sessão e seguiram as instruções com facilidade. Grande maioria relatou sentir-se mais relaxado e com uma sensação de calma e bem-estar ao final da sessão.

Alguns sugeriram a inclusão de mais sessões de relaxamento no programa, manifestando interesse por esta prática.

A sessão de relaxamento pelo Treino Autogénico decorreu de acordo com o respetivo plano de sessão (quadro n.º 13).

Finalizámos a sessão, com uma breve conversa acerca das experiências e sensações percebidas durante a prática, incentivando os participantes a partilhar com o grupo, como se sentiram ao longo da sessão.

O ambiente previamente preparado contribuiu significativamente para o sucesso da sessão, permitindo que disfrutassem da experiência de relaxamento.

Foi entregue o Questionário de Avaliação da Sessão de Relaxamento e realizado o agendamento da próxima sessão de relaxamento.

A sessão de **Mediação Artístico-Expressiva I**, realizada no dia 7/12/2023, contou com a participação de sete pessoas. Esta sessão realizou-se na sala polivalente do Serviço de Hospital de dia, no horário compreendido entre as 14:00 e as 16:00 horas.

Nesta técnica de Mediação Artístico-Expressiva realizada, foi utilizado como mediador expressivo o desenho.

Iniciou-se com a expressão emocional acerca de aspetos relevantes ocorridos na última semana.

Seguidamente foi realizada uma breve apresentação sobre a finalidade da sessão e distribuído material para a realização da atividade, como lápis de cor/cera, canetas de feltro e papel.

Foi solicitado aos participantes que numa folha de papel branca, fizessem três desenhos representativos de uma situação do quotidiano em que sentiram: felicidade, tristeza e ansiedade.

Posteriormente cada elemento foi convidado a mostrar os seus desenhos aos restantes elementos do grupo. Num primeiro momento, os participantes deveriam tentar descobrir qual o sentimento expresso no desenho. Posteriormente o autor do desenho identificava o sentimento representado em cada desenho, explicando o que desenhou e o motivo do sentimento associado a essa situação.

A sessão atingiu os objetivos propostos, ao auxiliar na identificação de fatores protetores e de fatores geradores de *stress* em situações do quotidiano, promover a expressão emocional, facilitar a interação grupal, estimular a criatividade, melhorar o bem-estar dos utentes e contribuir para o autoconhecimento.

O mediador expressivo escolhido, revelou-se eficaz na facilitação da introspeção e comunicação entre os participantes.

Esta sessão de mediação artístico-expressiva decorreu conforme o previsto no plano de sessão (quadro n.º 14).

Foi entregue o Questionário de Satisfação da Sessão de Mediação Artístico-Expressiva para preenchimento e agendada data da realização da próxima sessão de mediação artístico-expressiva.

A sessão de **Mediação Artístico-Expressiva II** foi realizada no dia 4/1/2024 e contou com a participação de dez participantes. Esta sessão realizou-se na sala polivalente do Serviço de Hospital de dia, no horário compreendido entre as 14:00 e as 16:00 horas.

Nesta técnica de Mediação Artístico-Expressiva realizada, foram utilizados como mediadores expressivos o desenho e a escrita.

Iniciou-se com a expressão livre individual de aspetos relevantes ocorridos na última semana.

Seguidamente foi realizada uma breve apresentação sobre a finalidade da sessão e realizada uma dinâmica de acolhimento para criar um ambiente de confiança e desenvolver a coesão grupal, denominada “Juntos somos mais fortes”.

Nesta dinâmica era solicitado a cada interveniente que segurasse uma régua e que no extremo oposto desta, conseguisse equilibrar uma bola. Após realização do desafio proposto, chegou-se à conclusão que nenhum haveria conseguido individualmente. Posteriormente foi solicitado ao grupo, que segurando a régua com uma mão, as aproximassem das réguas dos outros elementos. No centro foi colocada a bola e neste momento foi verificado que, com o empenho de todos, conseguiu-se que a bola ficasse equilibrada.

Após isto, foi distribuído material para a realização da atividade, como lápis de cor, lápis de cera, canetas e papel.

Foi dada orientação aos participantes para que numa folha de papel branca, desenhassem um caminho representativo do percurso da sua vida. Foi sugerido que nesse percurso, desenhassem também pedras (de diferentes tamanhos) representativas de obstáculos/acontecimentos negativos da sua vida, e flores (de diferentes tamanhos) representativas de acontecimentos positivos. Quanto maior fosse a dimensão dessas representações (pedras e flores), maior seria o significado atribuído (positivo ou negativo). De seguida, foi incentivada a escrita criativa de uma breve história que relatasse esse percurso.

No final, cada elemento foi convidado a mostrar o seu desenho aos restantes e a lerem a história criada, acerca da sua vida, compartilhando as suas experiências no decurso da atividade. Foi facilitada a discussão em grupo sobre os sentimentos e pensamentos expressos nas flores e pedras desenhados.

A sessão atingiu os objetivos propostos ao promover a expressão emocional, facilitar a interação grupal, estimular a criatividade, melhorar o bem-estar e contribuir para o autoconhecimento. Os mediadores expressivos escolhidos, revelaram-se eficazes na facilitação da introspeção e comunicação entre os participantes.

Foi incentivada a prática de atividades artísticas fora das sessões, como forma de autoexpressão e autocuidado.

Esta sessão de mediação artístico-expressiva decorreu conforme o previsto no plano de sessão (quadro n.º 15).

Foi entregue o Questionário de Satisfação da Sessão de Mediação Artístico-Expressiva aos participantes.

A **Sessão Final** do programa teve lugar no dia 18/1/24, no local habitual, tendo o seu início às 14:00 horas e o término às 16:00 horas, contando com a participação de quinze participantes.

Em primeiro lugar importa referir, que todo o percurso desenrolado ao longo destas dezoito semanas de Estágio culminou neste momento.

Todos os laços estreitados com a equipa multidisciplinar, como as relações terapêuticas estabelecidas com os utentes, aliado ao vasto conjunto de vivências e conhecimentos adquiridos, contribuíram em larga escala para o desenvolvimento pessoal da estudante, como para a aquisição de competências na área da saúde mental.

Foi com um misto de alegria e emoção, que recebemos um elevado número de participantes para esta sessão final, representativo do seu esforço, por comparecerem nesta data simbólica do “adeus ao local de estágio”.

Este momento, dotado de grande significado foi distinguido com um lanche convívio entre profissionais e utentes.

Uma frase que nos marcou e que jamais esqueceremos, referido pelos utentes por diversas vezes ao longo do estágio “são as quintas-feiras da enfermeira” SIC, referindo-se ao fato de todas as sessões do programa terem sido realizadas às quintas-feiras.

A sessão final foi de encontro ao respetivo plano de sessão (quadro n.º 16).

Foi distribuído aos presentes, o Questionário de Satisfação do Final do Programa para preenchimento.

4.5. Avaliação

Entende-se por avaliação, o momento onde se questiona o trabalho desenvolvido. Sendo considerada como um processo dinâmico, subentende a comparação entre os objetivos estabelecidos inicialmente e os objetivos alcançados, ou seja, supõe a avaliação do produto final (Leite et al., 1989; Nogueira, 2010 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Para o processo de avaliação, é essencial o recurso a instrumentos de avaliação de forma a permitir que este seja realizado de forma rigorosa. Alguns dos métodos de concretizar a avaliação, incluem os questionários desenvolvidos, as escalas de avaliação, a observação, as entrevistas e as discussões em grupo (Carvalho et al., 1997; Leite et al., 1989 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A avaliação tem como finalidade, fornecer os elementos fundamentais para que aspetos como a eficiência, a eficácia e a coerência possam ser melhorados (Leite et al., 1989; Carvalho et al., 2001; citados por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A avaliação foi realizada após término do programa, com a aplicação da escala HADS a todos os participantes, assim como através da análise dos questionários de satisfação entregues no final de cada sessão, bem como através da análise do questionário de satisfação de final do programa.

Foram desenvolvidos questionários do tipo Likert, de modo a analisar o grau de satisfação dos participantes nas sessões.

A escala de verificação de Likert é uma técnica amplamente utilizada em diversas áreas, para mensurar atitudes, opiniões, satisfações e outros aspetos qualitativos, através de questionários (Júnior & Costa, 2014).

Foi desenvolvido por Rensis Likert em 1932 e consiste em desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição, para as quais os inquiridos indicam o seu grau de concordância ou discordância numa escala ordenada (Júnior & Costa, 2014).

Normalmente, o formato de resposta da escala de Likert tem um número ímpar de pontos, frequentemente cinco, o que permite uma resposta neutra no meio (Júnior & Costa, 2014). Da mesma forma, Carvalho et al., (1997) citado por Ruivo, Ferrito & Nunes (2010) considera que cinco posições são o ideal, pois à medida que aumenta o número de posicionamentos, aumenta igualmente o número de dados, dificultando a sua análise.

Os dados colhidos através deste método, podem ser analisados para obter uma compreensão geral das opiniões dos inquiridos (Júnior & Costa, 2014).

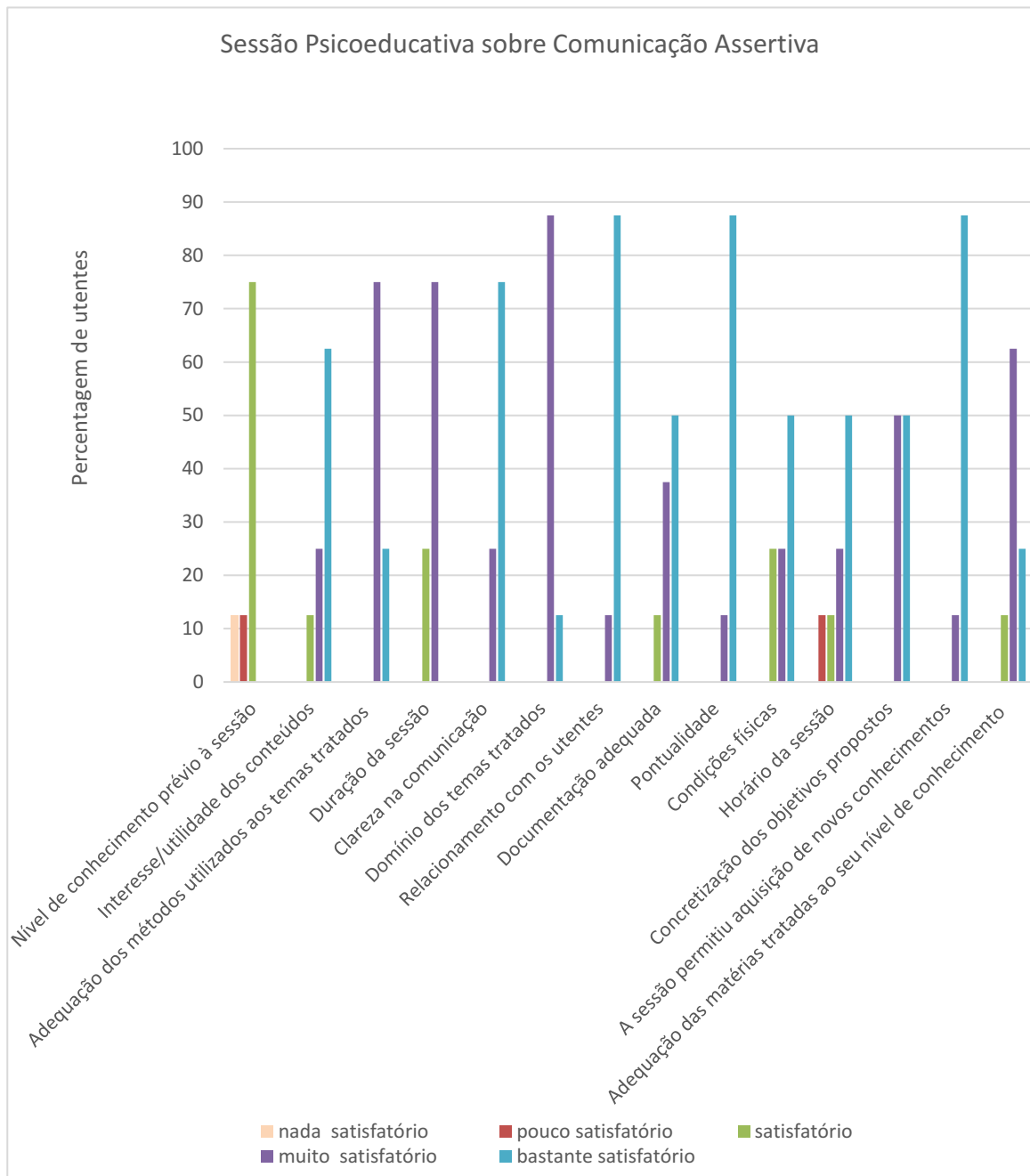
Desta forma foram desenvolvidos:

- Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa;
- Questionário de Avaliação da Sessão de Relaxamento;
- Questionário de Satisfação da Sessão de Mediação Artístico-Expressiva;
- Questionário de Satisfação do Final do Programa.

Seguidamente, será realizada uma análise quantitativa e qualitativa dos dados colhidos ao longo das sessões através dos questionários supracitados. Serão também apresentados os gráficos elucidativos correspondentes a cada sessão.

A sessão Psicoeducativa acerca da Comunicação Assertiva, realizada no dia 2/11/2023, contou com a participação de oito participantes. Através do preenchimento do Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa, foram analisados os dados recolhidos através do gráfico n.º 1:

Gráfico n.º 1 – Sessão Psicoeducativa: Comunicação Assertiva

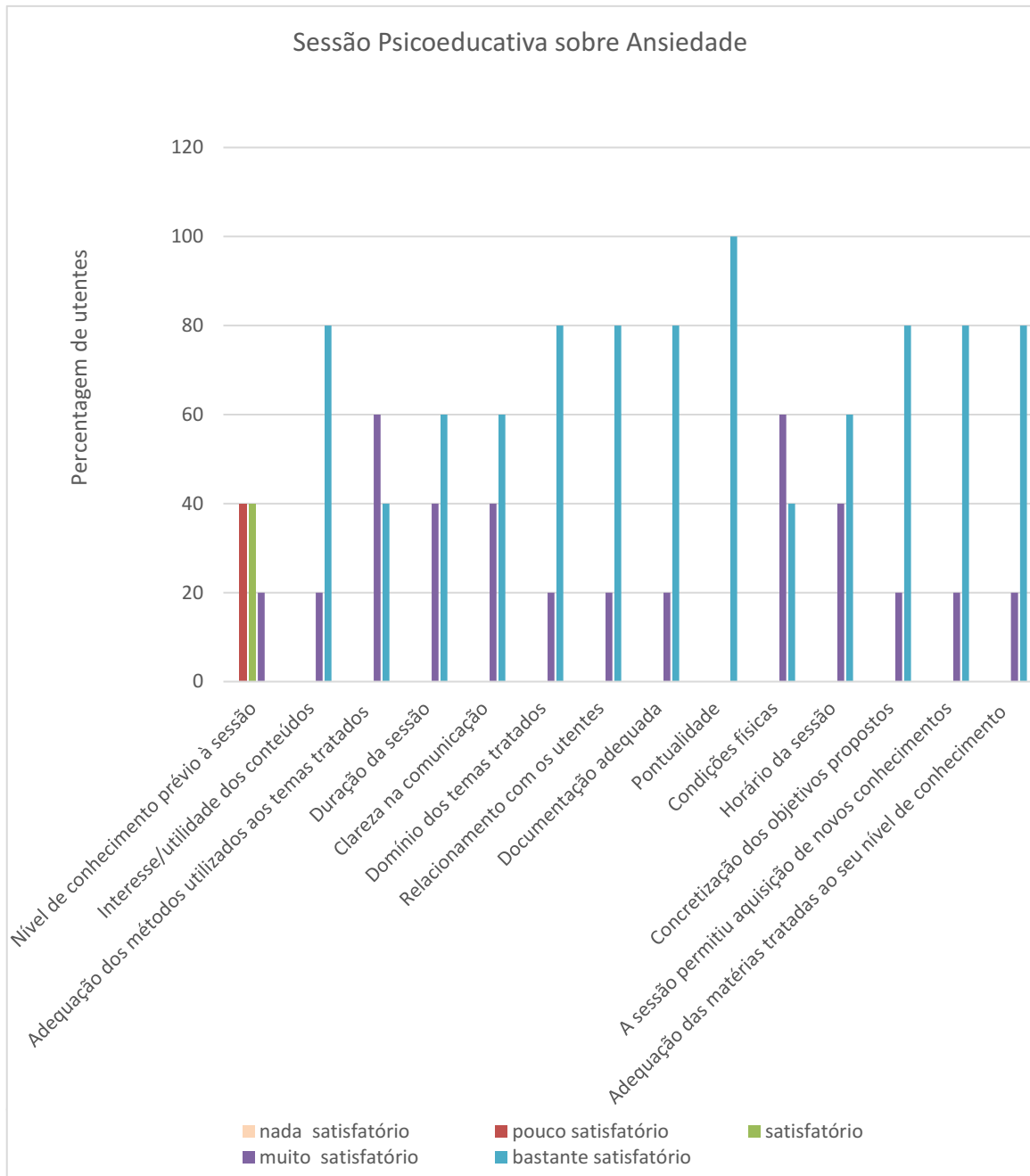


Numa breve análise ao gráfico supra, facilmente conseguimos perceber que as avaliações dos questionários nos diversos itens em apreço variam na sua grande maioria entre a avaliação de bastante satisfatório, muito satisfatório e satisfatório com percentagens quase sempre superiores aos 60%. Por outro lado, em apenas 1 item do questionário é que conseguimos ter avaliações que também contemplam o grau de avaliação pouco satisfatório.

A sessão Psicoeducativa acerca da Ansiedade decorreu no dia 16/11/2023 e contou com cinco participantes.

Através do preenchimento do Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa pelos participantes, foram obtidos os dados seguintes, como mostra o gráfico n.º 2, abaixo:

Gráfico n.º 2 – Sessão Psicoeducativa: Ansiedade



No gráfico supra, tal como é facilmente verificável, apenas com a exceção do primeiro item em apreço, todos os restantes itens sujeitos à avaliação dos participantes variam entre o grau de muito satisfatório e bastante satisfatório. Como já mencionado, a exceção foi verificada no item que diz respeito ao “Nível de conhecimentos prévio à sessão”, onde as percentagens obtidas foram divididas entre o grau de avaliação de pouco satisfatório (40%) e satisfatório (40%) e ainda muito satisfatório (20%).

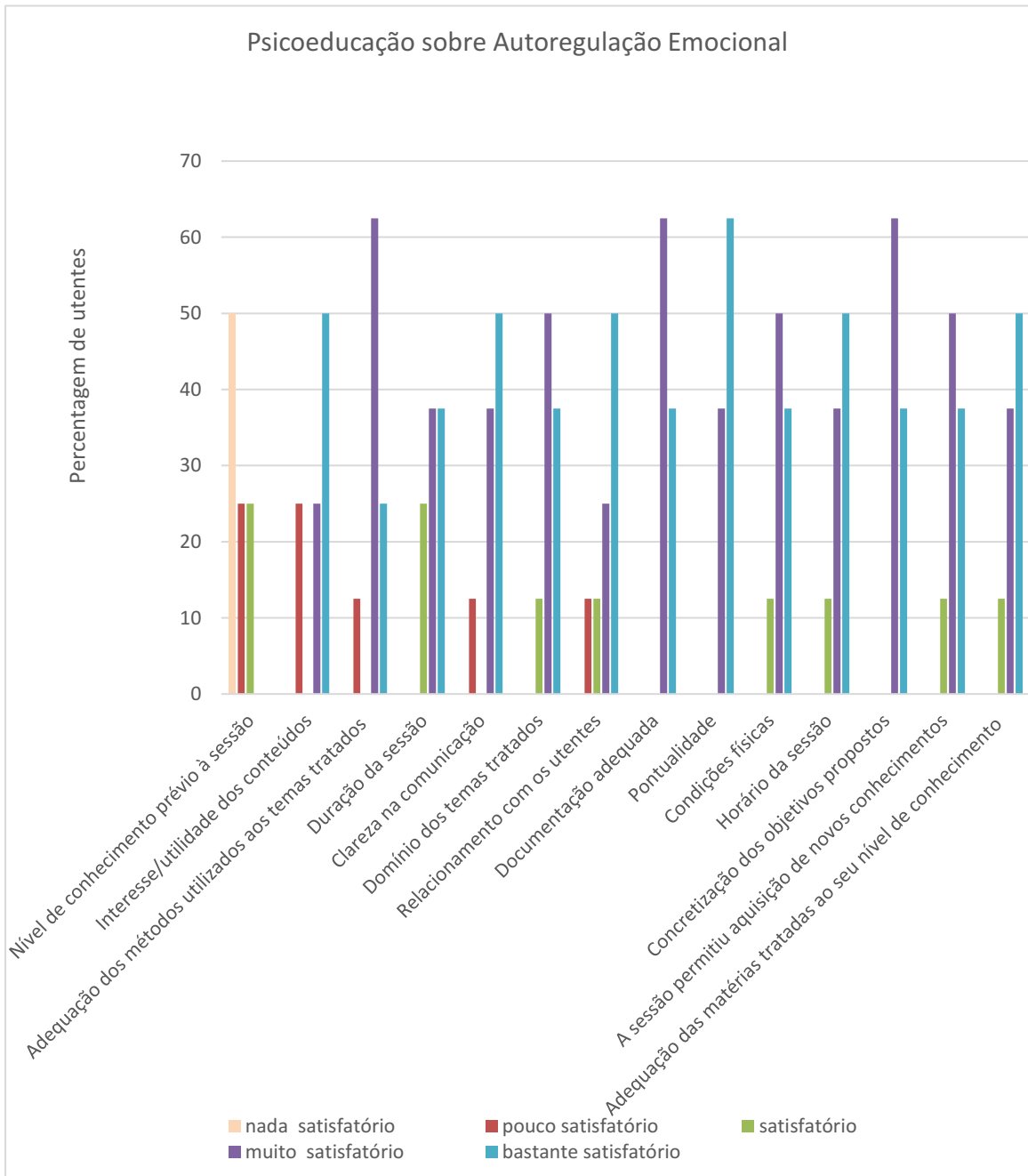
Acerca da questão aberta opcional “Críticas/sugestões/comentários”, referimos o único comentário tecido:

- "A temática foi bem conseguida visto que a ansiedade atinge muita gente e está presente na vida e no quotidiano das pessoas" segundo informação colhida [SIC].

A sessão Psicoeducativa acerca da Autorregulação Emocional decorreu no dia 7/12/2023 e contou com oito participantes.

Pelo preenchimento do Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa, foram obtidos os dados seguintes, como mostra o gráfico n.º 3 apresentado em seguida:

Gráfico n.º 3 – Sessão Psicoeducativa: Autorregulação Emocional

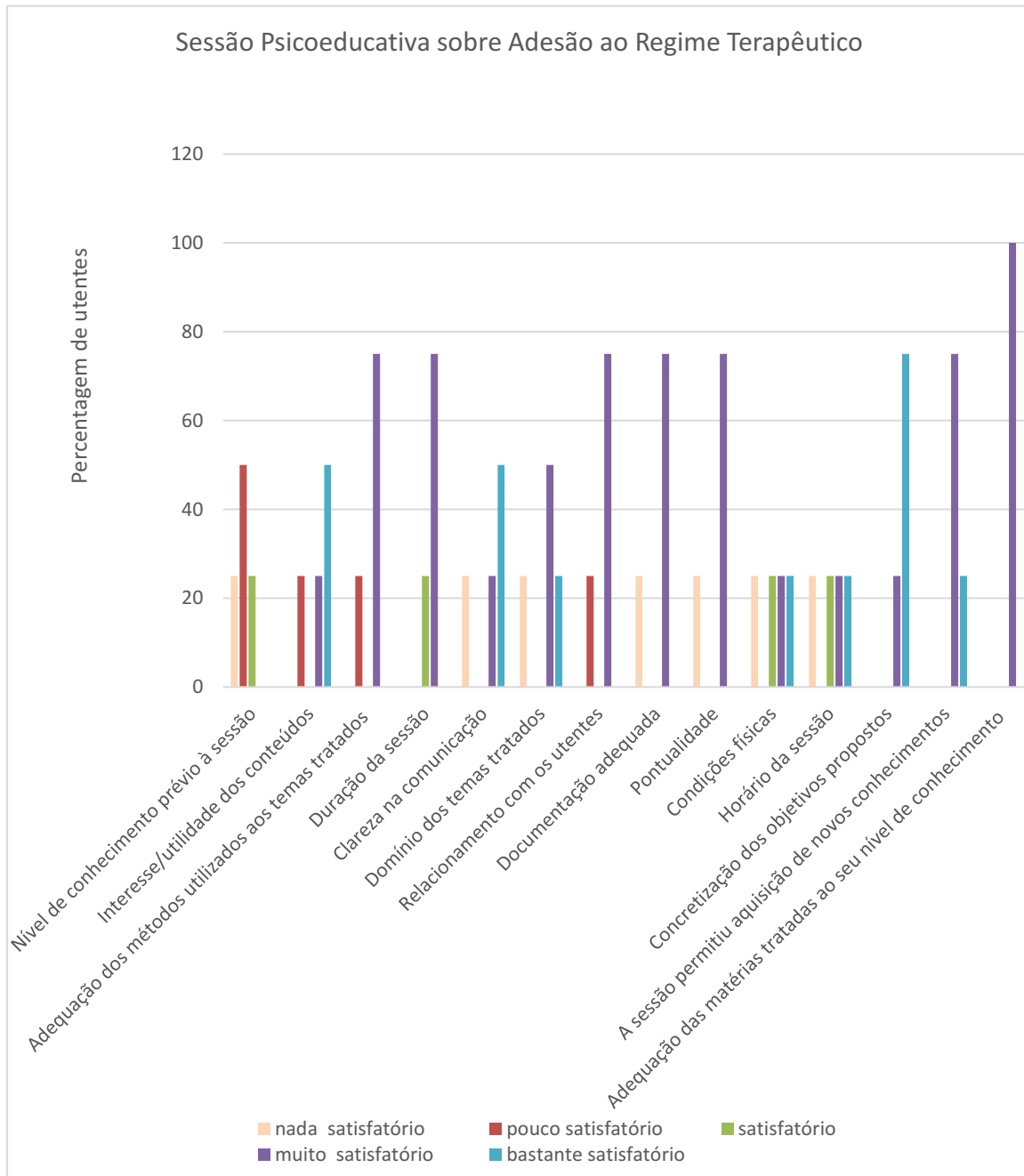


No gráfico em apreço, podemos observar que existe uma diversidade de avaliações nos diversos itens que constam do questionário de avaliação. Ao aprofundar a nossa análise podemos constatar que existem alguns itens com avaliação de pouco satisfatório, mas com percentagens que não ultrapassam os 30%, sendo que as percentagens mais elevadas pertencem ao grau de avaliação muito satisfatório e bastante satisfatório como é facilmente verificável pelas percentagens obtidas.

Na sessão Psicoeducativa sobre Adesão ao Regime Terapêutico, realizada a 14/12/2023, foi distribuído no final da sessão o Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa aos quatro participantes desta sessão.

Nesta sessão, através da análise dos dados, referimos os resultados mais pertinentes no gráfico n.º 4:

Gráfico n.º 4 – Sessão Psicoeducativa: Adesão ao Regime Terapêutico

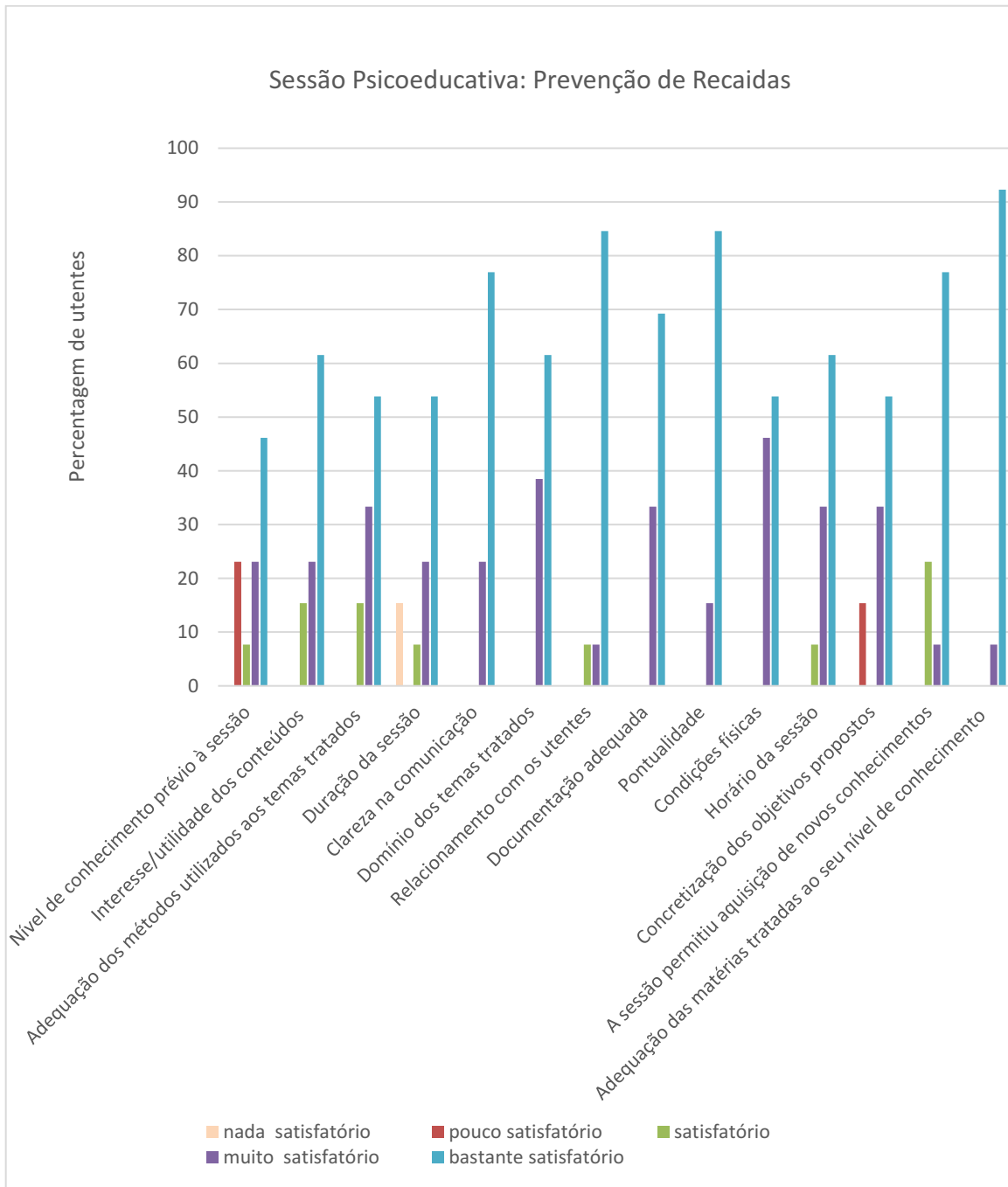


No gráfico supra podemos verificar que na grande maioria dos itens em apreço para avaliação, os graus de satisfação que apresentam maiores percentagens são o muito satisfatório e o grau bastante satisfatório. Todavia importa ressaltar que existiram itens de avaliação, embora com percentagens menos expressivas, no grau de satisfação, pouco satisfatório e nada satisfatório, mais especificamente, nas “Condições físicas do espaço” e no “Horário da sessão”, podemos verificar que existiu um empate na ordem dos 25% nos diversos graus de avaliação assinalados no gráfico.

A sessão Psicoeducativa acerca da Prevenção de Recaídas decorreu no dia 11/1/2024 e contou com treze participantes.

Através do preenchimento do Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa por parte dos participantes, foram obtidos os dados seguintes, como mostra o gráfico n.º 5 abaixo:

Gráfico n.º 5 – Sessão Psicoeducativa: Prevenção de Recaídas



No gráfico n.º 5 em apreço, a nossa análise é bastante direta e simples, pois na totalidade dos itens de avaliação, podemos facilmente verificar que o grau de satisfação dos participantes é por demais evidente no grau de muito satisfatório, bem como no grau de bastante satisfatório, sendo que em alguns itens também podemos verificar algumas apreciações no grau satisfatório. As poucas avaliações existentes no grau de nada satisfatório e pouco satisfatório apresentam percentagens baixas e com uma expressão que assume pouca relevância, relativa aos itens “Duração da sessão” e “Concretização dos objetivos propostos”.

Acerca da questão aberta opcional “Críticas/sugestões/comentários”, apresentamos os comentários realizados:

- “Acho muito útil, estas sessões” SIC;
- “As sessões deviam ser mais longas” SIC;
- “O plano de recuperação de recaída é muito útil. Mais tempo ” SIC;
- “Foi uma sessão com bastante conhecimento, algumas coisas não sabia. O que podia melhorar era o tempo de horário mais prolongado” SIC;

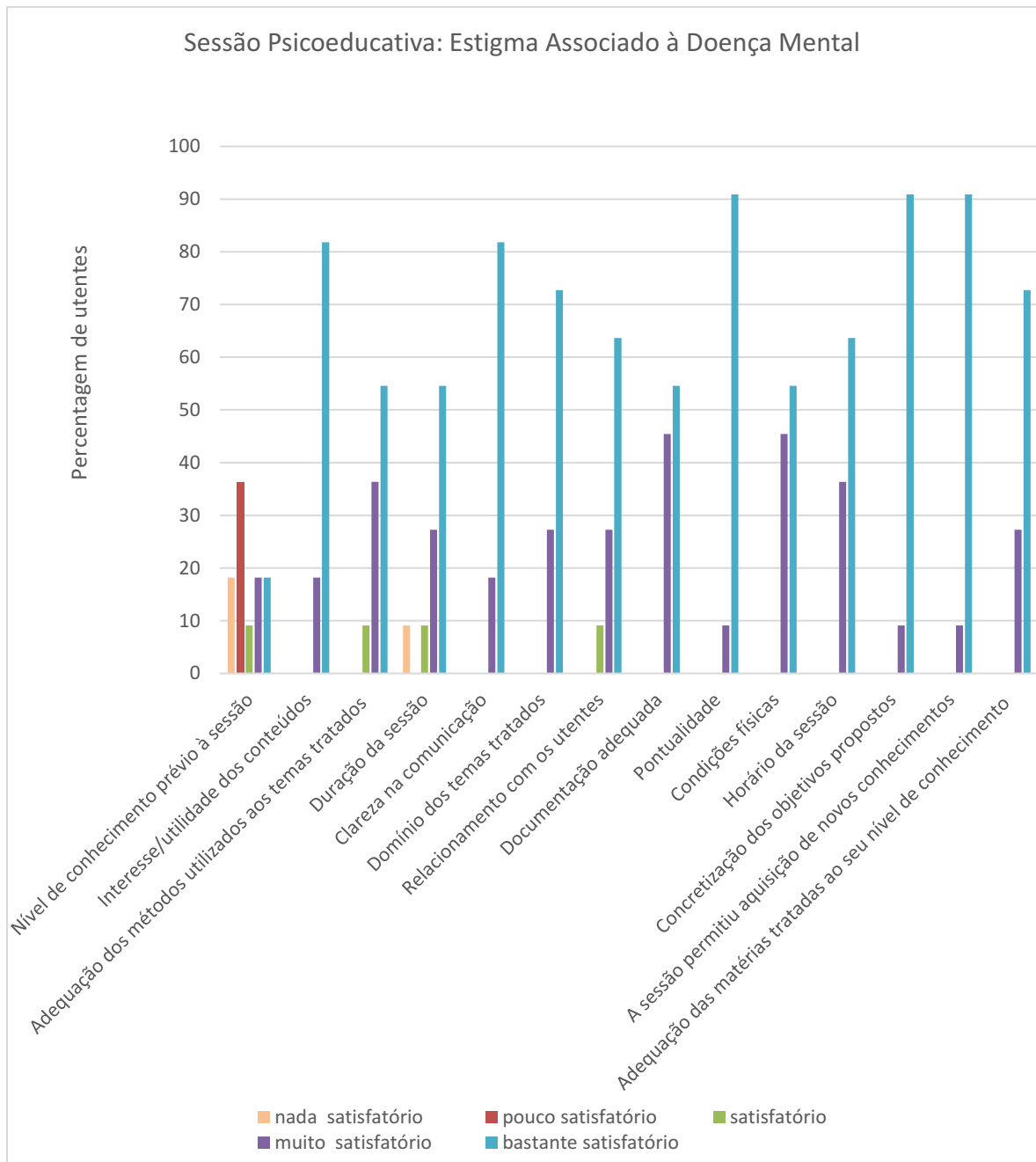
“Falar dos conteúdos apresentados ajuda sempre e a partilha de várias experiências também. É muito rico” SIC;

“ A sessão podia ser mais longa, acaba por faltar tempo para tudo (diapositivos, tempo para que cada um fale um pouco mais” SIC.

A sessão Psicoeducativa acerca do Estigma associado à Doença Mental decorreu no dia 18/1/2024 e contou com onze participantes.

Através do preenchimento do Questionário de Satisfação da Sessão Psicoeducativa por parte das pessoas, foram obtidos os dados seguintes, como mostra o gráfico n.º 6 abaixo:

Gráfico n.º 6 – Sessão Psicoeducativa: Estigma Associado à Doença Mental



No gráfico n.º 6 podemos observar que em todos os itens de avaliação, os destaques em termos percentuais foram para o grau de muito satisfatório e bastante satisfatório sendo a única exceção no primeiro item em apreço “Nível de conhecimento prévio à sessão”, onde podemos verificar que existiram apreciações em todos os graus de avaliação, todavia com percentagens meramente residuais, apenas o grau de pouco satisfatório com uma percentagem perto dos 40% obtém alguma relevância em relação às demais.

Acerca da questão aberta opcional “Críticas/sugestões/comentários”, referimos os comentários realizados:

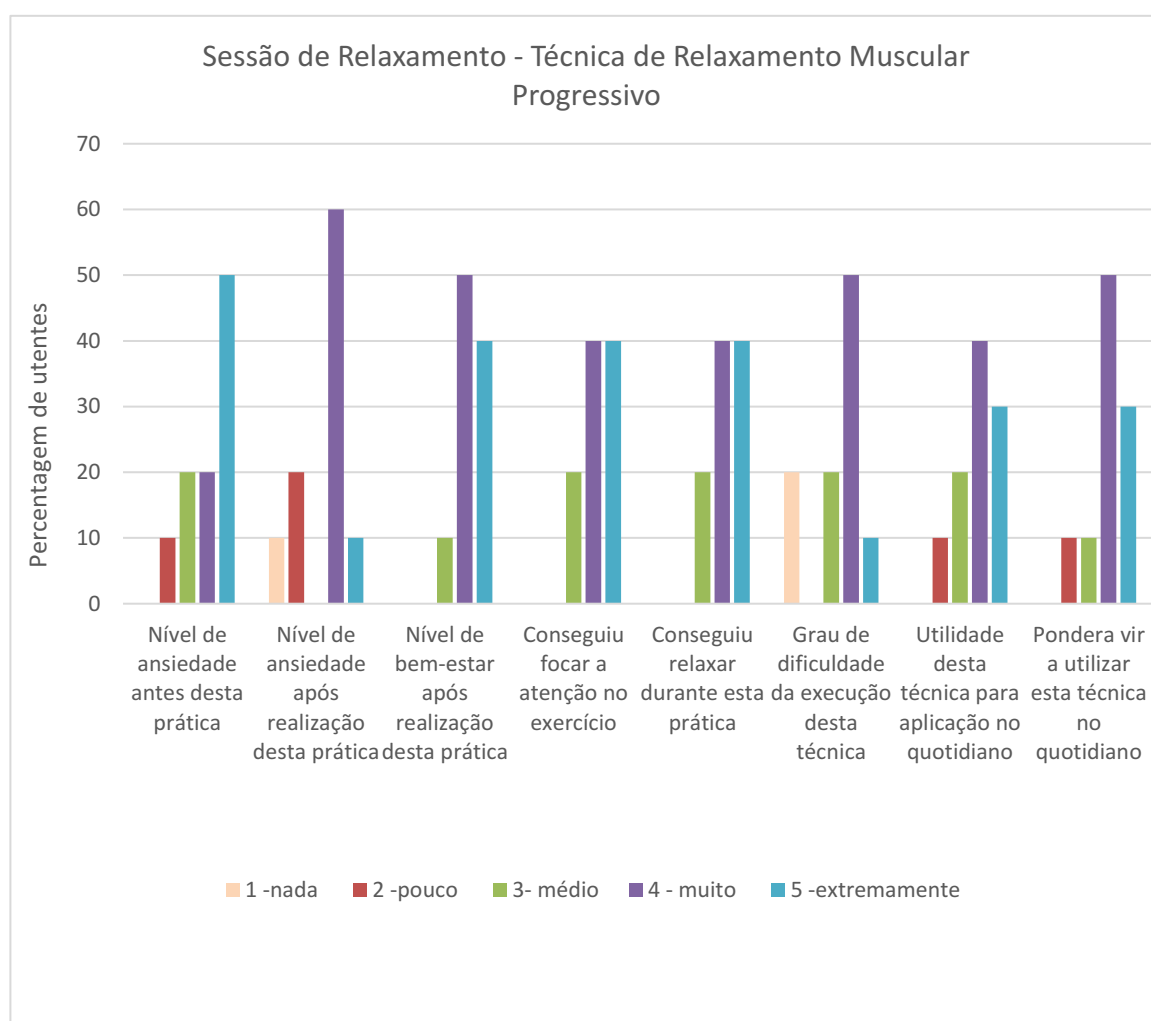
- “Foi satisfatório e proveitoso debater estes temas” SIC;
- “Este assunto é muito vasto. Muito importante debater e conversar a respeito do estigma” SIC;
- “Estou interessada nestes temas” SIC.

A sessão de Relaxamento pela técnica de Relaxamento Muscular Progressivo, realizada no dia 30/11/2023, contou com a participação de dez pessoas.

Através do preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão de Relaxamento, foram obtidos os seguintes dados, conforme mostra o gráfico n.º 7.

Note-se que a legenda dos gráficos das sessões de relaxamento são distintos das demais sessões, uma vez que a legenda não engloba a satisfação, mas a avaliação das afirmações numa escala de 1 a 5 valores.

Gráfico n.º 7 – Sessão de Relaxamento – Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo



No gráfico supra dedicado à avaliação da sessão de relaxamento por parte dos participantes, podemos referir que esta foi um sucesso, pois a predominância no que diz respeito a essa mesma apreciação em termos percentuais é claramente no grau de muito e extremamente. Da mesma forma considera-se que cerca de 50% dos participantes considerava ter ansiedade em grau

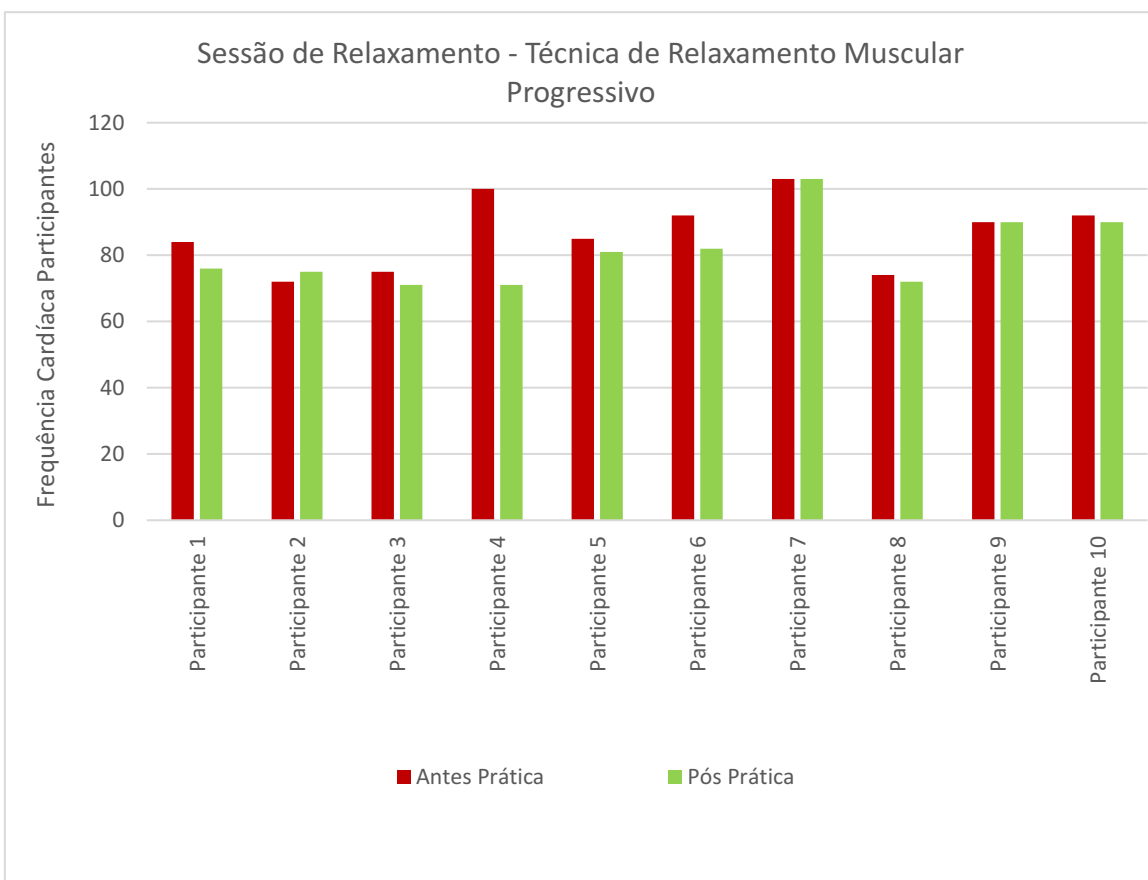
“extremamente” antes da prática, e após a prática 60% classifica a ansiedade como “muito”, sendo que 10% classifica como “nada” e 20% como “pouco”. Ressalva-se que 50% dos participantes atribuem o grau “muito” à dificuldade desta técnica.

Acerca da questão aberta opcional “Críticas/sugestões/comentários”, foram tecidos os seguintes comentários:

- “Considero esta técnica um benefício para o bem-estar do utente” SIC;
- “Projetar a voz a partir de um canto da sala para se ouvir melhor” SIC;
- “Boa iniciativa” SIC.

De modo a averiguar os benefícios associados à execução desta técnica de Relaxamento, procedeu-se à avaliação dos valores da frequência cardíaca [FC] no início desta prática e após a prática. Os valores apresentam-se representados no gráfico n.º 8 seguinte:

Gráfico n.º 8 – Frequência Cardíaca nos Participantes da Sessão de Relaxamento – Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo



Dos dez participantes que realizaram esta prática, podemos verificar que dois deles mantiveram os mesmos valores de FC no início e no final da sessão.

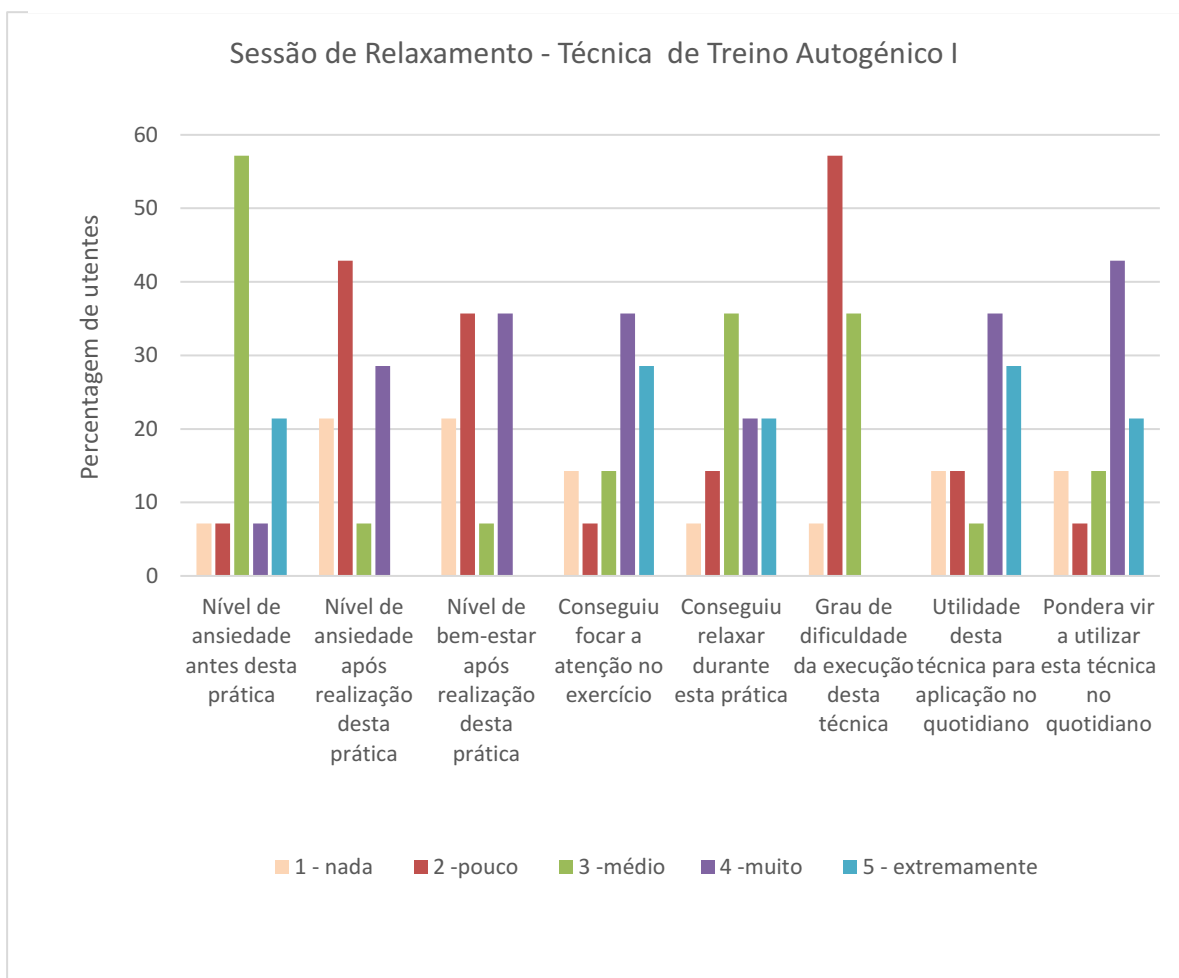
Um achado interessante é o fato de um participante ter apresentado uma FC no final da sessão superior à apresentada inicialmente. Os restantes sete participantes, no final da sessão apresentaram valores de FC inferiores aos valores do início da sessão.

A sessão de Relaxamento pela técnica de Treino Autogénico I, realizada no dia 2/11/2023, contou com a participação de catorze pessoas.

Através do preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão de Relaxamento pelos participantes, foram obtidos os seguintes dados, como mostra o gráfico n.º 9 seguinte.

Ressalva-se que a legenda dos gráficos das sessões de relaxamento são distintos das demais sessões, uma vez que a legenda não engloba a satisfação, mas a avaliação das afirmações numa escala de 1 a 5 valores.

Gráfico n.º 9 – Sessão de Relaxamento - Técnica de Treino Autogénico I



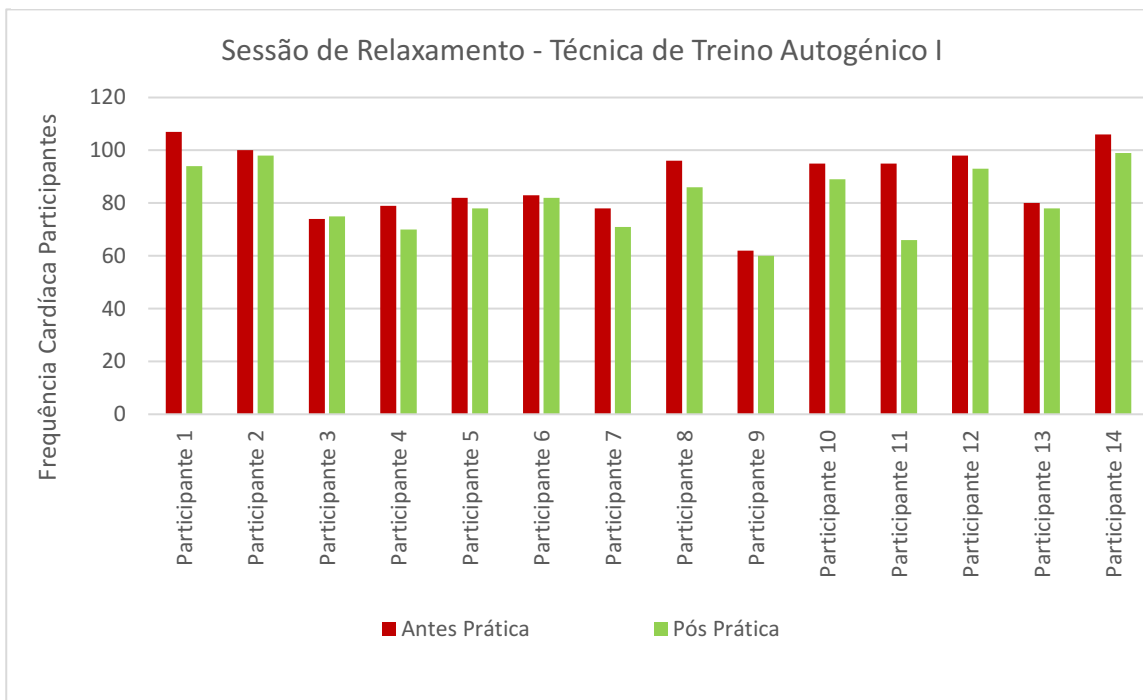
Nesta segunda sessão de relaxamento e tal como é verificável, salienta-se que as apreciações por parte dos participantes rondavam os 60% para a classificação de “muito” no item relativo ao “Nível de ansiedade antes da prática” e após a prática evidencia-se a percentagem na ordem dos 40% para a avaliação “pouco” e na ordem dos 20% para a avaliação “nada”, relativa ao “Nível de ansiedade após a prática”. Também 40% dos participantes pondera vir a utilizar “muito” esta técnica no quotidiano.

Acerca da questão aberta opcional “Críticas/sugestões/comentários”, foram tecidos os seguintes comentários:

- “Manter a voz suave e a música relaxante. Não vir preocupada com alguma coisa” SIC;
- “O meu nível de concentração é muito difícil, mas com treino vamos lá” SIC;
- “ Devemos repetir” SIC;
- “Para mim acho importante e utilizo em casa para meu benefício para tentar dormir e andar mais tranquila” SIC.

De modo a apurar os benefícios associados à execução desta técnica de relaxamento, procedeu-se à avaliação dos valores da frequência cardíaca no início desta prática e após a prática. Os valores apresentam-se representados no gráfico seguinte:

Gráfico n.º 10 – Frequência Cardíaca nos Participantes da Sessão de Relaxamento – Técnica de Treino Autogénico I



Dos catorze participantes que realizaram esta prática, podemos verificar que treze, no final da sessão, apresentaram valores de FC inferiores aos valores do início da sessão.

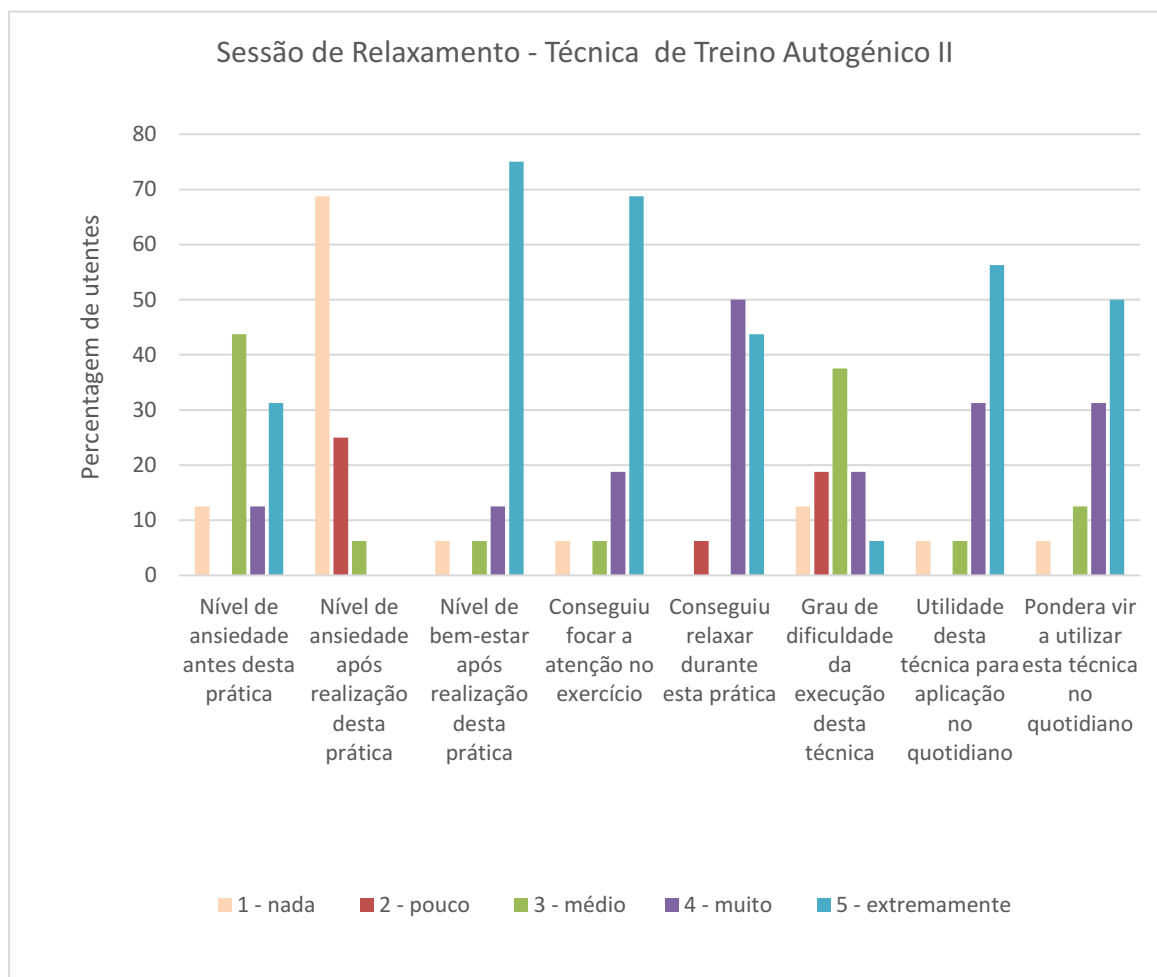
À semelhança da outra técnica de relaxamento, também nesta, foi verificado que um participante apresentou uma FC no final da sessão superior à apresentada inicialmente.

A sessão de Relaxamento pela técnica de Treino Autogénico II, realizada no dia 11/1/2024, contou com a participação de dezasseis participantes.

Através do preenchimento do Questionário de Avaliação da Sessão de Relaxamento por parte dos participantes, foram obtidos os seguintes dados, como mostra o gráfico n.º 11 seguinte.

Sobressai-se que a legenda dos gráficos das sessões de relaxamento são distintos das demais sessões, uma vez que a legenda não engloba a satisfação, mas a avaliação das afirmações numa escala de 1 a 5 valores.

Gráfico n.º 11 – Sessão de Relaxamento - Técnica de Treino Autogénico II



Na sessão de relaxamento seguinte, apesar de em quase todos os itens em apreço terem existido avaliações dos participantes em todos os níveis ao dispor, podemos facilmente visualizar no gráfico uma clara tendência em termos percentuais e quase na maioria dos itens a ser depositada no grau de extremamente, sendo a grande exceção no item do “nível de ansiedade após realização da sessão” com uma percentagem a rondar os 70% para o valor “nada”.

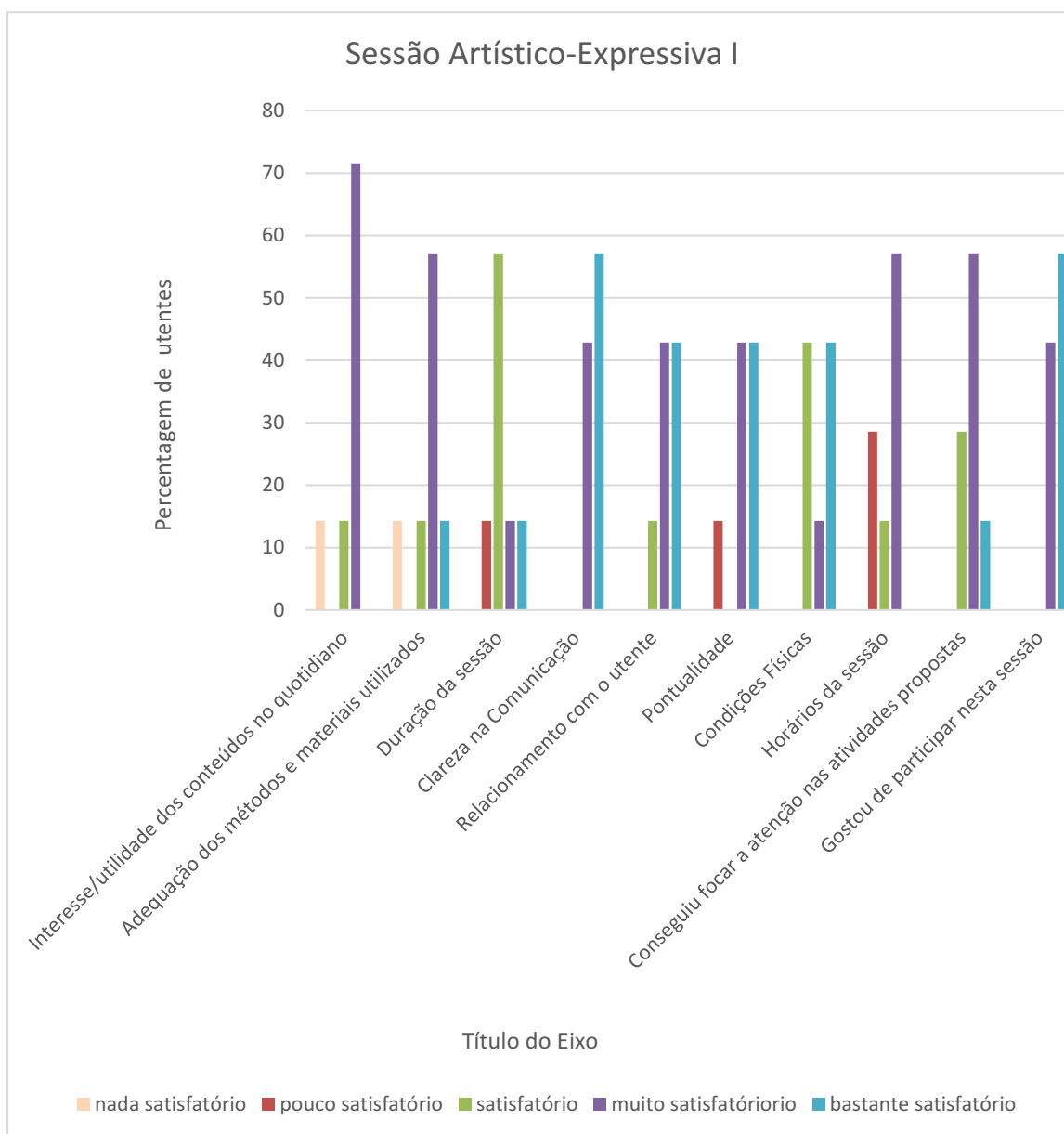
Evidencia-se a percentagem de 75% para o item “ nível de bem-estar após realização desta prática”, com a avaliação de “extremamente”.

Acerca da questão aberta opcional “Críticas/sugestões/comentários”, registam-se os seguintes comentários:

- “Faz-nos estar presentes no tempo e no espaço, concentrados na voz e abstrair de pensamentos do quotidiano. Faz-nos pensar em coisas positivas e estabilidade emocional” SIC;
- “Adorei o relaxamento, só não foi absolutamente fantástico porque me doíam as costas” SIC;
- “Mais tempo de meditação” SIC;
- “Mais uma hora, por favor” SIC;
- “Técnica muito bem conduzida” SIC;
- “Concentro-me naquilo que a enfermeira diz. Faz-me relaxar” SIC.

A sessão de Mediação Artístico-Expressiva I, realizada no dia 7/12/2023, contou com a participação de sete pessoas. Através do preenchimento do Questionário de Satisfação da Sessão de Mediação Artístico-Expressiva foram analisados os dados recolhidos através do gráfico n.º 12 seguinte:

Gráfico n.º 12 – Sessão Artístico- Expressiva I

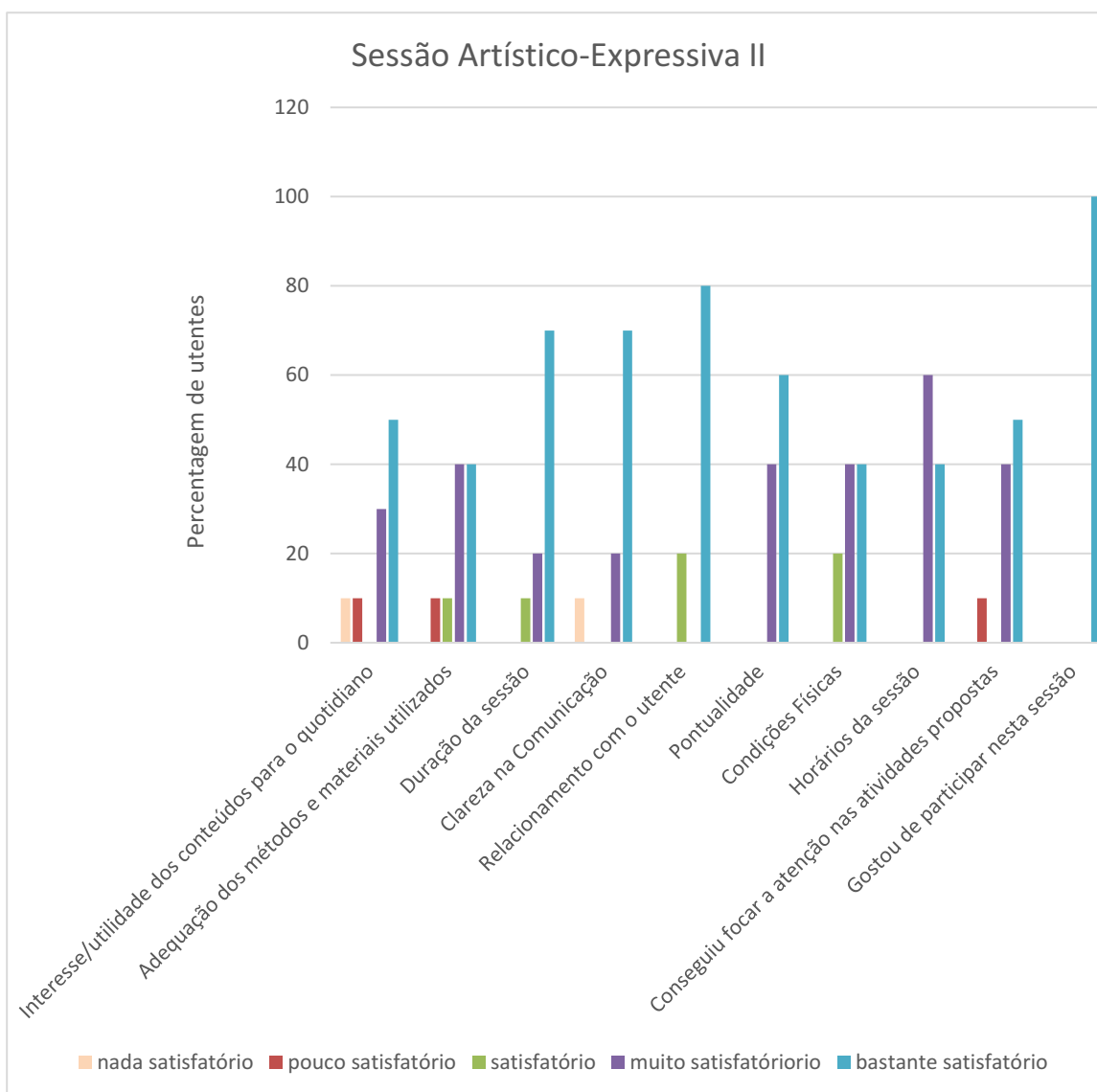


No gráfico supra podemos constatar que as apreciações aos vários itens e praticamente quase na sua maioria apenas se focam em avaliações no grau de satisfatório, muito satisfatório e bastante satisfatório obtendo assim as percentagens mais destacadas. Por outro lado, as

percentagens menos destacadas pertencem aos graus de avaliação de nada e pouco satisfatório nos itens em que é possível visualizar que as avaliações dos participantes recaíram sobre eles.

A sessão de Mediação Artístico-expressiva II, realizada no dia 4/1/2024, contou com a participação de dez pessoas. Pelo preenchimento do Questionário de Satisfação da Sessão de Mediação Artístico-Expressiva foram analisados os dados obtidos, como mostra o gráfico n.º 13 seguinte:

Gráfico n.º 13 – Sessão Artístico- Expressiva II



Na sessão seguinte e de acordo com o gráfico visualizado, podemos facilmente aferir que na grande maioria das avaliações de satisfação dos participantes envolvidos, o destaque em termos percentuais vai para o grau de bastante satisfatório, sendo que o grau de muito

satisfatório é o que apresenta apenas num item é que consegue obter uma percentagem superior (60%) e ainda observamos que em 2 dos itens em apreço, existiu uma situação de empate percentual nas avaliações com 40% para cada 1 deles.

Destaca-se ainda o fato de 100% dos participantes ter avaliado o item “Gostou de participar nesta sessão” como “bastante satisfatório”. As demais avaliações de satisfação tal como é observável não são relevantes pois as percentagens obtidas são meramente residuais.

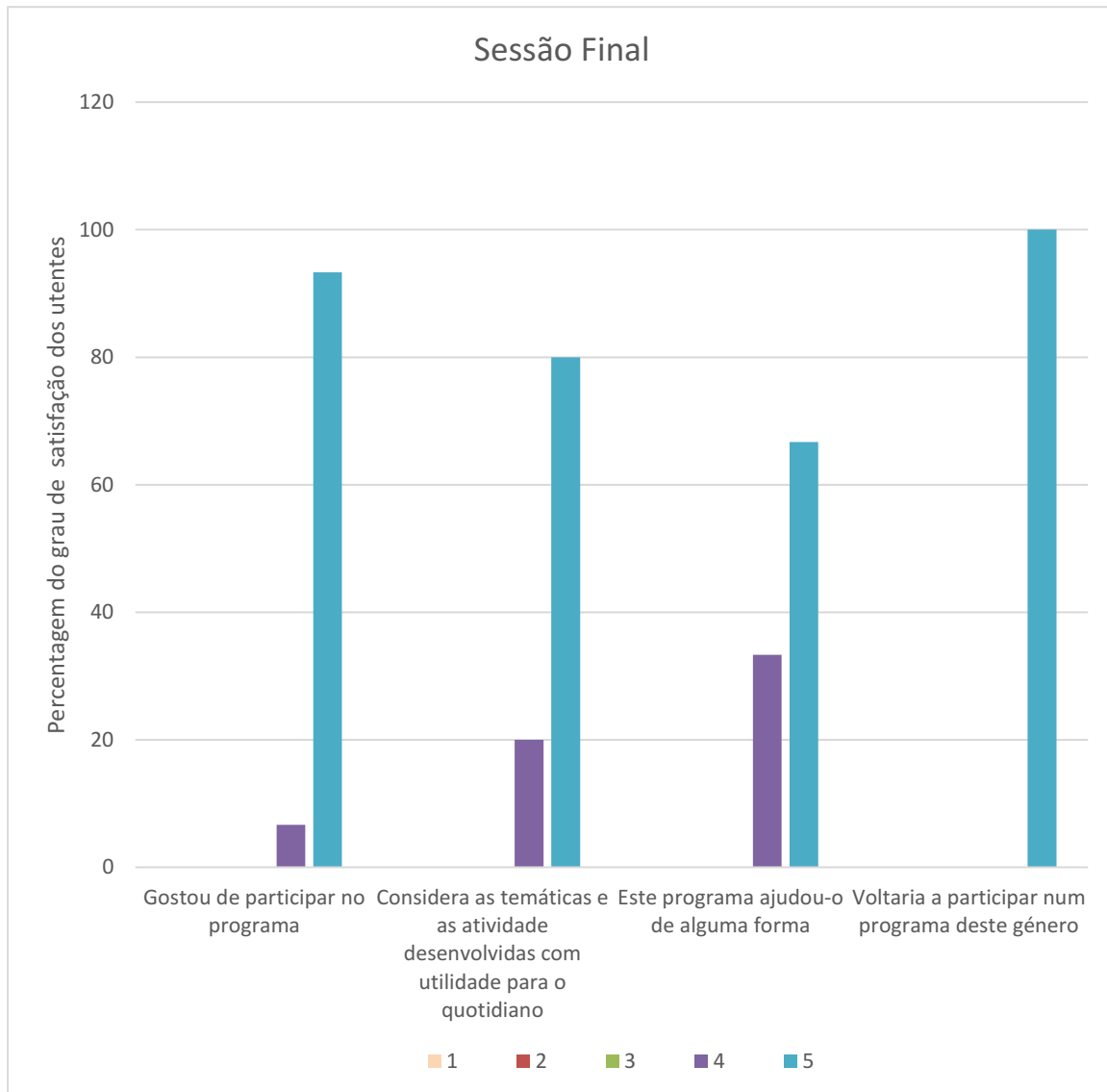
Acerca da questão aberta opcional “Críticas/sugestões/comentários”, apresentamos os seguintes:

- “Era bom ser mais tempo” SIC;
- “Mais 30 minutos (mais tempo de diálogo) ” SIC;
- “Sinto alívio em vir às sessões” SIC.

Na sessão final do programa realizada a 18/01/2024, foi distribuído no final da sessão o Questionário de Satisfação do Final do Programa aos quinze participantes desta sessão.

Nesta sessão, através da análise dos dados referimos os resultados mais pertinentes no gráfico n.º 14 seguinte:

Gráfico n.º 14 – Sessão Final



- Acerca da questão “Gostou de participar neste programa”, catorze dos participantes (93,3%) atribuíram pontuação máxima (5).

- Na questão “Considera as temáticas abordadas e as atividades desenvolvidas com utilidade para o seu quotidiano” doze dos participantes (80%) atribuíram pontuação máxima (5).

- Na questão “Este programa ajudou-o de alguma forma”, dez dos participantes (66,6%) atribuíram pontuação máxima (5).

- Na última questão “Se existisse essa possibilidade, voltaria a participar num programa deste género”, catorze dos participantes (100%) atribuíram pontuação máxima (5).

Acerca da questão aberta opcional “Críticas/sugestões/comentários”, referimos os seguintes:

- “Música de relaxamento poderia ser mais diversificada” SIC;

- “Gostei muito de participar” SIC;

- “Gostei muito e voltaria a participar” SIC;

- “Gostei de todas as sessões. Ajudou a aprender coisas que não sabia, ajudou a conter a respiração. Se voltasse a acontecer participava” SIC;

- “Gostei muito do programa e do convívio entre todos os colegas. A simpatia da enfermeira ajudou muito para a compreensão e leveza do programa” SIC;

- “Eu tenho uma patologia psiquiátrica, tenho esquizofrenia e estas sessões no hospital de dia foram uma mais-valia na minha evolução positiva clínica. Neste momento tomo a medicação correta e com estas sessões sinto-me controlada da patologia que tenho” SIC;

- “Gostei muito, acho que nos ajuda no nosso dia-a-dia. É aqui que desabafamos um pouco e nos sentimos compreendidos” SIC;

- “É bom saber que quando chegamos aqui, existe alguém que se preocupa connosco e nos pergunta como estamos, porque precisamos desta atenção e compreensão” SIC.

De forma a compreender os efeitos do programa, foi aplicada a escala HADS a oito utentes, aos quais previamente já tinha sido aplicada no início do programa, como se pode ver no quadro n.º 17 abaixo:

Quadro n.º 17 – Valores relativos à aplicação da Escala HADS no início e no final do programa

HADS	Subescala da	Subescala de	Subescala de	Subescala de
	Ansiedade	Depressão	Ansiedade	Depressão
	Antes do Programa		Depois do Programa	
Pessoa 1	17	17	-	-
Pessoa 2	18	13	14	17
Pessoa 3	11	7	8	11
Pessoa 4	17	13	12	8
Pessoa 5	14	13	8	9
Pessoa 6	12	14	6	4
Pessoa 7	14	8	16	8
Pessoa 8	14	15	12	10
Pessoa 9	18	13	-	-
Pessoa 10	15	3	-	-
Pessoa 11	12	14		
Pessoa 12	13	16	13	15
Utente 13	13	10	-	-
Pessoa 14	12	19	-	-
Pessoa 15	14	17	-	-
Pessoa 16	10	3	-	-
Pessoa 17	19	14	-	-
Pessoa 18	14	5	-	-

Das oito pessoas às quais foi aplicada a escala HADS no início quer no final do programa, relativamente à subescala da ansiedade verificou-se:

- Uma pessoa manteve o mesmo nível de ansiedade;
- Uma pessoa apresentou agravamento do quadro de ansiedade;
- Seis pessoas apresentaram melhoria a nível da ansiedade.

Quanto à subescala da depressão constatou-se:

- Uma pessoa manteve o mesmo estado depressivo;

- Duas pessoas tiveram agravamento da sintomatologia depressiva;
- Cinco pessoas apresentaram melhoria da sintomatologia depressiva.

No entanto, tal como foi referido no subcapítulo referente ao Diagnóstico de Situação, identificamos como obstáculo, o fato da escala HADS não ter sido aplicada a todos os utentes que participaram no programa uma vez que, dada a elevada rotatividade de utentes (altas/admissões/absentismo/abandono) fez com que algumas das pessoas, apenas participassem em algumas das sessões, não tenham estado desde o início do programa ou tenham ingressado a meio ou mesmo no final do programa.

Da mesma forma, não foi possível aplicar a escala HADS no final do programa a todos os utentes que nele participaram, pela sua ausência relacionada com motivos diversos (faltas, abandono, alta clínica, entre outras), sendo esta considerada um fator limitativo em termos de avaliação do programa.

Este fato impede que a avaliação realizada seja uniforme, uma vez que os resultados foram influenciados pela disparidade entre os utentes, do tempo de permanência no programa.

4.6. Divulgação dos Resultados

Após implementação de um projeto, a divulgação dos resultados alcançados é fundamental, uma vez que é dado a conhecer à população em geral e a outras entidades, a pertinência do mesmo e o percurso trilhado na resolução de um problema (Ruivo, Ferrito & Nunes 2010).

A divulgação dos resultados de um projeto na área da saúde, para além de permitir aos utentes tomarem conhecimento dos esforços realizados em busca da melhoria da qualidade assistencial, facultar informação científica aos profissionais, funcionando como modelo para outros serviços e instituições (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Fazendo parte do desenvolvimento de um projeto, esta deverá ser planeada de modo a propiciar o retorno de informação, possibilitando a discussão e adaptação das abordagens, dos materiais e métodos utilizados na resolução de um problema (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Os diversos recursos e meios, frequentemente utilizados na divulgação dos resultados de um projeto, compreendem:

- Reuniões de informação;

- Reuniões públicas;
- Conferências;
- Apresentação em congressos de *posters*, folhetos e comunicações orais;
- Publicação de artigos em revistas científicas;
- Através de informação disponível na internet (Schiefer et al., 2006 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Durante a divulgação dos resultados, o autor do projeto deverá atender às particularidades do relatório e do material utilizado para este fim, de modo a serem adaptadas às características dos destinatários. Assim, aspetos como a linguagem utilizada, o conteúdo da informação, a forma de transmissão e recursos utilizados não deverão ser descuidados (Schiefer et al., 2006 citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Outra das formas de ser feita a divulgação os resultados de um projeto, consiste na elaboração de um relatório final. Este relatório constitui-se um trabalho escrito onde se substantifica todo o processo de desenvolvimento do mesmo. A produção de um relatório final revela-se um aspeto primordial na transmissão de informação, sendo considerado um requisito obrigatório na realização de um projeto assim como, é considerado um dever ético do investigador (Schiefer et al., 2006, citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

O principal benefício da sua realização, passa por “permitir sistematizar, organizar e interpretar, grandes quantidades de informação sob a forma de síntese, transmitindo não só a informação como a sua conversão em conhecimento” (Schiefer et al., 2006, citado por Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.32).

O contributo da investigação na prática de enfermagem, através do conhecimento adquirido, proporciona o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde (OE, 2006).

A metodologia de projeto, sendo considerada um método de análise e resolução de problemas contribui para uma aprendizagem significativa, na medida que estabelece a ponte com a realidade e desenvolve competências para a formação profissional. (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.32).

Esta metodologia é assim considerada, um relevante elemento na investigação, permitindo o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Os resultados obtidos pela realização deste projeto foram partilhados com a EEESMP orientadora e orientador pedagógico.

Posteriormente, o presente Relatório de Estágio, tendo sido realizado segundo a Metodologia de Projeto, será alvo de discussão em prova pública, perante júri.

5. ANÁLISE REFLEXIVA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde e, naturalmente os de Enfermagem assumem atualmente uma nobre importância e uma exigência técnica e científica crescente, pelo que a especialização se torna cada vez mais uma realidade, abarcando grande maioria dos profissionais de saúde (OE, 2019).

Seguidamente serão apresentadas e analisadas de modo reflexivo as competências comuns do EE, as específicas do EEESMP e as de Mestre em Enfermagem, assim como demonstrada a sua aquisição.

5.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

O Enfermeiro Especialista é aquele que habilitado com um curso de especialização em enfermagem “se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p.4744).

Para atribuição do título de EE, para além da constatação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, pressupõe que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (OE, 2019).

O conjunto de competências especializadas resulta do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e substantifica-se em competências comuns e em competências específicas (OE, 2019).

A certificação destas competências garante que o EE detém um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, capaz de as mobilizar em função das necessidades de saúde da pessoa, aos diferentes níveis de prevenção (OE, 2019).

Entende-se por competências comuns do EE as “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados” (OE, 2019, p.4745). Envolve também as dimensões da educação da pessoa/grupos, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, permitindo melhorar continuamente a prática da enfermagem (OE, 2019, p.4745), sendo classificadas em quatro domínios de competências:

- 1) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- 2) Melhoria contínua da qualidade;
- 3) Gestão dos cuidados;
- 4) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

No quadro n.º 18 abaixo, são apresentados os quatro domínios de competências e as competências associadas respetivamente a cada domínio.

Quadro n.º 18 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista adaptado de OE (2019)

Domínio	Competências
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” (OE, 2019, p.4745).
	“Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p.4745).
Melhoria contínua da qualidade	“Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2019, p.4745).
	“Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p.4745).
	“Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745).
Gestão dos cuidados	“Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, p.4745).
	“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p.4745).
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	“Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2019, p.4745).
	“Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, p.4745).

Em seguida será demonstrada, através de uma análise reflexiva, o modo como as mesmas foram alcançadas, no decurso deste percurso académico.

Ao longo destes três semestres, nomeadamente com a frequência da UC de Epistemologia, Ética e Direito em enfermagem foram adquiridos conhecimentos ao nível da legislação vigente bem como acerca do código deontológico do enfermeiro, do REPE, Declaração dos Direitos Humanos, entre outras, contribuindo para uma prática clínica isenta de juízos de valor.

Durante o Estágio Final o respeito pela individualidade da pessoa foi sempre uma preocupação, assente numa prestação de cuidados livre de preconceitos e estereótipos, sendo considerado um dever do enfermeiro “respeitar as convicções pessoais, filosóficas, ideológicas ou religiosas da pessoa” (OE, 2015b, p.8080).

A aceitação incondicional da diferença é um dever fundamental do profissional, tal como nos refere o código deontológico “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa” (OE, 2015b, p. 8102). Sendo o grupo de doentes do Hospital de Dia bastante heterogéneo, a consideração pela etnia, nacionalidade, orientação sexual, ideologia política, crença espiritual, identidade cultural, características físicas, durante a prestação de cuidados foi sempre um aspeto a ter em conta, promovendo a justiça ao tratar todos os utentes equitativamente “são valores universais a observar na relação profissional (...) a igualdade (...) a verdade e a justiça” (OE, 2015b, p.8102).

Os cuidados de enfermagem prestados foram de encontro ao defendido no REPE (OE, 1996) e ao vigente no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015b), assegurando uma conduta ética e uma prática responsável promovendo a liberdade e a dignidade da pessoa.

Também na Constituição da República Portuguesa, artigo 27º que aborda o direito à liberdade e à segurança, é referido “Todos têm direito à liberdade e à segurança (...) Ninguém pode ser total ou parcialmente privado da liberdade (...)” (Portugal A. d., 2005, p.4645).

No entanto existem situações em que é necessário o internamento involuntário, em que a pessoa é restringida da sua liberdade, sendo a única exceção prevista na lei, relativa à prestação de cuidados de saúde mental involuntários, conforme nos esclarece o ponto 3, artigo 27º alínea h) “excetua-se deste princípio a privação da liberdade, pelo tempo e nas condições que a lei determinar, nos casos seguintes (...) internamento de portador de anomalia psíquica em estabelecimento terapêutico adequado, decretado ou confirmado por autoridade judicial competente” (Portugal A. d., 2005, pp.4645-4646).

Da mesma forma o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida acerca do Internamento Involuntário refere que este é considerado necessário quando as pessoas “manifestam incapacidade para reconhecer a gravidade da sua condição de doença e, por isso, recusam consentir em medidas terapêuticas urgentes, que são indicadas para proteger a sua integridade, e cuja utilização se sobrepõe à sua autonomia e vontade” (Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2019, p.2).

Durante a primeira semana no local de estágio, foi efetuada consulta da documentação existente no serviço, tais como protocolos, procedimentos, normas, manual de acolhimento, impressos, entre outros considerados pertinentes, de modo a facilitar quer a integração no serviço, como posteriormente o planeamento das atividades, como se evidencia no código Deontológico “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (OE, 2015b, p.8103). Da mesma forma procurámos conhecer quais os recursos humanos e materiais disponíveis para a concretização dos objetivos propostos. A otimização dos recursos foi uma questão importante no racionamento dos materiais disponíveis, contribuindo para uma gestão consciente, evitando o desperdício. Na realização de atividades lúdicas e recreativas demos primazia à utilização de material reciclado.

De modo a promover sentimentos de pertença e a coesão grupal, nas sessões de grupo os utentes eram incentivados a partilhar, como vivenciam determinadas épocas festivas. Num clima isento de preconceito, abertamente os mesmos falavam das suas crenças, valores, tradições e costumes, com recetividade e até curiosidade por parte dos restantes elementos. Em momento algum, foi feita distinção a qualquer elemento do grupo. A psicoeducação realizada, acerca do estigma associado à doença mental contribuiu igualmente para esse clima de aceitação.

Durante as sessões tentou-se que a linguagem, os conteúdos e os meios utilizados, fossem acessíveis a todos os intervenientes, adequando-se os mesmos às características do grupo, de modo a que informação transmitida chegasse a todos de igual forma.

No que concerne à garantia da privacidade do utente, esta também foi sempre salvaguardada, perseverando o sigilo profissional “o enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão,” (OE, 2015b, p.8103).

Através dos registos em Clínico a informação era registada no processo individual do utente, e após utilização da sessão esta era sempre terminada, de modo a evitar que outros utilizadores acessem. Também durante a realização das entrevistas, o cuidado de manter as portas fechadas, estando apenas presentes os profissionais essenciais à intervenção foi sempre um foco de atenção, zelando pela confidencialidade da informação, o que vai de encontro ao dever do enfermeiro durante o exercício das suas funções em que salvaguarda “ a privacidade e a intimidade da pessoa” bem como da sua família (OE, 2015b, p.8103).

Do mesmo modo foi assegurado o anonimato de todos aqueles a quem foram prestados cuidados ao longo do estágio realizado “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino” (OE, 2015b, p.8103), não tendo sido mencionados nomes, nem o local designado para o Estágio Final.

Durante as sessões de grupo era solicitado aos intervenientes que não divulgassem para o exterior, informação partilhada voluntariamente pelos outros utentes, protegendo assim a pessoa “de ingerência na sua vida privada e na da sua família” (OE, 2015b, p.8103). Sempre que familiares/cuidadores solicitassem informação ao profissional acerca do familiar, era previamente solicitado ao doente em questão se autorizava a divulgação da informação clínica.

A promoção de um clima de segurança aos utentes foi sempre um cuidado. Por serem realizadas maioritariamente sessões de grupo, havendo constante partilha de material lúdico e didático, regularmente eram realizados ensinamentos oportunos como importância da lavagem e desinfeção correta das mãos. O mesmo sucedia no manuseamento de materiais potencialmente cortantes (tesouras, agulhas de crochet) ou tóxicos (tintas, colas) em que previamente à sua utilização eram explicados os cuidados a ter, sendo a supervisão da sua utilização mais controlada. Identicamente, eram realizados ensinamentos oportunos durante as sessões de grupo, acerca da etiqueta respiratória, uma vez que o estágio decorreu durante os meses de inverno e as infeções respiratórias eram mais suscetíveis.

O apreço pela autonomia do doente, respeitando as suas decisões, foi sempre um ponto de atenção, envolvendo-o ativamente no processo de cuidados. Ao longo das sessões foi continuamente reforçada a ideia que se por algum motivo não quisessem participar em determinada ação ou até desistirem do programa terapêutico, não seriam alvo de represálias e no futuro, a ajuda dispensada pelo profissional seria efetuada de igual forma.

Assim, a intervenção foi norteada tendo em vista o bem-estar do paciente, evitando causar danos, indo de encontro ao preconizado pelo princípio da beneficência e não maleficência.

Seguidamente, será abordado outro dos direitos fundamentais do doente – o direito à informação. Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no que respeita à deontologia profissional o enfermeiro assume o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” (OE, 2015b, p.8103) e de “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2015b, p.8103).

Ora, durante a prestação de cuidados o enfermeiro deve informar o paciente e família acerca das intervenções que irão ser realizadas, tendo sido a nossa abordagem desde o acolhimento até ao término da relação, manifestando disponibilidade para esclarecimento de eventuais dúvidas relativas ao plano terapêutico.

Um ponto que igualmente requereu a nossa atenção foi o consentimento informado “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015b, p.8103) que garante aos utentes receberem todas as informações necessárias para tomarem decisões informadas acerca do seu tratamento.

Para isso ao integrar o Hospital de Dia era fornecido a cada utente um documento denominado Contrato Terapêutico, de forma a declarar:

- Ter compreendidos objetivos propostos;
- Terem sido dadas explicações pelo profissional de saúde acerca dos tratamentos/atividades a realizar, bem como os seus riscos e benefícios;
- Ter tido a oportunidade de fazer perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Ter a garantia que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais, caso recuse esta solicitação,
- Ter-lhe sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Aceitar frequentar o Hospital de Dia do serviço de Psiquiatria;
- Aceitar participar no estudo de investigação X;
- Aceitar a divulgação de imagens aquando da realização de atividades.

Durante o Estágio Final, os registos de enfermagem foram realizados através de um Sistema Informação de Enfermagem [SIE] denominado Scínico.

Pela crescente relevância e emergência da informatização dos serviços de saúde, como pela constatação da importância da informação para o processo de tomada de decisão, relativamente aos SIE que se encontra integrado no Sistema Nacional de Informação de Saúde, e considerando o potencial dos registos de enfermagem, “tal sistema deverá possibilitar a gestão da informação e a produção de conhecimento” (OE, 2007, p.1).

Sendo os registos de enfermagem um importante foco de atenção nos cuidados, a utilização de terminologia científica, recorrendo à linguagem CIPE foi sempre um ponto de atenção. Acerca de linguagem CIPE, a OE preconiza que de forma a potenciar os registos eletrónicos de saúde, nomeadamente a produção de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como os requisitos de uma prática baseada na evidência, “o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” (OE, 2007, p.2).

Da mesma forma a continuidade dos cuidados esteve sempre presente quer pela execução, como atualização do processo clínico em tempo útil, “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (OE, 2015b, p.8103), solicitando sempre a validação dos mesmos junta da EEESMP orientadora.

Os cuidados de enfermagem são essencialmente caracterizados pela utilização de uma metodologia científica que abrange:

- A identificação dos problemas de saúde no indivíduo, família, grupos e comunidade;
- A recolha de dados acerca de cada situação;
- A formulação do diagnóstico de enfermagem;
- A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados;
- A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
- A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções (OE, 1996).

A utilização de uma metodologia científica, traduzida pelo processo de enfermagem, no qual todas as fases da sua elaboração, desde avaliação diagnóstica, planeamento, execução e avaliação das intervenções realizadas, tiveram por base os conhecimentos científicos adquiridos nas unidades curriculares, os aprofundados através de pesquisa bibliográfica “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos” (OE, 2015b, p. 8102) e os transmitidos pela EEESMP orientadora, uma vez que a evidência científica é o suporte para uma maior qualidade assistencial. Desta forma foi aplicado o processo de enfermagem individualmente a cada utente assegurando a qualidade dos cuidados das atividades e assumindo a responsabilidade pelos mesmos (OE, 2015b).

O Projeto de Intervenção dirigido à Pessoa com Sintomatologia Ansiosa e Depressiva, desenvolvido e implementado em contexto de Hospital de Dia, sendo considerado como um projeto de melhoria contínua, contribui para a qualidade assistencial dos cuidados de enfermagem.

O ter consolidado conhecimentos acerca do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Mental permitiu um maior entendimento dos mesmos e aplicá-los na prática clínica.

A satisfação do doente foi permanentemente um enfoque. No final das sessões, era solicitado ao grupo feedback verbal acerca da participação na sessão. Igualmente, no final das mesmas, ao ser fornecido um inquérito de satisfação, bem como um questionário de avaliação final do programa, permitiu colher dados acerca de quais aspetos podiam ser melhorados ou realizados de forma diferente, em sessões futuras “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (OE, 2015b, p.8103).

A humildade e recetividade à crítica construtiva quer por parte dos utentes/familiares e também por parte da EEESMP orientadora, foi fundamental nesta questão, pois só reconhecendo as falhas, o profissional pode evoluir no sentido de uma melhoria na prestação de cuidados.

Sendo a relação interpessoal a base das intervenções do EEESMP, o estabelecimento de uma relação terapêutica com os doentes foi facilitado pelo fato de alguns já serem acompanhados neste serviço. O cuidado por uma abordagem baseada no respeito, honestidade, empatia e compreensão atendendo à sua individualidade, proporcionou que os mesmos desenvolvessem connosco uma relação de confiança, reconhecendo as nossas competências especializadas, favorecendo a adesão ao plano terapêutico.

O exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais “a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (OE, 1996, p. 2961).

A promoção da saúde mental e a prevenção da doença foi realizada continuamente, quer através das sessões psicoeducacionais realizadas, quer através de ensinamentos oportunos acerca de variadas temáticas, sempre que se justificasse. Do mesmo modo a literacia em saúde foi fomentada quer através das sessões psicoeducacionais como através da distribuição de material educativo de suporte. Para que os próprios utentes detenham conhecimentos acerca dos seus direitos e deveres, foi também analisada e interpretada a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

A manutenção do tratamento nos utentes que frequentam o Hospital Dia prende-se com a preparação e fornecimento semanal de medicação, administração de medicação, assim como pela frequência de diversificados grupos terapêuticos que integram o plano terapêutico individual do utente.

Também durante o estágio, houve a oportunidade de integrar utentes com alta do serviço de internamento de agudos, no Serviço de Hospital de Dia com o objetivo de reabilitação, previamente ao regresso da rotina habitual.

Da mesma forma, alguns dos utentes necessitaram de reinserção social, tendo sido prestado auxílio ao nível da busca ativa de trabalho.

As intervenções dos enfermeiros podem ser consideradas como autónomas ou interdependentes. As intervenções autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais. Por sua vez, as ações interdependentes são as realizadas pelos enfermeiros, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, definido pelas equipas multidisciplinares (OE, 1996).

A articulação com os diversos profissionais que integram a equipa multidisciplinar do Serviço de Psiquiatria, sendo este um dever que o enfermeiro assume enquanto membro da equipa de saúde “trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde” (OE, 2015b, p.8080), permitiu que a tomada de decisão fosse refletida e não uma decisão unilateral de um grupo profissional. A estreita colaboração com outros profissionais foi também conseguida, pela participação numa sessão psicoeducativa, conjuntamente com a psicóloga.

Para além da realização de intervenções de caráter autónomo, foram assim realizadas intervenções interdependentes, como exemplo a administração de terapêutica prescrita e o planeamento conjunto da alta.

A partilha de conhecimentos e de impressões acerca de determinado caso, nomeadamente durante as reuniões de equipa, facilitou a resolução dos problemas, indo de encontro às reais e potenciais necessidades do doente, como nos é referido pelo Código Deontológico “colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços” (OE, 2015b, p.8080).

A experiência profissional dos restantes profissionais nesta área contribuiu igualmente para uma tomada de decisão informada. O enfermeiro ao desempenhar de forma responsável as intervenções na sua área de competência, reconhece também a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma, fomentando desta forma, um ambiente de trabalho positivo (OE, 2015b).

No que concerne ao processo de gestão dos cuidados, durante o estágio houve necessidade de delegar tarefas nos assistentes administrativos e assistentes operacionais, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar” (OE, 1996, p.2961), de forma a otimizar os recursos existentes, tendo em vista o bem-estar do doente. Neste processo, foi essencial a adoção de um clima de disponibilidade e de respeito, conseguindo compreender que o trabalho em equipa é elementar para o sucesso dos resultados esperados.

Também a comunicação, sendo caracterizada como “um processo de criação e de recriação de informação de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas” (Phaneuf, 2005, p.23), seja ela verbal ou não-verbal, foi essencial na articulação com a equipa multidisciplinar, assim como no processo relacional enfermeiro-doente/família. No decurso das intervenções, tentou-se que fosse realizada de forma assertiva e eficaz.

Por último, consideramos que todas as vivências associadas ao Estágio contribuíram para a construção do processo de autoconhecimento, habilidade imprescindível ao enfermeiro, que será analisada de forma mais detalhada no capítulo relativo às Competências Específicas do EEESMP.

5.2. Competências Específicas do EEESMP

O perfil de competências específicas do EEESMP, juntamente com o perfil das competências comuns, constituem o conjunto de competências clínicas especializadas (OE, 2018a).

As pessoas que se encontram em processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental beneficiam de ganhos em saúde quando cuidados pelo EEESMP na medida que este “compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde

mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2018a, p.21427). Para além disso, o EEESMP mobiliza-se a si mesmo enquanto instrumento terapêutico, desenvolvendo conhecimentos e capacidades que lhe permitem prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, sócio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional na sua prática (OE, 2018a).

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica centra-se assim “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (OE, 2018a, p.21427).

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, são quatro as competências específicas do EEESMP, encontrando-se descritas no quadro n.º 19 abaixo:

Quadro n.º 19 – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica adaptado de OE (2018a)

Competências
“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018a, p.21427).
“Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018a, p.21427).
“Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018a, p.21427).
“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” (OE, 2018a, p.21427).

Segundo o regulamento acima supracitado, cada competência é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (OE, 2018a).

Seguidamente será realizada uma análise reflexiva para cada competência respetivamente, e o modo como estas foram alcançadas.

A primeira competência surge descrita como “Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018a, p.21427).

A importância do autoconhecimento reside na capacidade de nos conhecermos bem a nós próprios enquanto pessoa e enquanto profissional, uma vez que só tendo conhecimento acerca do modo como reagimos perante determinadas situações é que tomamos consciência das limitações e fragilidades inerentes à própria individualidade.

Relativamente à primeira competência descrita podemos afirmar que esta foi alcançada através da prática do cuidado quer durante o estágio, quer derivada dos anos de experiência profissional, pois é na *práxis* que nos apercebemos das nossas limitações enquanto pessoas e profissionais que somos, bem como o modo de reagirmos perante determinadas situações.

Aludindo ao modelo de aquisição de competências desenvolvido pela autora Patrícia Benner (2001), em que são caracterizados cinco níveis de desenvolvimento para as competências do enfermeiro: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Segundo a autora, é através da experiência que o enfermeiro aprende a evidenciar aquilo que é relevante na situação e a compreender o seu significado.

As competências para a excelência da prática do cuidado surgem quando se atinge o nível de perito, derivada da experiência adquirida em que possui “uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 54).

Fruto da experiência profissional na área da saúde mental e psiquiátrica durante dezasseis anos de prática clínica, consideramos que a mesma contribuiu impreterivelmente para o processo do autoconhecimento.

Durante o processo relacional foi sempre uma questão importante, prestar atenção aos fenómenos inconscientes com os processos de contratransferência, de modo a não influenciar o utente.

Para Chalifour (2008) os mecanismos de defesa são considerados manobras psicológicas inconscientes, que têm como finalidade proteger a pessoa da sua ansiedade e angústia. Ainda que de forma inconsciente, todos nós utilizamos estes mecanismos, de modo a tornar o nosso dia-a-dia mais suportável. No entanto, uma utilização excessiva deste mecanismo poderá impedir a pessoa de interagir com o seu ambiente de forma funcional, uma vez que a realidade fica mascarada (Chalifour, 2008).

O processo de contratransferência sendo um fenómeno inconsciente é caracterizado como “a influência do utente nos sentimentos inconscientes do terapeuta, uma manifestação dos assuntos não/mal resolvidos por parte do terapeuta e, naturalmente, como potencial limitação ao processo psicoterapêutico” (Cartwright, 2011, citado por OE, 2023, p.32).

Torna-se crucial que o enfermeiro se mantenha atento e que constantemente vá monitorizando os seus sentimentos que possam ser indiciadores de um fenómeno de contratransferência (Prasko et al., 2010, citado por OE, 2023).

Enquanto enfermeiros na área da saúde mental consideramos de elevada importância desenvolver estratégias de forma a melhorar autoconhecimento, uma vez que esta capacidade “é central para a prática de enfermagem de saúde mental, visto que, ao interferir na capacidade para estabelecer uma relação terapêutica e desenvolver intervenções psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativas condiciona os resultados esperados” (OE, 2018a, p.21428).

Com a progressiva aprendizagem profissional e os conteúdos adquiridos acerca desta temática dos fenómenos inconscientes, foi crescente a facilidade de identificação destes aspetos. O fato de por vezes os profissionais se encontrarem exaustos, terem o tempo limitado para aquela intervenção ou até mesmo com alguma sintomatologia física desconfortável, poderá comprometer a apreciação da informação transmitida pelo utente. Cabe ao profissional a capacidade de gerir essas emoções e reconhecer os fenómenos inconscientes de ambas as partes.

Ainda acerca do autoconhecimento, também a aquisição de conhecimentos acerca da temática da Janela de *Johari* na UC de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica, contribui para o seu desenvolvimento.

A Janela de *Johari* é considerada uma ferramenta conceitual do campo da psicologia, tendo sido criada em 1955 pelos psicólogos americanos Joseph Luft e Ingham, tendo tem como principal finalidade ajudar na compreensão da comunicação interpessoal e nos relacionamentos com um grupo (Silva & Santos, 2022).

Este modelo de interação humana explica assim, a complexidade da personalidade humana, particularmente nas suas relações com os outros, captando também a atenção para aspetos conhecidos da pessoa e os que estão fora da sua perceção consciente (Luft & Ingham, 1961 citado por Silva, 1996).

É representada, por meio de um quadrado dividido em quatro partes iguais, as etapas da inter-relação humana, conforme aparece representado no quadro n.º 20 abaixo (Silva & Santos, 2022).

Quadro n.º 20 – Janela de *Johari* adaptado de Silva & Santos (2022)

Conhecido pelos outros	I Eu Aberto	II Eu Cego
Desconhecido pelos outros	III Eu Secreto	IV Eu Desconhecido
	Conhecido por mim	Desconhecido por mim

Assim, no quadrado I, designado o eu aberto, refere-se ao comportamento e motivação que são conhecidos por todos os envolvidos, isto é, as características são conhecidas pela própria pessoa e pelos outros. O denominado quadrado II, chamado o eu cego, onde os outros podem ver na pessoa características que o próprio desconhece. O quadrado III, denominado o eu secreto em que representa a área oculta em que o indivíduo sabe características suas, mas não revela aos outros (por exemplo, assuntos mais sensíveis). Por fim, o quadrado IV, intitulado o eu desconhecido, em que nem a própria pessoa nem os outros têm consciência de determinadas características (Silva & Santos, 2022).

Nesta UC, como proposta da docente, foi realizado um exercício a pares, em que foi nos foi solicitado fazer um breve texto acerca de como nós próprios nos descrevíamos e de igual modo, realizar uma pequena descrição de como víamos o colega escolhido. Seguidamente, cada um leu perante a turma, o texto com a descrição de si mesmo e o texto da descrição do seu par. No final era-nos perguntado se concordávamos com o que o colega escreveu acerca de nós.

Em jeito de opinião, consideramos que a realização deste exercício demonstrou ser de elevada relevância, na medida que possibilita ao grupo conhecer melhor a identidade de cada elemento, bem como permite melhorar a capacidade individual de autoconhecimento. Para além disso, torna-se útil no desenvolvimento de sentido crítico relativamente aos comportamentos e

características pessoais que possam favorecer ou prejudicar a nossa imagem e as relações com o outro.

Esta dinâmica demonstra-se, como um exercício útil no aperfeiçoamento desta competência. No entanto, e apesar de todo o autoconhecimento que possível adquirirmos neste longo percurso, consideramos que diariamente aprendemos um pouco mais de nós, sendo uma tarefa inacabada, que se encontra em constante evolução.

As três últimas competências que se encontram descritas no Regulamento de Competências Específicas do EEESMP são:

- “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018a, p.21427);

- “Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018a, p.21427);

- “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” (OE, 2018a, p.21427).

Estas competências serão em seguida analisadas reflexivamente de forma conjunta, uma vez que diversos aspetos se interligam.

O processo de enfermagem, como já foi referindo anteriormente, inicia-se no primeiro contato com o doente e termina na fase de conclusão.

Durante o processo de acolhimento, para além da explicitação de regras, horários e apresentação do espaço físico do Hospital de Dia aos utentes e familiares, era realizada a entrevista de avaliação diagnóstica, com recurso ao exame do estado mental. Sempre que os utentes manifestassem vontade que os familiares os acompanhassem neste processo, era também colhida informação aos familiares.

Esta avaliação era realizada no primeiro contato do enfermeiro com o utente. Muitas das vezes, os utentes referenciados para Hospital de Dia ainda se encontravam internados no Serviço de Internamento de Agudos e de forma a otimização de recursos, a entrevista era realizada no serviço de internamento, onde também se procedia à recolha de informação junto dos colegas.

A avaliação do estado mental incluiu um conjunto de elementos que visam dar resposta ao diagnóstico, caracterizando-se pela “observação do comportamento do utente e a sua descrição de forma concreta e sem juízos de valor, procurando revelar deste modo, os sinais de doença”

(OE, 2017, p.1). Segundo Lopes (2006), citado por OE (2017), este processo rege-se por três grandes linhas orientadoras: o enfermeiro deverá centrar a sua atenção na problemática do utente através da sua perspetiva, o recolher informações sobre o que o doente sabe, pensa e sente.

Esta avaliação apresenta uma estrutura própria, encontrando-se dividido nos seguintes componentes: aspeto geral, comportamento, atitude face ao entrevistador, psicomotricidade, nível de consciência e orientação, funcionamento cognitivo, humor, emoções, linguagem, conteúdo do pensamento, alterações da perceção, consciência da doença, entre outras (OE, 2017).

A realização desta entrevista de avaliação permite ao enfermeiro a identificação e clarificação de um ou mais problemas/necessidades e na caracterização da situação relacionada com um ou mais diagnósticos. Os dados obtidos por este meio, são essenciais para o planeamento de intervenções individualizadas de forma a ser obtido o maior grau de sucesso na resolução do problema (Sequeira & Sampaio, 2020).

No final desta avaliação e enquanto EEESMP compete-nos proceder à organização dos dados resultantes da aplicação do exame do estado mental, de forma a descrevermos o que vimos e ouvimos durante a entrevista com a pessoa, de modo a organizar os dados colhidos (OE, 2017).

Desta forma, entendemos a Entrevista de Avaliação do Estado Mental como uma das diversas ferramentas que o enfermeiro pode utilizar na componente de avaliação diagnóstica no processo de enfermagem, de modo a identificar alterações da normalidade no funcionamento mental da pessoa (OE, 2017).

Relativamente à competência para realização da Avaliação do Estado Mental, a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica defende que só os EESMP, por terem formação creditada e prática tutelada, lhes pode ser reconhecida legalmente a competência para realizar esta avaliação (OE, 2017).

Posteriormente à colheita de dados, eram definidas as intervenções a realizar com base nas necessidades identificadas “elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem” (OE, 1996, p.2960) e depois realizadas “execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários” (OE, 1996, p.2960).

Desta maneira, ao longo do Estágio Final foram múltiplas as intervenções por nós realizadas. Seguidamente será analisada de forma reflexiva as consideradas mais relevantes.

A psicoeducação pode definir-se como a “administração sistemática de informação e treino às pessoas doentes e seus familiares, acerca dos sintomas, mecanismos causais e tratamento, com o objetivo de melhorar os comportamentos associados à doença” (Glick, 1994; Fresán et al., 2001; citado por Brito, 2021, p.57).

Sendo uma forma específica de educação, tem como finalidade principal auxiliar as pessoas com doença mental ou mesmo qualquer outra com interesse na doença mental, na compreensão dos factos sobre uma ampla gama de doenças mentais, de forma clara e concisa, sendo considerada também uma maneira de aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos (OE, 2015a).

Esta técnica ao ser utilizada, permite incentivar mudanças comportamentais, sociais e emocionais de forma a promover a saúde mental e a prevenir a doença (Fenwick et al., 2018 citado por Maia et al., 2018).

De modo a concretizar este objetivo, foram implementadas periodicamente sessões psicoeducativas de grupo dirigidas aos Utentes de Hospital, previamente planeadas no projeto de estágio. Desta forma as sessões realizadas foram de encontro às seguintes temáticas:

- Adesão ao regime terapêutico;
- Ansiedade;
- Autorregulação emocional;
- Comunicação assertiva;
- Estigma associado à doença mental;
- Prevenção de recaídas.

A pertinência da escolha destas temáticas foi previamente analisada juntamente com a EEESMP orientadora indo de encontro às necessidades do grupo. De maneira a incluir o doente no seu processo de tratamento, também os intervenientes foram inquiridos acerca de quais temáticas gostariam de ver abordadas.

Estas sessões psicoeducacionais foram concebidas para integrar um programa de intervenção, juntamente com outras intervenções de base psicoterapêutica, uma vez que a psicoeducação, não sendo considerada um tratamento por si só, mas sim projetada para ser parte de um plano global de tratamento (OE, 2015a).

Através da promoção da saúde, a intervenção psicoeducacional facilita o *empowerment* da pessoa, quer de forma individual quer em grupo, permitindo a aquisição de “um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (OE, 2015a, p.17039).

Contribuiu igualmente para a literacia em saúde mental, na medida que melhora a capacidade de reconhecer os diferentes aspetos relacionados com saúde mental e doença mental, desenvolve a habilidade de procura de informação acerca da saúde mental e facilita o conhecimento acerca dos fatores de risco, causas, tratamentos e atitudes que promovam a busca de ajuda adequada (OE, 2015a).

Especificamente referindo-nos à sessão acerca do estigma associado à doença mental, esta foi desenvolvida com a finalidade de capacitar a pessoa para o respeito à pessoa portadora de doença mental, assim como estratégias de combate ao autoestigma. Da mesma forma foi dado a conhecer uma associação local de combate ao estigma em saúde mental, que promove atividades dirigidas aos portadores de doença mental e seus familiares/cuidadores, assim como a todos os aqueles que demonstrem interesse pela causa.

Consideramos a psicoeducação uma técnica muito profícua para o EEESMP, uma vez que ao criar um ambiente propício para uma sessão de psicoeducação, permite estabelecer uma interação entre enfermeiro - pessoa/cuidador/familiar/grupo o que conseqüentemente conduz a uma relação de confiança, contribuindo para o processo de tratamento e recuperação do doente, como de capacitação para o próprio/família/cuidador.

Um aspeto relevante, ainda acerca da utilização desta técnica, consiste em poder ser utilizada quer de forma individual, familiar ou em grupos, assim como poder ser aplicada transversalmente a toda a doença mental e a todos os níveis de cuidados.

De maneira a estimular os utentes para a participação ativa no decorrer das sessões, foram desenvolvidas dinâmicas de quebra-gelo no início das mesmas, estimulando a interação grupal e o processo comunicacional.

Outra forma de captar a atenção dos intervenientes durante as sessões foi através do lançamento de debates acerca das temáticas, pelo uso das tecnologias como projeção de vídeos oportunos, como pelo recurso ao *role play* de modo a envolver sempre o utente, promovendo a sua capacidade de reflexão e conseqüentemente o *insight*.

Como suporte educativo, foram elaborados folhetos informativos dirigidos aos utentes e ficha didáticas, de modo a permitir a automonitorização de aspetos relacionados com o seu processo de doença, promovendo a responsabilização individual no processo de recuperação.

No final das sessões era dado espaço ao grupo para o debate e para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Durante o estágio foi-nos lançado o desafio de participar na dinamização do Grupo Psicoeducativo Multifamiliar. Este grupo, constituído por familiares de portadores de doença

mental grave, reúne-se com frequência quinzenal no serviço de Hospital de Dia de Psiquiatria e é dinamizado pela EEESMP orientadora e por EEESMP da valência de internamento agudos.

O tema escolhido, Autorregulação Emocional, foi discutido com as duas EEESMP dinamizadoras, indo de encontro às necessidades educativas deste grupo.

Acerca da psicoeducação familiar tem-se demonstrado eficaz na redução da sobrecarga e emoção expressa, refletindo-se numa melhoria relacional entre os membros do agregado familiar. Para além de dar a conhecer o processo de doença, tem como principal finalidade auxiliar no processo de redução de problemas, assim como diminuir o *stress* familiar e fornecer suporte social (Figueiredo et al., 2009; Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006; Lucksted, McFarlene, Dowing & Dixon, 2012, citado por Sequeira & Sampaio 2020).

Neste modelo de abordagens multifamiliares, os familiares são convidados a participar em sessões de grupo, sendo a grande vantagem deste tipo de intervenção a partilha de emoções e experiências, sendo considerado o modelo mais eficaz (Pfammatter, Andres & Brenner, 2012, citado por Sequeira & Sampaio 2020).

Ao longo do Estágio Final, foi efetuado acompanhamento de família de doente portador de doença mental grave. Foi realizada entrevista de avaliação diagnóstica, assim como aplicada a escala de *Stress* do Cuidador disponibilizada e parametrizada no SIE Sclínico, aos familiares.

Com esta família, foram realizadas duas sessões psicoeducativas: acerca de comunicação assertiva e sobre doença afetiva bipolar. A escolha destas duas temáticas teve a ver essencialmente com o diagnóstico de comunicação ineficaz entre familiares-doente e défice de conhecimento acerca da doença, identificada por nós durante a entrevista e referida pelos próprios.

Neste tipo de abordagem com apenas uma família, a vantagem é a possibilidade de ser realizada uma intervenção mais individualizada indo ao encontro das suas necessidades (Sequeira & Sampaio, 2020).

Durante as sessões, era sempre mobilizada a empatia, a escuta ativa e a disponibilidade para prestação de apoio emocional e esclarecimento de eventuais dúvidas.

De forma a fornecer material educativo de suporte, foram elaborados folhetos informativos sobre comunicação assertiva e perturbação afetiva bipolar, uma vez que foi identificado défice de conhecimento nessas temáticas.

Em enfermagem, as intervenções de base psicoterapêutica são entendidas como um processo que se centra na relação interpessoal desenvolvida entre o EEESMP e utente “no qual

o estabelecimento da relação de confiança e ajuda permite que todos os atores envolvidos cresçam e se desenvolvam de forma autónoma, construindo em parceria novas explicações e razões para os problemas identificados” (Sampaio et al., 2016, p. 12).

Uma das formas de intervenção psicoterapêutica em enfermagem foi conseguida pela realização de sessões de relaxamento: pela técnica Relaxamento Autogénico adaptado de Shultz, pelo Relaxamento Muscular Progressivo adaptado de Jacobson.

A técnica de relaxamento é considerada uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem, que utiliza técnicas para incentivar e provocar relaxamento com a finalidade de diminuir sinais e sintomas indesejáveis, tais como a dor, a tensão muscular ou a ansiedade (Butcher et al., 2018, citado por OE, 2023). Pode ser igualmente utilizada como fazendo parte de um programa mais amplo de gestão de *stress*, contribuindo igualmente para diminuição da pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde (OE, 2015a).

Foi com recurso à utilização destas técnicas, que estas intervenções foram implementadas, com o intuito de promover uma sensação de bem-estar ao utente, quer pelo relaxamento muscular, como pela redução da ansiedade.

Durante o estágio foram planeadas e executadas, sessões de terapia pela arte, utilizando a técnica de mediação artístico-expressiva, recorrendo ao desenho e à escrita como mediadores artístico-expressivos.

Enquanto intervenção psicoterapêutica e competência do EEESMP, a técnica de mediação artístico-expressiva, utiliza intencionalmente mediadores artístico-expressivos (expressão plástica, expressão corporal, expressão vocal, musical, expressão dramática ou escrita) com finalidade terapêutica, sendo igualmente promotores da comunicação, relação terapêutica e facilitadores da intervenção (Ferraz, 2009, citado por OE, 2023).

No que respeita aos cuidados socioterapêuticos, definindo-se como sendo o processo que se centra “na relação interpessoal desenvolvida entre profissionais com competências reconhecidas e o cliente, que neste caso é sempre o grupo” (OE, 2015a, p.17040), estes foram prestados durante as diversas intervenções psicoterapêuticas, realizadas por meio de sessões em grupo de familiares, de utentes ou mistos, na medida que o foco da intervenção socioterapêutica se baseia na interação que os diferentes elementos do grupo estabelecem entre si (OE, 2015a).

As intervenções realizadas em grupo, para além de contribuírem para o processo de socialização, facilitam a interação e coesão grupal. Promovem ainda o combate ao idadismo, através do convívio intergeracional, pela heterogeneidade de idades presente nos grupos.

A melhor compreensão dos problemas de interação vividos em grupo, proporciona à pessoa o desenvolvimento de respostas humanas para os problemas de vida identificados, ou para novos problemas que surjam nos diferentes grupos que integra ao longo do ciclo de vida, contribuindo para o seu bem-estar (OE, 2015a).

Por sua vez, a intervenção psicossocial entendendo-se como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido à perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente, na comunidade” (OE, 2015a, p.17039), envolve o desenvolvimento das competências individuais, tendo como principal objetivo a emancipação do utente, a redução da discriminação e do estigma e a melhoria da competência social (OE, 2015a).

Consideram-se habilidades sociais os comportamentos aprendidos e socialmente aceites que permitem à pessoa interagir com as outras (Gresham, 2009 citado por Loureiro 2011).

Ao longo do estágio formam desenvolvidas diversas atividades dentro deste âmbito.

A ajuda da procura ativa de emprego a utentes que se encontravam desempregados e ambicionavam regressar ao mercado de trabalho, foi uma das intervenções desenvolvidas nesse campo de ação.

O treino de competências pessoais e sociais foi igualmente desenvolvido com determinadas pessoas, nomeadamente o modo como planear um dia, dicas sobre alimentação saudável-compras e ementas e preparação das caixas de medicação juntamente com o utente, procurando maximizar a sua autonomia. Sempre que se justificasse eram realizados ensinamentos oportunos no âmbito das atividades de vida diárias como autocuidado, higiene do sono, obstipação e sexualidade.

Outras competências pessoais foram igualmente treinadas, tais como o autoconhecimento, a melhoria da autoestima, as competências comunicacionais e a resolução de problemas. Este treino de competências tem-se demonstrado útil ao nível da promoção da saúde mental e na ajuda facultada às pessoas a exercer mais controlo sobre sua vida e sobre o ambiente em que vivem (OE, 2015a).

O avanço da tecnologia implica a aprendizagem ao nível da literacia digital. Assim, a existência de computador com acesso a internet, na sala de Hospital de Dia, proporcionou o ensino ao nível da literacia digital, alertando para as tentativas fraudulentas às quais podem estar expostos no seu quotidiano.

A realização de atividades ocupacionais também foram desenvolvidas através de pintura, costura e de trabalhos manuais, sempre indo de encontro às preferências manifestadas pelas pessoas.

As atividades culturais, apesar de limitadas devido à inexistência de transporte, foram conseguidas pela ida a uma exposição de pintura na localidade e através de visitas aos murais da cidade. De forma a promover a participação das pessoas em atividades culturais, foi criado o Cartaz Cultural – um quadro localizado na sala de Hospital de Dia, onde tanto os profissionais como as pessoas poderiam afixar divulgação de eventos culturais no Conselho, preferencialmente gratuitos, de modo a que fosse acessível à grande maioria.

No grupo do exercício físico e alimentação saudável, semanalmente era realizada uma atividade no exterior, dedicada ao exercício físico, composta por uma caminhada e um conjunto de exercícios físicos a realizar nos parques da cidade, promovendo deste modo estilos de vida saudáveis e fomentando a interação grupal.

Outra forma de aplicação das intervenções de base psicoterapêutica foi a entrevista motivacional para a cessação tabágica.

Muitos dos utentes que integram o Hospital de Dia apresentavam hábitos tabágicos regulares. Apesar de não existir especificamente uma consulta de enfermagem destinada a este propósito, a todos os que manifestavam essa intenção, era realizada a entrevista motivacional para a cessação tabágica, sendo fornecidos sistemas transdérmicos de nicotina, após prescrição médica.

Era avaliada a dependência tabágica através do Teste de Dependência à Nicotina, adaptado de Fagerstrom, fornecido Contrato de Cessação Tabágico e material educativo de suporte - Balanço Decisinal e Registo Diário do Consumo de Tabaco.

A entrevista motivacional é uma intervenção psicoterapêutica de enfermagem que se caracteriza por um diálogo construtivo acerca da mudança de comportamento, implicando a utilização da escuta ativa e empatia para compreender a perspetiva do utente, de forma a minimizar a resistência para a mudança (Barroso, 2020, citado por OE, 2023).

É uma intervenção com múltiplas indicações clínicas, embora haja mais evidência da sua utilização com pessoas com comportamentos aditivos e dependências (RNAO, 2015; Sequeira 2016, citado por OE, 2023).

Semanalmente era avaliada a adesão ao regime terapêutico, com recurso à análise dos documentos fornecidos previamente à pessoa – Balanço Decisinal e Registo Diário do Consumo de Tabaco.

Outra intervenção psicoterapêutica em enfermagem, utilizada durante o Estágio Final, foi a intervenção em crise, definindo-se esta como “o uso de aconselhamento num curto prazo para ajudar o utente a enfrentar uma crise e a retornar a um estado funcional comparável ou melhor que o estado pré-crise” (Butcher et al., 2018, citado por OE, 2023).

O objetivo desta intervenção é uma resolução rápida da crise, impedindo uma maior deterioração ao nível funcional, promovendo o crescimento e o reconhecimento da ameaça para evitar resultados negativos (Sequeira, 2015 citado por OE, 2023).

Esta intervenção, apesar de toda a dificuldade que aporta para os profissionais, relacionada com o desequilíbrio funcional do utente, foi realizado em situações de luto, de agravamento do estado depressivo, em crises de ansiedade e em casos de comportamento autodestrutivo.

Sempre que a situação por si só não se resolvia com recurso às intervenções executadas pela equipa de enfermagem, era informado o psiquiatra assistente, ou na ausência deste, o psiquiatra de apoio ao serviço de urgência, e em equipa era debatida a estratégia de modo a ir ao encontro das necessidades da pessoa, quer fosse através de prescrição de medicação em SOS ou alteração terapêutica do regime medicamentoso atual.

Importa referir que no final do turno, eram efetuados os registos de enfermagem nos SIE, de acordo com as intervenções realizadas, no processo individual de cada utente/familiar, cumprindo o rigor da utilização de terminologia científica e linguagem clara e objetiva, no horário apropriado.

Por último as intervenções realizadas eram avaliadas, e caso houvesse necessidade eram reformuladas “avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções” (OE, 1996, p.2960).

5.3. Competências de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

A aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, de acordo com o Artigo 15º do Decreto-Lei nº 65/2018 publicado em Diário da República, 1.ª série, N.º 157 de 16 de agosto de 2018, é conferido a quem demonstre:

- “a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e

- aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo” (Portugal, 2018a, p.4162).

As competências estabelecidas para o Curso de Mestrado em Enfermagem, de acordo com o documento NCE/14/01772, de 16 de fevereiro de 2015 para obtenção do grau de Mestre, são as seguintes:

- “1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (Universidade de Évora, 2015, p.27).

De forma a demonstrar a aquisição das competências supracitadas, seguidamente analisamos o modo como as quais foram alcançadas.

O ingresso e frequência no Mestrado de Enfermagem demonstra determinação para obtenção de novos conhecimentos e competências numa área de especialização, contribuindo para o crescimento pessoal, assim como profissional.

Identicamente, os dezasseis anos de experiência profissional na área da saúde mental contribuiu para a aquisição destas competências. O *know-how* conquistado anteriormente pela prática clínica facilitou o modo de atuação ao longo do Estágio Final, refletindo uma melhoria ao nível assistencial, facilitando a compreensão dos conteúdos lecionados nas Unidades Curriculares.

Ao longo de todo o percurso, de forma a consolidar e aprofundar conhecimentos foi realizada uma constante pesquisa bibliográfica, sendo que a UC de Investigação em Enfermagem em muito contribuiu para o desenvolvimento desta habilidade, o que sequencialmente se manteve ao longo do Estágio Final de modo a executar uma prática baseada na evidência.

A consolidação de conhecimentos na área da saúde mental foi crescente pela frequência em congressos e formações ao longo do Mestrado em Enfermagem “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015b, p.8102), destacando-se a participação enquanto formanda nos seguintes:

- Atividade formativa - Rumo ao Futuro: A importância da Promoção da Saúde Mental em Crianças e Adolescentes, realizado no dia 19 de setembro de 2023, com duração total de 2 horas, na Plataforma digital *Cisco Webex Events*, acreditada pela Ordem dos Enfermeiros;

- Atividade formativa - As Perturbações do Comportamento Alimentar e Sexualidade. Focos de Atenção do EESMP, dinamizada pela Secção Regional da Madeira da Ordem dos Enfermeiros, realizada no dia 9 de outubro de 2023, com duração total de 2 horas, na Plataforma digital - *Cisco Webex Events*, acreditada pela Ordem dos Enfermeiros;

- XIV Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema - Saúde Mental: uma prioridade para todos, realizado de 19 a 20 de outubro de 2023 em Évora, Portugal, com a duração de 16 (dezasseis) horas;

- XVI Congresso Nacional de Psiquiatria, subordinado ao tema - Psiquiatria de Precisão: Novos Horizontes de Personalização e Humanização em Saúde Mental, que decorreu de 22 a 25 de novembro de 2023, no Palácio de Congressos do Algarve;

- Formação interna realizada no Serviço de Psiquiatria, onde decorreu o estágio Final, intitulada - Atividades de Ocupação Terapêutica, no dia 6 de dezembro 2023, perfazendo uma carga horária de 1 hora.

De igual forma, os conteúdos aprendidos ao longo deste percurso, juntamente com os instruídos pela enfermeira orientadora e orientador pedagógico, foram mobilizados para a prática clínica.

Através da cooperação com a equipa multidisciplinar, foi possível a partilha de conhecimentos, troca de experiências, valorizando o cuidado especializado à pessoa, família e comunidade.

A prestação de cuidados à pessoa portadora de doença mental, no contexto de estágio no serviço de Hospital de Dia, decorreu num clima de respeito pelos princípios éticos e deontológicos pelos quais se rege a profissão de enfermagem. A frequência da UC de epistemologia, ética e direito em enfermagem, permitiu aprofundar conhecimentos nesta área, melhorando a capacidade de interpretação da legislação vigente, fundamental para assegurar os direitos da pessoa.

Durante o Estágio Final as experiências vivenciadas foram continuamente analisadas e discutidas com a EEESMP orientadora, promovendo a capacidade de análise, reflexão e de juízo crítico, aptidões tão essenciais ao EEESMP.

Perante o que foi demonstrado, consideramos que as competências descritas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem foram conquistadas, traduzindo-se numa melhoria da qualidade assistencial prestada.

CONCLUSÃO

Com a realização do presente Relatório de Estágio pretendeu-se refletir acerca de todo o percurso trilhado ao longo deste Curso de Mestrado em Enfermagem, assim como, demonstrar a aquisição de competências comuns do EE, específicas do EEESMP e de Mestre em Enfermagem.

Visou-se igualmente dar a conhecer o programa de intervenção delineado no Projeto de Estágio, tendo por base a metodologia de projeto e, posteriormente implementado durante o Estágio Final.

Enquanto Projeto de Estágio o mesmo necessitou de ser ajustado de forma a corresponder às reais necessidades dos utentes, o que vai de encontro ao defendido no modelo teórico de *Tidal*, colocando a pessoa no centro do processo de cuidar.

O uso de um modelo teórico de enfermagem é crucial na medida que permite sustentar e guiar o enfermeiro na sua prática clínica, incentivando a reflexão crítica e a aplicação de conceitos teóricos na prática.

O programa de intervenção dirigido à pessoa com sintomatologia ansiosa e depressiva projetado para o estágio visou colmatar a inexistência, de um plano terapêutico sistematizado e sustentado teoricamente, vocacionado aos utentes em Hospital de Dia do Serviço de Psiquiatria que apresentem este diagnóstico, com o propósito de melhorar a sua qualidade de vida.

Por conseguinte, através de um conjunto de sessões calendarizadas e delineadas, entre as quais sessões de relaxamento, psicoeducativas e de terapia pela arte, o programa supracitado é suscetível de ser implementado transversalmente nos serviços de Hospital de Dia de Psiquiatria pelo EEESMP.

Acerca do EEESMP, consideramos que este desempenha um papel fundamental na promoção da saúde mental, prevenção da doença, tratamento e reabilitação da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, regendo a sua intervenção por princípios éticos e deontológicos, baseando a sua prática na evidência.

É também através da aplicação do processo de enfermagem e capacidade de avaliação diagnóstica que confere ao enfermeiro a sua especificidade, ao planear, implementar, avaliar e se necessário, reformular as intervenções, de modo a responder às necessidades atuais e potenciais da pessoa.

Similarmente, também a relação de ajuda torna singular o processo relacional enfermeiro-pessoa, na medida que é pautado pela empatia, respeito, colocando o outro no centro do cuidado, tendo em conta a sua individualidade e as suas experiências anteriores o que contribuiu para a satisfação da pessoa e conseqüente adesão ao regime terapêutico acordado.

De forma reflexiva, este trabalho permitiu igualmente melhorar a capacidade de análise crítica pela fundamentação de todas as intervenções desenvolvidas ao longo do Estágio Final, assim como serviu de processo de autoavaliação de todo o trabalho concretizado.

As aprendizagens resultantes das componentes teóricas, associadas à prática clínica acrescentada pelo Estágio final permitiram um progressivo crescimento a nível pessoal, quer a nível profissional.

A erudição dos professores, a experiência da enfermeira orientadora e dos diversos profissionais com que nos cruzamos durante o ensino clínico, ampliaram o nosso espectro de conhecimentos.

As vivências com os colegas, a partilha de experiências e a troca de ideias influenciaram pela positiva o modo como superámos as dificuldades ao longo destes três semestres, fomentando de igual modo o autoconhecimento.

A resiliência em todas as etapas passadas fomentou o autoconhecimento, capacidade basilar ao EEESMP para a prestação de cuidados, particularmente ao nível do processo relacional.

Sendo a prática baseada na evidência elementar à excelência dos cuidados de enfermagem, a extensa pesquisa bibliográfica realizada para a fundamentação teórica das intervenções realizadas foi sempre uma constante preocupação, o que possibilitou um aprofundar dos conhecimentos científicos traduzindo uma maior confiança e autonomia na prestação de cuidados e na melhoria da qualidade assistencial.

Como dificuldades sentidas ao longo deste curso de ME identificamos o fato dos estudantes trabalharem, muitos em regime de horário rotativo, e simultaneamente estudarem, situação bem diferente de outros profissionais, sendo um fator limitante em termos de disponibilidade. No caso pessoal da estudante, também condicionada pelo fato de ter sido mãe durante o curso, situação que foi colmatada quer pela dedicação e força de vontade da própria, assim como pela compreensão e disponibilidade dos docentes.

Em suma e de acordo com o referido anteriormente, consideramos que os objetivos a que nos propusemos atingir foram alcançados, uma vez que se analisou e refletiu-se criticamente

acerca das atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo desta experiência formativa, à luz dos pressupostos propostos pela teoria.

Sendo a intervenção do EEESMP um poderoso aliado na resposta às problemáticas da doença mental, sugere-se que no futuro seja dada primazia à implementação de estratégias não farmacológicas no alívio da sintomatologia ansiosa e depressiva, como programas de intervenção similares ao apresentado, não apenas em contexto hospitalar, como também sediados na comunidade facilitando o seu acesso e contribuindo para o combate ao estigma associado à doença mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora.
- Antunes, F. R. (2015). *Intervenções psicoeducativas com recurso a mediadores expressivos na pessoa com dependência química* (Doctoral dissertation, [sn]). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16445>.
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Routledge.
- Barros, A. B., & Bispo, G. S. (2017). Teorias de enfermagem: base para o processo de enfermagem. Anais do Encontro Internacional do Processo de Enfermagem. Galoá. <https://doi.org/10.17648/enipe-2017-85605>.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. Coimbra. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brito, L. (2021). GRUPOS PSICOEDUCATIVOS MULTIFAMILIARES: ensinar e aprender a viver com a esquizofrenia. Grácio Editor. Coimbra.
- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica - Os Fundamentos Existencial-Humanista da Relação de Ajuda. Vol. 1. Lusodidata. Loures.
- Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica - Estratégias de Intervenção. Vol. 2. Lusodidata. Loures.

- Coelho, J., Sampaio, F., Teixeira, S., Parola, V., Sequeira, C., Fortuno, M. L., & Merino, J. R. (2020). A relação de ajuda como intervenção de enfermagem: uma scoping review. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, nº 23, pp. 63-72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0273>
- Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida [CNEV]. (julho de 2019). Parecer nº 105: Parecer sobre tratamento compulsivo e direitos das pessoas com doença mental. Portugal: CNEV.
- Ferreira, L., Firmino, P., Florido, P., Gamanho, D., & Jorge, L. (2006). Perspetiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 61-70. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/536>
- Ferreira, T. (2017). Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/109421/2/235543.pdf>
- Freitas, R., Araujo, J., Moura, N., Oliveira, G., Feitosa, R., & Monteiro, A. (2020). Cuidado de enfermagem em saúde mental fundamentado no TIDAL MODEL: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20180177. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0177>
- Guerra, C. I. A. (2022). *A recuperação da pessoa com doença mental* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.26/44312>.
- Júnior, S., & Costa, F. (2014). Mensuração e escalas de verificação: uma análise comparativa das escalas de Likert e Phrase Completion. *PMKT–Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia*, 15(1-16), 61. <https://sistema.semead.com.br/17semead/resultado/trabalhospdf/1012.pdf>
- Lima, J., Gonçalves, H., Belo, F., Francisco, L., Silva, L., Alves, N., Santos, M., & Albuquerque, M. (2022). Aplicabilidade do Tidal Model por enfermeiros em serviços de saúde mental: uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 11(1). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25168>

- Loureiro, C. (2011). Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6(1), 7-14. DOI: [10.19131/rpesm.0082](https://doi.org/10.19131/rpesm.0082)
- Maia, R., Araújo, T, & Maia, E. (2018). Aplicação da psicoeducação na saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 20(2), 53-63. DOI: 10.5935/2318-0404.20180020
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (1996). REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro. *Diário da República, 1ª Série A, nº 205*. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (26 abril de 2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (24 de abril de 2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos [Edição: Ordem dos Enfermeiros setembro de 2002; Revisão e reimpressão: agosto de 2012]*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (25 junho de 2015a). Regulamento nº 356/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. *Diário da República, 2ª Série, nº 122*. Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (16 de setembro de 2015b). Lei nº 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 1ª série, nº 181 de 16 de setembro de 2015*. Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE 2015. Lisboa: Lusodidata.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017). Parecer nº 1/2017. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na Realização de Exame do Estado Mental. Portugal: Ordem dos Enfermeiros: MCEESMP. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMP_Parecer1_2017_CompEEESMPRealizacaoExameEstadoMental.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (7 de agosto de 2018a). Regulamento nº 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Diário da República, 2ª Série, nº 151. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (outubro de 2018b). Padrão de Documentação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Lisboa. Portugal. <https://pt.scribd.com/document/452764700/ppadiao-documentacao-enfermagem-saude-mental-e-psiquiatrica-auscultacao-vf-1>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento nº 140/2019: Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019. Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2023). Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. Lisboa: Papa-letras. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/30959/gobp_intervencao-psicoterapeutica_ok.pdf

Lopes, P. S. M. (2019). Relaxamento muscular progressivo no tratamento da ansiedade e os seus transtornos: revisão sistemática. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/206017/001111311.pdf?sequence>.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, health & medicine*, 12(2), 225-237. DOI: 10.1080/13548500500524088

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

- Pordata. (2021). *Pordata: Estatísticas sobre Portugal e Europa*. <https://www.pordata.pt/censos/resultados>
- Portugal, A. d. (2005). Lei Constitucional nº1/2005 de 12 de agosto: sétima revisão constitucional. *Diário da República*, 1ª série A, nº 155 de 12 de agosto de 2005. Portugal.
- Portugal, M. d. (16 de agosto de 2018). Decreto-Lei nº 65/2018. *Diário da República*, 1ª série, nº 157 de 16 de agosto de 2018. Lisboa, Portugal.
- Portugal, P. d. (14 de dezembro de 2021). Decreto de Lei nº 113/2021. *Diário da República*, 1ª série, nº 240 de 14 de dezembro de 2021. Lisboa, Portugal.
- Reis, C. (2014). Internamento Compulsivo: sua contextualização [Master's thesis, Universidade Lusíada do Porto]. Porto, Portugal: Universidade Lusíada. <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/1939>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, nº 15, pp. 1-37. Disponível em: https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, M. (2016). Intervenções psicoterapêuticas de enfermagem NIC na prática clínica em Portugal: Um estudo descritivo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 16 (16), 11–18. <https://doi.org/10.19131/rpesm.01527>
- Sequeira, C. (2021). Primeira ajuda em saúde mental: um contributo para uma sociedade mais saudável. *SMAD, Revista Eletrónica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 17(4), 4-6. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.000193
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: diagnósticos e intervenções*. Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Severino, D., Rodrigues, B., & Spósito, P. (2021). O efeito da técnica de relaxamento muscular profundo de Jacobson na melhoria da saúde mental The effect of Jacobson's deep muscle relaxation technique on improving mental health. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(6), 26808-26818. DOI:10.34119/bjhrv4n6-253.

- Silva, M. (1996). Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 4, 25-37. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000700004>
- Silva, E., & Santos, A. (2022). A Janela de Johari e o desenvolvimento das competências socioemocionais: algumas notas analíticas. *Revista Nova Paideia-Revista Interdisciplinar em Educação e Pesquisa*, 4(3), 135-144. <https://doi.org/10.36732/riep.vi.150>.
- Souza, L., de Souza, A., Pereira, K., Figueiredo, T., Bretas, T., Mendes, M., Mota, E., Santana, J., & Silva, C. (2013). Matriz swot como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. *Revista Gestão & Saúde*, 4(1), 1633-1643. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/207/196>
- Teixeira, L., Monteiro, A., Guedes, M., Silva, L., & Freitas, M. (2018). Teoria da Maré: análise pautada na perspectiva de Meleis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 457-462. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0394>
- Trovão, N., Portela, C., Baptista, B., Nascimento, S., dos Santos, M., Mota, D., Marques, M., & Silva, R. (2020). Resultados de um Modelo de Intervenção em Crise em Hospital de Dia de Psiquiatria e Discussão do Efeito da Empatia. *Psilogos*, 18(1&2), 9-22. <https://doi.org/10.25752/psi.16077>
- Universidade de Évora. (16 fevereiro de 2015). NCE/14/01772 — Apresentação do pedido corrigido - Novo ciclo de estudos. Évora, Portugal. <https://www.ess.ips.pt/files/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20do%20pedido%20corrigido%20-%20Novo%20ciclo%20de%20estudos.pdf>
- World Health Organization [WHO]. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER2017.2-eng.pdf?sequence=>