



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

ALTO TÂMEGA



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS  
PSICOTERAPÊUTICOS À PESSOA COM  
PERTURBAÇÃO MENTAL:  
O Relaxamento no Controlo da Ansiedade**

**CATARINA MARIA PEREIRA DA CONCEIÇÃO**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica**

**Funchal,**

**2025**

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
ESPECIALIZADAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS  
PSICOTERAPÊUTICOS À PESSOA COM  
PERTURBAÇÃO MENTAL:  
O Relaxamento no Controlo da Ansiedade**

**Catarina Maria Pereira da Conceição**

**Orientadora: Professora Luísa Gonçalves**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S. José de  
Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e  
Psiquiátrica**

**Funchal,**

**2025**

***“A saúde mental é um direito, não um privilégio.”***

***- Franco Basaglia***

*Aos meus pais, pelo apoio incondicional*

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, a todos os seus docentes e funcionários, por fazerem desta instituição uma referência em Enfermagem e, simultaneamente um porto seguro de aprendizagem e desenvolvimento académico e pessoal para todos os seus estudantes.

À Professora Maria Luísa Gonçalves pelo acompanhamento, motivação, compreensão e disponibilidade ao longo deste percurso. A sua orientação e boa disposição tornaram este caminho mais leve e gratificante. A todo o restante corpo docente deste curso pelos contributos ao longo desta aprendizagem.

Aos meus pais, Délia e Ilídio, pelo apoio incondicional, pelo amor, pela motivação e pelos valores e ensinamentos transmitidos desde sempre. Por sempre terem acreditado em mim e nas minhas capacidades, sou-vos eternamente grata. Ao meu irmão Francisco, pela infância partilhada.

Ao António, companheiro de vida, pelo apoio e presença constantes. O teu incentivo permanente foi essencial e tornou-me uma pessoa mais perseverante neste percurso.

A toda a minha família pelo amor e carinho incondicionais, desde sempre. A todos os meus amigos: pela amizade, pelas gargalhadas e por trazerem alegria aos meus dias.

Aos meus colegas de curso, juntos ultrapassámos dificuldades e comemoramos as vitórias coletivas e individuais. Sem vós esta caminhada não teria sido tão intensa.

A todos aqueles que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para o sucesso desta jornada.

A todos, sou profundamente grata pela vossa presença na minha vida e no meu percurso académico!

## RESUMO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias e com a Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa do Alto Tâmega, tendo como finalidade a apresentação e discussão pública a fim de obter o título de especialista e grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Assim, este relatório intitulado “Desenvolvimento de Competências Especializadas na Prestação de Cuidados Psicoterapêuticos à Pessoa com Doença Mental: O Relaxamento no Controlo da Ansiedade” pretende demonstrar o percurso realizado na aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica e também no desenvolvimento das competências de análise e raciocínio crítico-reflexivo inerentes ao desenvolvimento das competências de Mestre, conforme o Decreto-Lei nº 65/2018. Os meus objetivos específicos na concretização deste relatório são promover a prática do relaxamento como estratégia de controlo da ansiedade; desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados psicoterapêuticos nas áreas do relaxamento; implementar o relaxamento como estratégia psicoterapêutica no controlo da ansiedade em jovens adultos; compreender o papel do relaxamento como estratégia de controlo da ansiedade e demonstrar o efeito benéfico do relaxamento em pessoas com problemas de ansiedade.

A concretização dos objetivos propostos foi possível graças à realização dos Ensinos Clínicos em diversos campos de estágio que proporcionaram uma aprendizagem rica e intensa, fundamental na consolidação de conhecimentos e habilidades. O Ensino Clínico I - Contexto de Comunidade foi realizado num Centro de Saúde da Região Autónoma da Madeira; o Ensino Clínico II – Contexto de Internamento de Psiquiatria (que compreende o Módulo I da Unidade Curricular “Estágio com Relatório) que decorreu numa Unidade de Internamento de Agudos de adultos de uma Casa de Saúde da Região Autónoma da Madeira e o Ensino Clínico III – Contexto de Respostas Diferenciadas (referente ao Módulo II da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”) que aconteceu num serviço de internamento diferenciado para adultos com problemas de adição. Ao longo destes ensinos clínicos, fui acumulando experiências e saberes na prestação de cuidados a pessoas com problemas de saúde mental, às suas famílias e comunidades e também tive a oportunidade de trabalhar na promoção e otimização da saúde mental em indivíduos saudáveis. Esta caminhada foi sendo

realizada sob um prisma holístico na prestação de cuidados de enfermagem especializados de qualidade e, ao mesmo tempo, procurando consolidar conhecimentos e habilidades fundamentados na bibliografia atual, sustentando uma prática baseada na evidência.

O Módulo III da Unidade Curricular “Estágio com Relatório”, referiu-se a toda a preparação, estudo e produção escrita do presente relatório, onde trabalhei as competências de análise e raciocínio crítico-reflexivo inerentes às competências de Mestre, culminando na sua apresentação e discussão públicas.

Na escolha do tema deste relatório optei pela utilização do relaxamento como técnica de intervenção na ansiedade pelo seu potencial terapêutico no controlo dos seus sinais e sintomas através da estimulação de sensações físicas e psicológicas de bem-estar, tranquilidade e paz contribuindo assim para uma melhor saúde mental global. Destaco como fruto desta aprendizagem: o desenvolvimento de competências específicas na implementação de intervenções psicoterapêuticas na área do relaxamento; na aquisição de competências de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental em vários contextos (à pessoa, ao grupo, à comunidade e à família) e também no aprimoramento de competências de desenvolvimento pessoal e autoconhecimento por toda a componente humana, sensível e atenta que a postura de um enfermeiro especialista nesta área exige.

Recorri à metodologia descritiva, analítica e crítico-reflexiva alicerçada na evidência científica e nas experiências vividas ao longo do percurso realizado.

**Palavras-chave:** Enfermagem; saúde mental; ansiedade; relaxamento.

## **ABSTRACT**

The present report appears in the aim of the 1<sup>st</sup> Masters Degree in Mental Health and Psychiatric Nursing of the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny in consortium with the Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias and Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa do Alto Tâmega, with the goal of presenting and publicly discussing it in order to obtain the title of specialist and the Master's degree in Mental Health and Psychiatric Nursing. Thus, this report, titled "Development of Specialized Competencies in Providing Psychotherapeutic Care to People with Mental Illness: Relaxation in Anxiety Control," aims to demonstrate the journey undertaken throughout this course in acquiring the common competencies of a specialist nurse, the specific competencies of a mental health and psychiatric nurse, and the Master's competencies, as outlined in Decree-Law No. 65/2018. My specific objectives in the completion of this report are to promote the practice of relaxation as a strategy for anxiety control; develop specialized skills in psychotherapeutic care in the relaxation areas; implement relaxation as a psychotherapeutic strategy for anxiety control in young adults; understand the role of relaxation as a self-control strategy for anxiety; and demonstrate the beneficial effect of relaxation in people with anxiety disorders.

The achievement of the proposed objectives was made possible through the completion of Clinical Teachings in various internship settings that provided rich and intense learning, which was fundamental in consolidating knowledge and skills. Clinical Teaching I – Community Context was conducted at a Health Center in the Autonomous Region of Madeira; Clinical Teaching II – Psychiatric Inpatient Context (which includes Module I of the “Internship with Report” Course Unit) took place in an Acute Inpatient Unit of a Health House in the Autonomous Region of Madeira; and Clinical Teaching III – Context of Differentiated Responses (related to Module II of the “Internship with Report” Course Unit) was carried out in a differentiated inpatient service for people with addiction problems. Throughout these clinical teachings, I accumulated experiences and knowledge in providing care to people with mental health problems, their families, and communities, and had the opportunity to work towards the promotion and optimization of mental health in healthy individuals. This journey was carried out from a holistic perspective in the provision of specialized nursing care of high quality while seeking to consolidate knowledge and skills in a way that is grounded in the current literature.

In Module III of the Course Unit "Internship with Report," related to the entire preparation, study, and written production of this report, I aimed to work on the competencies of analysis and critical-reflective reasoning and emphasize these Master's competencies throughout the public presentation and discussion.

In choosing the theme of this report, I opted for the use of relaxation as an intervention technique for anxiety due to its therapeutic potential in controlling its signs and symptoms by stimulating physical and psychological sensations of well-being, tranquility, and peace, thus contributing to better overall mental health. As a result of this learning, I highlight: the development of specific competencies in implementing psychotherapeutic interventions in the area of relaxation; the acquisition of skills in promoting mental health and preventing mental illness in various contexts (individuals, groups, communities, and families); and also the enhancement of personal development and self-awareness competencies through the human, sensitive, and attentive approach that a specialist nurse in this field requires.

The methodology used is descriptive, analytical, and critical-reflective, grounded in scientific evidence and the experiences lived throughout the journey.

**Key-words:** Nursing; mental health; anxiety; relaxation.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CS – Centro de Saúde
- DGS – Direção Geral de Saúde
- EC – Ensino Clínico
- EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica
- ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ESESJC – Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny
- ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- ICN – International Council of Nurses
- MGF – Medicina Geral e Familiar
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PIB - Produto Interno Bruto
- PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
- RAM – Região Autónoma da Madeira
- REPE – Regulamento para o Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RIL – Revisão Integrativa da Literatura
- SMP – Saúde Mental e Psiquiátrica
- SM – Saúde Mental
- SNS – Sistema Nacional de Saúde
- SPA – Substância Psicoativa
- SRS – Serviço Regional de Saúde
- UE – União Europeia
- UC – Unidade Curricular
- WHO – World Health Organization

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA .....</b>	<b>15</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Perturbações da ansiedade.....</b>	<b>22</b>
<b>2.2. O relaxamento no controlo da ansiedade.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3. Implicações na prática clínica .....</b>	<b>26</b>
<b>3. TORNAR-SE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1. Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....</b>	<b>32</b>
3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	33
3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade .....	36
3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados .....	40
3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	41
<b>3.2. Aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica .....</b>	<b>42</b>
3.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.....	43
3.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.....	46
3.2.3. Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto .....	49
3.2.4. Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais, e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde .....	51
<b>4. TORNAR-SE MESTRE EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>55</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>64</b>

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – CRONOGRAMAS DOS ENSINOS CLÍNICOS

**APÊNDICE B - PLANEAMENTO DE SESSÕES DE RELAXAMENTO**

**APÊNDICE D - PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE**

**APÊNDICE E - REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA “COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE”**

**ANEXOS**

**ANEXO A – PROTOCOLO DO RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON**

**ANEXO B – PROCOTOLO DE RELAXAMENTO SEGUNDO A TÉCNICA DA IMAGINAÇÃO GUIADA**

**ANEXO C – TÉCNICA DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA**

**ANEXO D – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO – BLENDED INTENSIVE PROGRAME**

**ANEXO E – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO XIV CONGRESSO INTERNACIONAL D’A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

**ANEXO F – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO ORAL DE TEMÁTICA LIVRE “PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA” NO XIV CONGRESSO INTERNACIONAL D’A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

**ANEXO G – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO: “DISCUTINDO O COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOLESÃO” PROMOVIDO PELO CENAT**

**ANEXO H – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO V CONGRESSO ONLINE INTERNACIONAL “BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL” PROMOVIDO PELO CENAT**

**ANEXO I – ESCALAS DE AVALIAÇÃO**

## **INTRODUÇÃO**

A elaboração deste Relatório de Estágio intitulado “Desenvolvimento de Competências Especializadas na Prestação de Cuidados Psicoterapêuticos à Pessoa com Perturbação Mental: O Relaxamento no Controlo da Ansiedade” integra-se no âmbito da unidade curricular Ensino Clínico III - Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior São José de Cluny em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias e a Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa do Alto Tâmega. A realização deste documento, fruto das aprendizagens adquiridas e desenvolvidas em contexto de estágio, dos conhecimentos assimilados ao longo do curso e da reflexão sobre o caminho até então percorrido, almeja dar a conhecer todo o percurso realizado na aquisição das competências comuns aos enfermeiros especialistas, às inerentes aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiátrica e também as de Mestre em Enfermagem.

Deste modo, os objetivos gerais do presente relatório são:

- Demonstrar o desenvolvimento das competências de mestre, competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, de acordo com os pressupostos defendidos pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º515 de 2018 e Regulamento n.º140 de 2019 da Ordem dos Enfermeiros) através da discussão pública do relatório de estágio;
- Demonstrar Competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, na prestação de cuidados psicoterapêuticos: o relaxamento na pessoa com perturbação mental, conforme preconizado pelo artigo 4.º al. d) do Regulamento n.º 515 da Ordem dos Enfermeiros);

Defini ainda como objetivos específicos para a concretização deste percurso:

- Promover a prática do relaxamento como estratégia do controlo da ansiedade;
- Implementar o relaxamento como estratégia psicoterapêutica no controlo da ansiedade;
- Compreender o papel do relaxamento como estratégia de controlo da ansiedade;
- Demonstrar o efeito benéfico do relaxamento em pessoas com perturbações da ansiedade.

Assim, para a concretização dos objetivos, realizei vários ensinamentos clínicos integrados nas diversas Unidades Curriculares (UC) que compõem este Mestrado, nomeadamente: o

Ensino Clínico I – Contexto de Comunidade que realizei num dos centros de saúde do SESARAM, E.P.E., a UC Estágio com Relatório que contempla o Módulo 1 referente ao Ensino Clínico II – Contexto de Internamento que foi realizado no Serviço de Psiquiatria de Agudos Adultos de uma instituição privada destinada ao tratamento de utentes na área da psiquiatria e o Módulo 2 referente ao Ensino Clínico III – Contexto de Respostas Diferenciadas que efetuei num serviço específico para o tratamento de pessoas com comportamentos aditivos. O terceiro e último Módulo da mesma unidade curricular diz respeito à execução e escrita do presente relatório.

A escolha da temática surgiu, em primeiro lugar, das minhas áreas de interesse prediletas no âmbito da Saúde Mental, nomeadamente, a prestação de cuidados especializados na população com problemas de ansiedade, especificamente em jovens adultos e adultos e, também pela minha inclinação pessoal na aplicação do relaxamento como técnica de intervenção psicoterapêutica no controlo da ansiedade e pelo interesse em educar e informar os utentes sobre esta técnica, visando a autoaplicação futura em momentos de crise ou de manutenção da saúde mental. Uma vez que, a literatura sugere que o treino de relaxamento apresenta um efeito benéfico significativo no controlo emocional e na gestão da ansiedade sendo que, aprofundi esta questão no primeiro capítulo deste relatório.

Na elaboração deste relatório e ao longo do meu percurso na aquisição de competências especializadas em ESMP (Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica), inspirei-me nos conhecimentos oferecidos pelas teorias e modelos de enfermagem de forma a sustentar teoricamente o meu trabalho. Fiz uso da Teoria das Transições (Meleis et al, 2000), pelo modo como retrata e auxilia a sustentação de uma visão da adaptação às mudanças como parte integrante do processo saúde-doença e também da Teoria das Relações Interpessoais (Hildegard Peplau, 1988) que considera a relação enfermeiro-paciente como elemento-chave na recuperação da saúde mental.

Este documento encontra-se dividido em quatro grandes capítulos. O primeiro capítulo deste trabalho diz respeito à contextualização e justificação da área temática em que exponho o motivo pelo qual escolhi debruçar-me sobre a aplicação do relaxamento nas perturbações da ansiedade. No segundo capítulo é abordado o enquadramento conceptual deste documento que justifica a pertinência científica do tema do trabalho. Seguidamente, o terceiro capítulo refere-se ao percurso desenvolvido na aquisição das competências inerentes ao enfermeiro especialista em ESMP e também nas competências comuns do enfermeiro especialista. Por fim, no último e quarto capítulo explanarei sobre a aquisição das

competências de mestre e sobre a jornada académica que irá culminar na apresentação e discussão públicas deste relatório.

Na execução do meu relatório de estágio procurei seguir uma metodologia crítico-reflexiva, procurando justificar as minhas intervenções e tomadas de decisão com base em evidência científica robusta e a mais recente possível, que obtive através dos seguintes meios: pesquisa bibliográfica na Biblioteca Madalena Lacerda da ESESC e na Biblioteca do Arquivo Regional da Madeira, na consulta de documentos, normas e pareceres nas plataformas da Ordem dos Enfermeiros (OE), Direção Geral de Saúde (DGS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e no site da Assembleia da República Portuguesa e também à consulta online em bases de dados (Google Académico, CINAHL, MedLine e EBSCO) e, por fim, na plataforma do Instituto Nacional de Estatística, para consulta de dados estatísticos. Por outro lado, a formatação deste documento segue as linhas orientadoras preconizadas pela ESESJC para a elaboração de trabalhos académicos. Relativamente ao tratamento das fontes, citações e referências bibliográficas recorri às normas preconizadas pela escola: a 7ª edição do Publication Manual of American Psychological Association (APA, 2010), exposta no documento Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalho Académico.

## **1. JUSTIFICAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA**

A ansiedade é um dos transtornos mentais mais prevalentes a nível mundial cuja sintomatologia surge, com muita frequência, ao longo da infância e adolescência (Organização Mundial de Saúde, 2023). É de referir que a ansiedade, até determinado nível, define-se como uma reação normal ao perigo ou *stress* do dia-a-dia e é percecionada como uma sensação de medo ou expectativa (Correia e Brites, 2020). No entanto, quando o medo anteriormente descrito toma contornos extremos e desproporcionais, provocando mal-estar e alterações no normal funcionamento da pessoa (a nível social, emocional, ocupacional e físico), a ansiedade torna-se patológica originando quadros de perturbação da ansiedade (Correia e Brites, 2020). De acordo com os mesmos autores, a ansiedade manifesta-se através da mente (medo desproporcional, pensamentos negativos e recorrentes, hiperativação mental contínua) e do corpo (palpitações, dificuldade em respirar, náuseas, obstipação, diarreia, cefaleias, dores musculares).

Estima-se que 4% da população mundial padeça deste problema perfazendo cerca de 300 milhões de pessoas afetadas em todo o mundo. Apesar de existirem tratamentos eficazes para os transtornos de ansiedade, estima-se que apenas uma em quatro pessoas com este problema receba tratamento adequado (OMS, 2023). No que toca ao nosso país, de acordo com dados da OCDE (2023), a prevalência de transtornos mentais é superior à média da UE, estimando-se que cerca de 22% da população portuguesa sofra de alguma perturbação mental. De acordo com os mesmos dados, no que concerne aos transtornos mentais que mais afetam a nossa população destacam-se os problemas de ansiedade, estimando-se que cerca de 9% da população portuguesa padeça destes problemas, seguidos pelos problemas de depressão (6%) e problemas de adições (4%). Num país em que as despesas públicas com a área da saúde ascendem aos 11% do PIB, a OCDE enfatiza o problema das longas listas de espera para acesso a serviços de saúde especializados no tratamento de problemas mentais, recomendando assim que o Programa Nacional para a Saúde Mental deverá trabalhar no sentido de diminuir a escassez de pessoal especializado nestas áreas, atender à criação de critérios de referência padronizados, atenuar as disparidades regionais e melhorar a disponibilidade destes serviços à população em geral.

No que concerne aos problemas de ansiedade, os tratamentos eficazes identificados pela OMS (2023) incluem intervenções farmacológicas (menção do recurso às classes

farmacológicas: antidepressivos e benzodiazepinas) e também intervenções psicoterapêuticas com ênfase naquelas de gestão ou autogestão do *stress* e ansiedade. Para além das intervenções conduzidas por profissionais qualificados, a OMS (2023) destaca ainda a promoção do autocuidado (“*self-care*”) como um importante aliado no tratamento da ansiedade. As técnicas de relaxamento são promovidas pela OMS (2023) como técnicas eficazes de controlo da ansiedade e também de autocuidado, oferecendo um suporte completo para estas pessoas. Por outro lado, o Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018), no seu artigo 4º, n.º1 al d), reitera a competência dos enfermeiros especialistas em ESMP na prestação de cuidados psicoterapêuticos à pessoa ao longo da vida, onde se inserem a implementação de técnicas de relaxamento por estes profissionais.

De facto, o Relatório Bienal 2020-2021, elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica da Ordem dos Enfermeiros (2022), refere que existem cerca de 2475 enfermeiros especialistas em ESMP em Portugal, dos quais 1578 exercem funções em contexto hospitalar, 354 exercem funções em contexto de Cuidados de Saúde Primários e 24 exercem funções em Unidades de Cuidados na Comunidade. Estes dados revelam um paradigma hospitalocêntrico da SM em Portugal e o subaproveitamento dos enfermeiros especialistas em ESMP em áreas estratégicas de implementação de projetos de promoção da saúde mental nas comunidades. Embora a saúde mental não se faça apenas em contexto comunitário, a criação de equipas comunitárias de saúde mental, afetas aos hospitais/centros hospitalares, abrirá as portas a uma prestação de cuidados de saúde mental mais próximo das pessoas, tratando-as no seio da comunidade e de forma mais humanizada (Sampaio, 2022). Assim, o internamento deverá ser visto como o último recurso a ser utilizado na recuperação da saúde mental.

No contexto comunitário, os enfermeiros especialistas em ESMP possuem competências para desempenhar um papel fundamental nesta transição sobretudo nas áreas da literacia em saúde mental e criação de programas de promoção da saúde mental e deteção e encaminhamento precoces nos primeiros sinais e sintomas psicopatológicos (Sampaio, 2022). Porém, a prestação de cuidados especializados por enfermeiros especialistas em ESMP vai mais além, através da implementação de intervenções psicoterapêuticas são executadas de forma intencional e devidamente enquadradas no *core* da Enfermagem portuguesa com o objetivo de “assistir a pessoa a ajustar os seus comportamentos” dando resposta exclusiva aos diagnósticos de enfermagem (Parecer n.º47/2023 da Ordem dos Enfermeiros). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem define-se como um processo

baseado na relação interpessoal entre o enfermeiro especialista em ESMP e a pessoa-alvo dos cuidados, esta relação de ajuda e confiança permite que os intervenientes identifiquem os problemas e necessidades a ultrapassar, construindo formas de fazer face a essas situações (Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem, 2023). A intervenção psicoterapêutica em Enfermagem deverá assentar nalguns princípios orientadores, entre os quais: “ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial; ser realizada por um enfermeiro especialista em ESMP; ser baseada em um ou mais racionais teóricos de Psicoterapia; decorrer da identificação de um diagnóstico de Enfermagem no âmbito da Saúde Mental; o utente deve apresentar um papel ativo e ter, necessariamente, alguma consciência de si; o número de sessões deve ser compreendido entre três e doze; ter na sua base, a relação terapêutica e a comunicação interpessoal entre o enfermeiro e o utente; o objetivo deve ser a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente através da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente” (p. 15), deste modo, é preconizado que os enfermeiros especialistas em ESMP sejam integrados nos serviços de psiquiatria e de saúde mental que necessitem abordagens combinadas entre os campos de ação psicoterapêutico e psicofarmacológico (Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem, 2023). Assim, a meu ver, a intervenção psicoterapêutica no âmbito da enfermagem praticada por enfermeiros especialista em ESMP constitui uma mais-valia, uma vez que, a relação de ajuda desenvolvida com os utentes irá permitir identificar os problemas por eles experienciados e, também trabalhar no sentido de encontrar e implementar soluções.

Ao longo do meu percurso académico, debrucei-me sobre o relaxamento e a sua aplicabilidade como um recurso eficaz e sustentável para pessoas com perturbação de ansiedade. Procurei utilizar este recurso como promoção do controlo da ansiedade nos utentes que cuidei ao longo dos ensinamentos clínicos, na medida em que, o seu adequado ensino e orientação permitem usar esta técnica como ferramenta perante crises de ansiedade. Ao longo dos ensinamentos clínicos realizei sessões de educação para a saúde acerca da ansiedade e abordei a importância do relaxamento como forma de a controlar; realizei sessões de relaxamento em grupo e individualmente a pessoas saudáveis, mas também a pessoas com problemas de ansiedade e outras patologias do foro mental e incentivei o seu uso regular aos utentes que passaram pelos meus cuidados. A sua praticidade possibilita aplicá-la em qualquer contexto ou lugar, tornando a sua prática sustentável do ponto de vista clínico e também financeiro, uma vez que, exige nenhuns ou muito poucos recursos materiais na sua

autoaplicação. Para além dos motivos mencionados, outras vertentes impactaram a escolha da temática do meu trabalho: o meu gosto pessoal pelas áreas do relaxamento e a sua divulgação, o interesse em educar para a saúde ajudando a população a melhorar a sua literacia nestes tópicos e a promoção da saúde mental positiva.

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

A ansiedade pode ser definida como uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo, angústia, desconforto e temor que surgem na sequência de sentimentos de perigo ou ameaças percebidas pela pessoa (Sequeira e Sampaio, 2020). A ansiedade tem como principal característica um medo generalizado e, habitualmente, sem um objeto definido, quando patológica, a ansiedade torna-se constante levando a associar-se a pensamentos obsessivos, ideias persistentes e de difícil controlo acompanhadas pela sensação de dificuldade em “desligar o cérebro” (traduzindo uma dificuldade em gerir pensamentos e emoções) levando a que a pessoa experiencie grandes níveis de sofrimento psíquico que impactam a vida laboral (dificuldades na prestação profissional), social (isolamento social, convivência atribulada com outras pessoas, abandono das atividades de lazer) e familiar (relações conflituosas com pais, filhos e companheiros) (Telles e Brites, 2020). As intervenções de Enfermagem nesta área visam a promoção do autocontrolo da ansiedade, sendo que o utente deverá ter a capacidade de identificar os sinais e sintomas de ansiedade, procurar adequar o ambiente e estímulos em seu redor, verbalizar sobre as reações no controlo da ansiedade e diminuir os episódios de crises de ansiedade (Sequeira e Sampaio, 2020). No fundo, pretende-se capacitar o utente para atenuar a ansiedade fazendo uso dos seus próprios recursos, de uma forma adequada (Sequeira e Sampaio, 2020). Tal como refleti no capítulo anterior, os enfermeiros especialistas em ESMP são profissionais capacitados para intervir nesta vertente.

O relaxamento poderá constituir uma interessante resposta no autocontrolo da ansiedade, uma vez que, o enfermeiro especialista em ESMP ganha uma oportunidade de capacitação do utente para a aplicação de uma técnica que irá permitir que a pessoa identifique, conheça e controle os seus sinais/sintomas de ansiedade e, por conseguinte, auxiliar na diminuição do número e intensidade das crises de ansiedade. Ribeiro et al (2023), enfatizam que o enfermeiro especialista em ESMP, devido ao “conjunto de conhecimentos e capacidades/competências que detém, pode desempenhar um papel fundamental, ao avaliar a situação, e investir na implementação de estratégias que diminuam o sofrimento das pessoas” sendo que, algumas dessas técnicas incluem a implementação de técnicas de relaxamento como intervenção especializada. No que concerne à autogestão da ansiedade, as intervenções de enfermagem pretendem “capacitar o utente para atenuar a ansiedade através de estratégias de resolução de problemas adequadas”, através da promoção do

autoconhecimento sobre a ansiedade, do incentivo a identificar e reduzir estímulos ansiosos e a verificar melhorias (ou não) no seu estado de ansiedade sendo que, para além de ensinar sobre técnicas de gestão da ansiedade (nas quais o relaxamento se insere), os enfermeiros especialistas em ESMP motivam ao uso de mecanismos de defesa adequados, ajudam a reconhecer sentimentos, encorajam a expressão de sentimentos e emoções, ajudam a identificar situações que precipitam a ansiedade, incentivam a participação em atividades de lazer e distração, ajudam a encontrar estratégias adequadas a diferentes situações, executam a relação de ajuda e realizam psicoeducação com enfoque nas técnicas de autocontrolo (Sequeira e Sampaio, 2020). De facto, a Ordem dos Enfermeiros (2023) refere que a aplicação de técnicas de relaxamento na resolução do diagnóstico de “Ansiedade” (diagnóstico segundo a nomenclatura preconizada pelo ICN) possui um nível de evidência elevado na literatura sendo que, o resultado obtido mais frequente é o de “Ansiedade Reduzida” ou “Autocontrolo da ansiedade melhorado”.

Deste modo, o presente capítulo visa fundamentar o uso das técnicas de relaxamento como uma estratégia eficaz no controlo (aquele que é realizado por um profissional qualificado, neste caso, um enfermeiro especialista em ESMP) e autocontrolo da ansiedade (autogerido pelo utente). O objetivo do uso do relaxamento nesta vertente é o da promoção de sensações de tranquilidade e bem-estar, permitindo que o indivíduo se foque nessas sensações agradáveis e, diminua os sintomas e sinais de ansiedade demovendo o seu foco das situações e pensamentos precipitantes de estados ansiosos para outros mais salutareis, diminuindo assim o sofrimento psíquico e a suas conseqüentes manifestações físicas e emocionais.

Contudo, a aquisição de competências em enfermagem deverá ser realizada tendo como base fundamental alguns referenciais teóricos e modelos de enfermagem que visam sustentar e oferecer suporte teórico no âmbito da Profissão e da Disciplina. Como conseqüente, recorri à Teoria das Transições (Meleis et al, 2000), pela sua visão abrangente da necessidade de adaptação às mudanças como parte integrante do processo saúde-doença e também à Teoria das Relações Interpessoais (Hildegard Peplau, 1988) que defende a relação enfermeiro-paciente como elemento basilar na recuperação da saúde mental.

Na Teoria das Transições de Meleis, a transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer a incorporação de conhecimentos, alteração de comportamentos e mudança na definição do seu “eu”. (Meleis, 2000). Para esta autora, a mudança relaciona-se com situações causadoras de instabilidade (eventos críticos,

mudanças súbitas no padrão de vida, alterações no estado de saúde ou doença...) que conduzem a alterações, algumas vezes abruptas, nas ideias, percepções, identidades, relações e rotinas, sendo por isso fundamental que o profissional entenda os fatores que estão na origem destas mudanças que desencadeiam transições entre estados de saúde-doença. Esta teoria preconiza alcançar um processo de transição saudável entre estados, mediante uma prática de enfermagem humanizada, científica e holística, sendo para tal importante que o enfermeiro conheça o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e da sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade (Meleis et al., 2000). Assim, fiz uso desta teoria como base teórica para promover uma transição segura e efetiva entre estados de saúde-doença em utentes com problemas de saúde mental, procurando assim promover a sua resiliência e mecanismos de *coping* na adaptação aos desafios impostos por problemas do foro mental. No âmbito da saúde mental, algumas autoras basearam as suas teorias nas contribuições da Psicologia, como é o caso de Hildegard Peplau que utilizou as teorias de Sullivan e Freud como base teórica, sendo a primeira enfermeira a aplicar contribuições teóricas no âmbito da enfermagem psiquiátrica (Callaway, 2018). Para Callaway (2018) mencionando Peplau (1990), as relações interpessoais são essenciais para que utentes e enfermeiros cresçam e se desenvolvam juntos, tornando a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMP, num processo dinâmico de assistência às necessidades do utente. Alguns dos agentes que influenciam este processo são a família, a cultura, a sociedade e o lugar onde as mudanças acontecem. Num paradigma de prestação de cuidados de forma holística, fica evidente a necessidade de modificação de postura do enfermeiro para uma abordagem mais ampla, considerando a individualidade do ser humano, o contexto de saúde-doença em que está inserido e o relacionamento interpessoal, promovendo a cooperação no processo de reabilitação e no autocuidado, como forma de responsabilizar a pessoa pela sua própria saúde. O enfermeiro atua assim como agente promotor da mudança, devendo ser capaz de assumir várias funções durante as várias fases do tratamento. Utilizei esta teoria como meio de promover uma aliança terapêutica efetiva, fazendo uso da empatia na relação interpessoal com o utente para promover a sua cooperação e também autonomia, tornando-o no centro do processo de tratamento e simultaneamente num agente ativo do seu próprio processo de recuperação mental, facilitando assim a sua readequação a novas realidades em saúde ou doença mental.

## **2.1. – Perturbações da Ansiedade**

A ansiedade é um sentimento vivenciado de forma frequente pela generalidade das pessoas e, habitualmente este sentimento tem uma função adaptativa e protetora que alerta o indivíduo perante o perigo de algumas situações adversas, porém, quando estes sentimentos são injustificados, excessivos e mal adaptativos tornam-se patológicos e podem estar no cerne de algumas perturbações da ansiedade. (O'Brien, Kennedy e Ballard (1999)). Sequeira e Sampaio (2020) destacam o surgimento de uma resposta autonómica (cuja fonte ou origem é desconhecida para a pessoa), como sentimentos de apreensão causados pela antecipação de um perigo, sendo que a ansiedade irá traduzir-se no conjunto de respostas que a pessoa desenvolve para ser capaz de lidar com a ameaça percebida (que pode ser real ou não).

Elias (2014) baseando-se nos estudos de Cattell e Scheier, distingue a ansiedade-estado da ansiedade-traço. A ansiedade-estado corresponde a um conceito de ansiedade num estado transitório e de intensidade variada, conforme o estímulo/ agressor ao qual a pessoa está sujeita. A ansiedade-estado caracteriza-se por sentimentos subjetivos de tensão que variam ao longo do tempo, no decurso da vida. Por outro lado, Elias (2014) enfatiza que a ansiedade-traço se refere à “disposição pessoal, relativamente estável, em que a pessoa tenda a responder com ansiedade, a situações *stressantes*”, neste caso, a pessoa possui uma tendência natural ou inata para perceber um maior número de estímulos como agressores, inferindo a ameaça real das situações como mais ameaçadora do que muitas vezes o é realmente. Ambas as formas de ansiedade são fonte de sofrimento individual que, se não for devidamente sinalizado, diagnosticado e tratado, pode estar no cerne das perturbações de ansiedade.

As perturbações de ansiedade caracterizam-se pela presença de medo e ansiedade excessivos que causam alterações comportamentais e, estas perturbações diferem do medo e ansiedade normais do quotidiano pela sua persistência no tempo (habitualmente no adulto com uma duração de, pelo menos, seis meses) e pelo carácter exagerado (o indivíduo sobrestima e antevê o perigo ou ameaça de uma forma pouco racional e desproporcional) (DSM-5, 2014). De acordo com o mesmo manual, alguns dos critérios de diagnóstico para as perturbações de ansiedade incluem:

- Ansiedade e preocupação excessivas que ocorrem em mais de metade dos dias ao longo de seis meses;
- Dificuldades em controlar a preocupação – apreensão expectante;
- Presença de pelo menos três destes sintomas, no caso dos adultos: agitação, nervosismo, tensão interior, dificuldades de concentração, sensação de mente vazia,

irritabilidade, fadiga fácil, tensão muscular (associada a tremores, espasmos e dores musculares), perturbações do sono (sono insuficiente ou insatisfatório);

- Alterações no funcionamento social ou ocupacional;
- A perturbação não ter origem em fenómenos fisiológicos ou outros fenómenos do foro psiquiátrico.

Nas perturbações de ansiedade frequentemente as manifestações subjetivas (estado de medo intenso/terror, preocupações excessivas, fobias, ruminações obsessivas, experiências de despersonalização/desrealização) surgem a par das manifestações físicas (palpitações, hiperventilação, sudorese, tremores, hipotonia muscular). Esta simbiose entre sintomatologia psicológica e física resulta em níveis elevados de sofrimento, diminuição da capacidade de tolerância e prejuízo no desempenho social e cognitivo do indivíduo. (Fonte e Alves, 2019).

De acordo com O'Brien, Kennedy e Ballard (1999), o tratamento psicoterapêutico da ansiedade deverá basear-se numa abordagem cognitiva-comportamental a par com a psicofarmacologia, psicoeducação e com o envolvimento do paciente nos cuidados. A corroborar, Telles e Brites (2020) referem que o tratamento para a ansiedade deverá ser feito em duas abordagens simultâneas: a psicofarmacológica (com recurso a fármacos prescritos por médicos psiquiatras) a par com o tratamento psicoterapêutico (os autores preconizam o recurso à terapia cognitiva-comportamental, uso de técnicas de relaxamento, *mindfulness*, meditação e o uso da técnica de resolução de problemas).

## **2.2. - O relaxamento no controlo da ansiedade**

Payne (2003) citando Ryman (1995), define o relaxamento como uma condição de consciência caracterizada por sensações de paz emocional, alívio de tensão física e psicológica e diminuição da ansiedade e medo, enfatizando assim a dimensão mental e emocional desta técnica que se apresenta sob a forma de sensações agradáveis de tranquilidade. Porém, o relaxamento na sua componente física traduz-se também em alívio de tensão muscular e diminuição da dor que conduz a uma diminuição da ansiedade e de sentimentos negativos, aliviando assim o sofrimento psíquico do utente. A reforçar estas ideias, a Ordem dos Enfermeiros (2023), define o relaxamento como um estado de descontração que promove sensações agradáveis e a ausência de pensamentos negativos e perturbadores que são geradores de *stress*. A sua aplicação prática na Enfermagem tem como objetivos: prevenção de consequências fisiológicas associadas ao *stress*, avaliação do *stress*

e as suas consequências fisiológicas e o desenvolvimento de competências mentais para lidar com o *stress*. De acordo com a OE (2023), o relaxamento age no reequilíbrio do organismo, incidindo na sua componente física (diminuindo a tensão muscular) e na psicológica (promoção de sensações prazerosas e pensamentos de serenidade). Para a OE (2023), as indicações terapêuticas para esta intervenção psicoterapêutica, no âmbito da enfermagem, relacionam-se com os seguintes diagnósticos de enfermagem, utilizando a nomenclatura preconizada pelo ICN (2019): ansiedade, dor, humor depressivo e sono comprometido. Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros nomeia alguns critérios de exclusão na utilização das técnicas de relaxamento, nomeadamente: debilidade intelectual ou défice cognitivo grave, atividade alucinatória/delirante exacerbadas, agitação psicomotora, estado confusional ou acuidade auditiva reduzida.

Existem vários métodos de relaxamento, segundo Sequeira e Sampaio (2020): o Treino Autogénico de Schutz (em que o relaxamento é provocado recorrendo à utilização de cinestésias (sensações de calor e peso) seguidas por sensações de conforto e bem-estar; a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson (em que o relaxamento físico assenta no relaxamento profundo dos grandes grupos musculares, recorrendo a técnicas de contração e descontração musculares); técnica de relaxamento muscular modificado (que consiste nos pressupostos da técnica anunciada no ponto anterior, porém, com foco especial nas sensações produzidas pelos atos de contrair e descontrair, permitindo uma autoaplicação mais fácil) e, por fim, o relaxamento por imaginação guiada (uso intencional de imagens mentais e seus atributos sensoriais, fruto da imaginação ou memória, para produzir sensações de bem-estar em que, a resposta gerada pelo cérebro durante a aplicação desta técnica mímica uma experiência real, produzindo os efeitos psicossomáticos desejáveis).

Borges e Ferreira (2013) mencionando Payne (2002), realçam que as técnicas de relaxamento devem contemplar alguns critérios: serem de fácil aprendizagem e aplicação, não requererem equipamento complexo, serem passíveis de utilizar em pequenos grupos e servirem a todas as idades. As mesmas autoras citando Serra (2002) orientam que o relaxamento deve ser iniciado quando o utente se sente preparado e disposto a aprender a utilizar estas técnicas e a sua realização deverá ser efetuada num local sereno, com temperatura adequada e confortável (recorrendo a cama, colchão ou cadeira), a pessoa deverá ter roupa adequada e dever-se-á submeter a uma avaliação antes e depois da aplicação das técnicas. Ao longo do meu percurso nos ensinamentos clínicos fiz uso das técnicas de relaxamento muscular progressivo de Jacobson a utentes com problemas de ansiedade,

ensino da técnica da respiração diafragmática e relaxamento por imaginação guiada a um grupo de utentes grávidas.

No que se refere à aplicação das técnicas de relaxamento no controlo da ansiedade a evidência científica parece corroborar que estes métodos podem ser eficazes na sintomatologia ansiosa. De facto, Wilhelm, Andretta e Ungaretti (2015), cujo artigo científico baseou-se na análise de três estudos de caso em que se recorreram às técnicas de relaxamento para controlo da ansiedade, referem que as técnicas de relaxamento tiveram sucesso nestes utentes sendo que, todos eles conseguiram atingir o objetivo de diminuição da ansiedade corroborando assim as pesquisas e revisões feitas até então.

Ribeiro et al. (2023), na sua revisão integrativa da literatura que incluiu a análise de sete estudos, referem que o uso de técnicas de relaxamento é eficaz no controlo e redução de sintomas ansiosos, melhorando a qualidade de vida e controlo emocional de pessoas com perturbações mentais, corroborando assim a perceção criada pela literatura convencional. Nesta revisão integrativa da literatura, os autores referem que o relaxamento muscular é eficaz na redução da ansiedade e sintomas ansiosos, que a complementaridade com programas de realidade virtual potenciam os efeitos benéficos do relaxamento e que a combinação entre farmacoterapia e relaxamento obtiveram resultados muito positivos no alívio da ansiedade. No entanto, os autores mencionam a necessidade de realizar acompanhamento prolongado de forma a melhorar a monitorização dos resultados obtidos neste contexto e permitir explorar os benefícios a longo do prazo da aplicação das técnicas de relaxamento e também na otimização através da terapia combinada das técnicas de relaxamento em conjunto com a farmacoterapia. Ao longo da leitura desta revisão integrativa, destaco ainda o facto de não terem sido encontrados artigos relevantes que relatassem efeitos secundários na aplicação das técnicas de relaxamento em pessoas com ansiedade, dando assim ênfase à necessidade de pesquisar e estudar a aplicação destas técnicas de forma mais profunda..

Por outro lado, a preocupação com a segurança, eficácia e controlo do custo dos medicamentos utilizados para o tratamento de doenças mentais despoletou interesse na aplicação de técnicas não farmacológicas no tratamento destas perturbações das quais se inclui o relaxamento (Payne, 2003). A evidência científica recente refere a eficácia da conjugação de técnicas de relaxamento não-farmacológicas com a farmacoterapia no controlo eficaz e duradouro dos sinais e sintomas de ansiedade (Ribeiro, Vicente, Santos, Carvalho, Mendes e Seabra, 2023). Ainda, aprecia-se que o relaxamento é uma intervenção

de baixo custo e que, com os adequados recursos tecnológicos disponíveis pode também ser realizado à distância, permitindo a flexibilidade de horários e de facilidade de gestão de possíveis remarcações (Costa e Lopes, 2024).

A crescente necessidade da população em matéria de cuidados de saúde mental em geral e, de ajuda no controlo da sintomatologia ansiosa em particular requerem a atenção e intervenção especializada dos enfermeiros especialistas em ESMP sendo que este profissional desempenha um papel promotor na implementação de intervenções que ajudem no controlo da sintomatologia ansiosa, facilitem a adesão aos tratamentos e eliminem crenças erróneas face aos tratamento (Teixeira, 2024). Deste modo, as técnicas de relaxamento são intervenções autónomas do enfermeiro especialista em ESMP, apresentando resultados positivos na melhoria da qualidade de vida das pessoas com doença mental, aliviando sintomatologia da doença mental, uso da psicoeducação na gestão dos problemas, uso de técnicas não-farmacológicas e favorecendo o bem-estar (Elias, 2014). A realização destas técnicas pelos EESMP são comprovadamente benéficas para todos os utentes que delas usufruam. A autora sugere que, em contexto clínico, exista formação dos profissionais na área do relaxamento, sejam criados planos de intervenção de cariz psicoterapêutico a implementar nos serviços adequados às necessidades dos utentes, implementadas escalas de avaliação da ansiedade nos serviços hospitalares e também investimento na comunicação com o utente e familiares (dar a conhecer estas técnicas, convidando os utentes a aderir às mesmas).

### **2.3. Implicações na prática clínica**

Em suma, existe evidência científica promissora acerca da aplicação das técnicas de relaxamento no controlo da ansiedade, embora a quantidade de estudos primários disponíveis seja ainda muito escassa, sobretudo aqueles aplicados aos contextos nacionais. As técnicas de relaxamento são especialmente interessantes se considerarmos as várias vantagens que a sua aplicabilidade permite: baixo custo económico, boa adesão pelos participantes, promoção de bem-estar físico e mental e possibilidade de autoaplicação.

Alguns autores sugerem a uniformização da aplicação destas técnicas pelos enfermeiros especialistas em ESMP na prática clínica, no que se refere à capacitação de pessoas adultas com problemas de saúde mental diagnosticadas com ansiedade (Teixeira, 2024).

Ao longo da minha pesquisa não encontrei evidência que colocasse em risco a segurança da aplicação clínica destas técnicas além de que, não existem dados conclusivos sobre riscos orgânico-metabólicos ou efeitos secundários de relevo associados às técnicas de relaxamento, havendo a necessidade de investigar mais sobre a temática.

### **3. TORNAR-SE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

O terceiro capítulo deste trabalho aborda o percurso realizado no sentido de adquirir as competências e habilidades técnicas, científicas e humanas inerentes à minha formação como futura Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP). Assim, encontra-se dividido em dois subcapítulos: um que diz respeito à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista e, o seguinte que se refere à aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP).

O Enfermeiro Especialista é aquele que é habilitado com um curso de especialização em enfermagem e a quem é atribuído um título profissional pela Ordem dos Enfermeiros que assim lhe reconhece as habilidade e competências necessárias para desempenhar cuidados de enfermagem especializados numa determinada área, no meu caso na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. É de ressaltar que estas competências e habilidades funcionam cumulativamente com os cuidados gerais de enfermagem. As competências reconhecidas neste âmbito têm cariz científico, técnico e humano. (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No intuito de adquirir as competências mencionadas nos seguintes subcapítulos, procurei escolher os campos de estágio que fossem de encontro às minhas necessidades formativas, tendo realizado os meus ensinamentos clínicos nos seguintes serviços: um centro de saúde do SESARAM, E.P.E.; um serviço de tratamento de adições do SESARAM, E.P.E. e um Serviço de Psiquiatria de Agudos. Deste modo, irei introduzir e contextualizar cada campo estágio escolhido:

➤ Contexto de Comunidade:

Relativamente ao Ensino Clínico I, estagiei num Centro de Saúde (CS) que pertence ao Agrupamento dos Centros de Saúde da ACeS da RAM, estando afeto ao Funchal. Este CS dá apoio a cerca de trinta mil utentes, sendo este o número atual de inscritos, segundo informações obtidas junto do secretariado. No que concerne aos seus recursos humanos, possui uma equipa multidisciplinar composta por: enfermeiros (incluindo enfermeiros especialistas em várias áreas: saúde mental e psiquiátrica, saúde materna e obstetrícia, saúde infantil e pediátrica, saúde comunitária e enfermagem de reabilitação); médicos especialistas

em Medicina Geral e Familiar (MGF), psicólogos, nutricionista, assistente social, assistentes operacionais, assistentes administrativas, telefonistas e motoristas. Relativamente à área de ESMP, o CS conta com três enfermeiros especialistas que são responsáveis pela realização de consultas individuais de enfermagem especializada em Saúde Mental e Psiquiátrica (SMP), realização de visitação domiciliária neste contexto, implementação de projetos e programas de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental vocacionados para a população em geral ou para grupos populacionais específicos (exemplificando, o projeto escolar para prevenção do suicídio na adolescência, Mais Contigo) e participação em contextos multidisciplinares para discussão de casos, dando o seu contributo nesses contextos. Optei por realizar o meu primeiro EC neste Centro de Saúde por saber que dá apoio a uma área com uma grande densidade populacional e, por isso, sabia que existiriam várias oportunidades de aprendizagem, com pessoas com *backgrounds* muito variados e situações diversas. Neste CS tive oportunidade de prestar cuidados especializados em ESMP a pessoas com problemas de saúde mental, mas, também tive oportunidade de trabalhar na promoção da saúde mental e prevenção da doença em pessoas saudáveis, quer em grupo ou individualmente. Neste contexto, foi-me dada, pela primeira vez, a oportunidade de trabalhar o relaxamento como intervenção psicoterapêutica de grupo em pessoas com problemas de ansiedade, de acordo com a Técnica de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson e também realizei relaxamento segundo a técnica de Imaginação Guiada a um grupo de grávidas em preparação para o parto. Cumulativamente, realizei sessões de psicoeducação sobre a ansiedade e sobre a depressão, uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem do CS (sobre o meu processo fundamentado e intervenções em SM), efetuei consultas individuais de ESMP, efetuei consultas ao domicílio e participei em reuniões multidisciplinares da equipa de SM.

➤ Contexto de Internamento Psiquiátrico:

O meu segundo Ensino Clínico (EC) – Contexto de Internamento Psiquiátrico foi realizado num Serviço de Tratamento de Agudos para adultos que se localiza um estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde na área da psiquiatria, saúde mental, reabilitação psicossocial e cuidados integrados. Esta instituição tem como principal objetivo prestar cuidados de saúde a pessoas com doença mental e, o serviço de internamento em específico, foca-se na prestação destes cuidados a pessoas em situação de agudização.

Estas situações de crise podem configurar-se como: primeiros surtos de doença mental, recorrência ou descompensação. No intuito de restabelecer a saúde mental, todos os utentes

têm o seu plano terapêutico que inclui reabilitação psicossocial, psicoeducação, apoio aos familiares, intervenções de desenvolvimento pessoal, treino de competências pessoais e sociais, estimulação cognitiva e atividades de lazer e bem-estar. A atuação do enfermeiro especialista em ESMP neste contexto visa especialmente, implementar intervenções psicoterapêuticas que auxiliam no *recovery* do utente, prestar apoio à família, prevenir a recaída e promover a adesão terapêutica dos utentes. Escolhi este serviço para o meu EC em contexto de internamento psiquiátrico por se tratar de um serviço de internamento que ainda não conhecia e por se encontrar inserido numa instituição que possui muitas outras valências, algumas das quais tive igualmente oportunidade de conhecer, havendo por isso uma riqueza de contextos de aprendizagem no seio desta instituição. Neste âmbito, tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializada em SMP a utentes em quadro de descompensação psiquiátrica, oferecer suporte aos seus familiares, realizar sessões de relaxamento individuais e em grupo a alguns destes utentes, realizar sessões de psicoeducação aos utentes da unidade e aos seus familiares. Foi-me ainda dada a oportunidade de conhecer um pouco sobre a Unidade de Alcoologia (vacionada para o tratamento e desabituação física de pessoas com problemas de adição relacionados especificamente com o consumo de álcool), onde efetuei dois dias de estágio de observação e inteirei-me acerca das suas dinâmicas e rotinas de serviço bem como todo o apoio e respostas disponibilizadas a estes utentes e seus familiares.

➤ Contexto de Respostas Diferenciadas:

Realizei o meu Ensino Clínico III – Contexto de respostas Diferenciados num serviço destinado ao tratamento de pessoas com problemas de dependências, quer em contexto de internamento, quer em contexto de apoio na comunidade, através da equipa de rua. O objetivo deste centro consiste em dar resposta aos problemas e necessidades das pessoas com comportamentos aditivos e dependências e tem uma equipa multidisciplinar constituída por: enfermeiros especialistas em ESMP, enfermeiros de cuidados gerais, médicos de MGF, médicos psiquiatras, psicólogos, sociólogos, assistentes sociais e educador social.

Este serviço é estruturado pelo internamento, que dá apoio a pessoas com comportamentos aditivos e dependências no seu processo de desabituação física de substâncias psicoativas (SPA's), na larga maioria dos utentes, mas também no tratamento de outras dependências (por exemplo: *gambling*) e na introdução ao programa de substituição com metadona ou buprenorfina para as pessoas com problemas de adição a SPA's. O

internamento funciona apenas em regime de tratamento voluntário e com política de porta fechada. Tal significa que, a qualquer momento, o utente poderá solicitar alta contra parecer médico ou interrupção do tratamento, mas, por outro lado, ao permanecer internado o utente concorda em não receber visitas nem usufruir de quaisquer contactos com o exterior de modo a permanecer focado no seu processo terapêutico. Ao longo do internamento, para além do suporte farmacológico, os utentes têm acesso a psicoeducação, sessões de educação para a saúde, treino de competências e terapia ocupacional (atividades desportivas, jardinagem, leitura, música, TV e filmes, matraquilhos, arteterapia, música). Este internamento tem capacidade para seis camas e a sua população é muito diversificada: de todos os estratos sociais, idades (o utente mais jovem a ser apoiado por este serviço tem 9 anos) e de ambos os sexos.

Para além do internamento, existe a vertente de Consulta Externa que dá apoio aos utentes que se encontram em tratamento em regime de ambulatório. O utentes que recorrem a esta valência, geralmente, possuem algum suporte social, estão motivados e organizados para cumprir com o programa de substituição de metadona ou buprenorfina, são capazes de cumprir com agendamentos e horários e vêm nas intervenções dos diferentes técnicos uma mais-valia. Neste serviço é também dado apoio e suporte aos familiares das pessoas com comportamentos aditivos e dependências que, têm reuniões mensais com o grupo de apoio aos familiares, mediado por uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária e uma enfermeira especialista em ESMP.

Por outro lado, existe o apoio da equipa de rua que faz uso de uma carrinha para se deslocar às zonas sinalizadas como possuindo uma população significativa de pessoas com problemas de consumo de substâncias e problemas aditivos que não recorrem aos serviços de saúde. Desta forma, os serviços de saúde vão de encontro às pessoas que necessitam deste apoio o qual é dirigido àqueles que, por algum motivo, não pretendem ou não se encontram motivados para cessar os consumos de SPA's e/ou não têm meios para se dirigir às instalações do serviço, mas que ainda reconhecem precisar de algum suporte dos profissionais de saúde nomeadamente para a contenção de danos em termos de saúde e diminuição da exposição a possíveis infeções (pelo uso de seringas partilhadas). Nesses casos, é feita a proposta para acompanhamento por esta equipa, em que recebem apoio da equipa de enfermagem, da educadora social e do médico de MGF (este último mensalmente). Esta população, muitas vezes, possui um perfil mais vulnerável, sendo muitos deles indigentes, com uma rotina de vida desestruturada e com fraco suporte social. Na sua

maioria, estes utentes encontram-se em programa de substituição de metadona e em simultâneo, participam no programa de troca de *kits* de seringas. No fundo, este programa apresenta como grande objetivo a contenção de danos e proteção da saúde pública. O programa de apoio, que possui como estrutura uma carrinha móvel, desenvolve as atividades anteriormente mencionadas nas zonas limítrofes do concelho do Funchal, na Camacha, em Câmara de Lobos, Estreito de Câmara de Lobos e Caniçal. Nos restantes concelhos contam com o apoio dos enfermeiros especialistas em ESMP dos respetivos Centros de Saúde na implementação destes programas sendo que, o material e medicação são fornecidos pelo serviço a estas unidades.

Optei por realizar o meu terceiro EC neste serviço por ser o único serviço especializado em tratar e apoiar pessoas com comportamentos aditivos na RAM, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório. Apesar de conhecer o objetivo da existência deste serviço, ainda não conhecia as suas dinâmicas e todas as respostas oferecidas às pessoas com comportamentos aditivos e dependências e, portanto, considerei que seria a minha oportunidade para desenvolver competências nesta área tão específica da prestação de cuidados em Saúde Mental e Psiquiátrica. Aqui, tive oportunidade de prestar cuidados especializados em ESMP a utentes internados; perceber as dinâmicas e rotinas do internamento, da consulta externa e do Programa de Baixo Limiar e ainda, conhecer o Serviço de Consulta Externa de Psiquiatria e os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em ESMP nestes contextos. Por outro lado, prestei cuidados de ESMP a esta população, planeando intervenções psicoterapêuticas e implementando o plano de cuidados a estes utente, aferindo os seus níveis de ansiedade e também realizando várias sessões de relaxamento muscular progressivo em grupo com estes utentes.

### **3.1. Aquisição de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

Existe um conjunto de competências transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade que são designadas por Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme o Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro, seu artigo 3.º, alínea a) estas

*são as competências, 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 e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializados no âmbito da formação, investigação e assessoria.*

O mesmo regulamento refere ainda que as competências comuns dos enfermeiros especialistas são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e envolvem várias dimensões, entre elas: a educação dos clientes e dos pares, orientação, aconselhamento, liderança e investigação. A principal finalidade deste conjunto de competências é, de acordo com o regulamento mencionado anteriormente, dar a conhecer aos cidadãos o que esperar dos cuidados de enfermagem especializados, independentemente da sua área de especialização. Estas competências encontram-se divididas por vários domínios que descreverei em pormenor nos seguintes subcapítulos.

### **3.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

No âmbito da Enfermagem, a ética define-se como o conjunto de valores, princípios e normas que orientam a conduta profissional do enfermeiro. Conduta esta que influencia e é, simultaneamente, influenciada pelas relações interpessoais e possui como âmbito a prestação de cuidados de qualidade, mantendo o respeito pelos direitos e dignidade humana. Oliveira (2012), declara que, a ética em enfermagem exige ao profissional a garantia da segurança do cliente, promovendo uma prestação de cuidados individualizada, segura e de forma equitativa perante a sua condição social, económica e cultural. Estes pressupostos vão de encontro com os defendidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos uma vez que, todos os indivíduos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos; deverão agir em espírito de fraternidade entre eles; todos têm direito à vida, liberdade e segurança pessoal e ainda que, ninguém deva ser submetido a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes (artigos 1.º, 3.º e 5º da Declaração Universal dos Direitos Humanos). O Regulamento para Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) da Ordem dos Enfermeiros (2015), no seu artigo 8.º al. 1 destaca que é exigido ao profissional de enfermagem “adotar uma conduta responsável e ética, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”.

Ao longo da sua prática clínica, os enfermeiros especialistas em ESMP debatem-se com dilemas e problemas éticos. Nora, Deodato, Vieira e Zoboli (2016) definem o dilema ético como uma situação limite cuja resolução apresenta dois caminhos em sentidos opostos e em que o enfermeiro é obrigado a definir a sua ação por um destes. Os autores definem o problema ético como aquele para o qual existem diversas soluções obrigando o profissional a utilizar a sua criatividade na resolução. Desta feita, os problemas de ética em enfermagem são, geralmente, constituídos pela indecisão na ação, cuja resolução envolve questões

concretas, compreendidas como motivo de conflito no âmbito dos deveres éticos e valores. Neste contexto, surge a deontologia profissional que se refere ao dever e obrigação do âmbito de cada profissão (Oliveira, 2012). A Ordem dos Enfermeiros (2015), orienta ainda que a deontologia profissional se define como o conjunto de normas e princípios que assentam na atuação por dever, com valor moral, que orienta a conduta dos profissionais na sua respetiva área de atuação. A deontologia profissional adapta-se às circunstâncias de cada época, modificando-se ao longo do tempo e acompanhando a evolução dos princípios da Moral e do Direito. No fundo, a deontologia consiste no “dever profissional” e, o Código Deontológico apresenta-se como o conjunto articulado dos deveres que os profissionais têm de adotar perante aqueles que prestam cuidados.

Na minha ótica, a implementação do Código Deontológico garante uma prática ética e responsável, a proteção dos direitos humanos e mantém o respeito pela dignidade da profissão. Prática esta que se enquadra ao preconizado pela Lei n.º 35/2023, de 24 de Julho, conhecida como Lei de Saúde Mental que define os pressupostos, objetivos e fundamentos das políticas de saúde mental em Portugal. Com efeito, a mesma Lei no seu artigo 4º, nº1 al. c) reitera que, em Portugal, todas as pessoas deverão ter acesso aos cuidados de saúde mental, de uma forma equitativa e não discriminativa. Desta feita, o Regulamento n.º356/2015 da Ordem dos Enfermeiros que diz respeito ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, determina a visão do Colégio da Especialidade face a esta matéria pronunciando que “todos os cidadãos tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados em saúde mental, numa perspetiva de promoção da saúde mental (...) que respeite os princípios de proximidade, capacitação, participação e direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível”. Assim, o enfermeiro especialista em ESMP deverá pautar a sua atuação pelo respeito pelas capacidades, vulnerabilidades, crenças, valores e desejos dos clientes, adotando uma abordagem construtiva na gestão de todas estas variáveis.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, fui desenvolvendo esta competência procurando adotar uma conduta que fosse respeitosa para com os utentes e dignificasse a profissão. Desde o respeito pela privacidade dos utentes, procurando realizar as entrevistas em gabinetes de enfermagem privativos, oferecer um espaço confortável e seguro ao utente; respeitar os silêncios e obtendo o consentimento aquando toda e qualquer intervenção psicoterapêutica ou interdependente (por exemplo, na administração de medicação injetável) e tendo o cuidado de acomodar preferências pessoais, sempre que possível. Recordo-me, por

exemplo, que um dos cuidados que procurei ter na realização das sessões de relaxamento em grupo foi o de, em qualquer contexto, procurar adaptar as condições da sala, dos materiais e da música de fundo ao grupo de clientes, questionando-os sobre as mesmas antes do início de cada sessão, procurando que estes se encontrassem confortáveis durante a realização das mesmas. Muitas vezes, utentes idosos e/ou com problemas de mobilidade preferiram realizar as sessões sentados em cadeiras em vez deitados nos colchões e, nesse sentido, consegui sempre acomodar esta preferência e fornecer cadeiras confortáveis para participarem. Apesar de parecer um pequeno detalhe, acredito que este cuidado fez toda a diferença na promoção da participação destas pessoas nas sessões que, pela sua mobilidade condicionada, de outra forma não teriam aderido às sessões.

No que ao domínio de uma prática ética e responsável diz respeito, especificamente em Saúde Mental, alguns dilemas relacionam-se com o recurso a medidas coercivas que são medidas que visam obter um comportamento desejado por parte do utente privando-o da sua liberdade e autodeterminação. No *Blended Intensive Programme (BIP)* que frequentei ao abrigo do Programa Erasmus+ em Oslo, em setembro de 2024, tive a oportunidade de participar numa visita de estudo a um hospital psiquiátrico que tinha como um dos principais objetivos institucionais a diminuição do recurso a medidas coercivas através da adoção da chamada “política de porta aberta”. Conforme foi explicado nesta visita de estudo, a “política de porta aberta” consiste na criação de um ambiente acolhedor, não estigmatizante e digno para os utentes através da eliminação de toda e qualquer medida que coloque em causa a autonomia e autodeterminação do utente e promovendo a integração comunitária destes utentes, focando-se assim na prevenção e reabilitação social das pessoas com problemas de saúde mental. Algumas das características deste hospital consistem no desuso das contenções mecânicas e quartos de isolamento, abolição de portas trancadas, re-acolhimento do utente sempre que este solicita ajuda sem referenciação prévia (o utente dirige-se diretamente às instalações do hospital) e também na rotura de internamento sempre que o utente solicita esse término. De acordo com os profissionais de saúde mental que trabalham neste hospital, os aspetos positivos a destacar são: maior envolvimento do utente no seu processo terapêutico, redução de práticas coercivas e diminuição da violência contra os profissionais de saúde. Esta visita de estudo foi interessante uma vez que pude observar *in loco* a aplicação de políticas de redução das medidas coercivas e verifiquei em contexto real as conclusões que o grupo de trabalho (no qual me insiro) obteve na revisão narrativa da literatura que elaborámos denominada “Coerção em Psiquiatria: Revisão Narrativa do Estado da Arte”.

Conforme observei, a preocupação pela diminuição do recurso a medidas coercivas é uma forma de prática ética e responsável.

### **3.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

A Organização Mundial de Saúde (2020) define qualidade em saúde como “a medida em que os serviços de saúde prestados aos indivíduos e às populações aumentam a probabilidade de se obterem os resultados desejados na saúde e são consistentes com os atuais conhecimentos profissionais”, ou seja, a prestação de cuidados de saúde pressupõe a resolução dos problemas de saúde identificados, de uma forma desejável à luz do corpo de conhecimentos técnico-científicos em vigor. A mesma organização define ainda que a prestação de cuidados de saúde de qualidade pressupõe que estes devam ser “seguros, eficazes, centrados no doente, oportunos, eficientes e equitativos”. No mesmo documento, são ainda definidas as principais características que uma instituição focada na qualidade deverá possuir: liderança para a qualidade a todos os níveis; abertura e transparência; ênfase no trabalho de equipa; responsabilização a todos os níveis; ensino integrado no sistema; circuitos de *feedback* ativos para melhorias; profissionais adequados; capacitação dos indivíduos; alinhamento dos valores profissionais e organizacionais; promoção do orgulho em prestar cuidados; valorização dos cuidados compassivos e coerência de esforços. Assim, a OMS (2020), instiga os sistemas de saúde a elaborarem políticas de saúde para a qualidade dos cuidados no sentido de implementar uma cultura de qualidade, em que os utentes sintam confiança e reconheçam os cuidados de saúde prestados como uma mais-valia. Nesta ótica, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, elaborado pela DGS (Direção Geral de Saúde) definiu como pilares estratégicos para o contexto português: cultura e segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros.

No que à Saúde Mental diz respeito, já em 2008, a Coordenação Nacional das Políticas de Saúde Mental, no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, tinha estipulado como meta para a Saúde Mental em Portugal a implementação de um modelo de avaliação e garantia de qualidade dos serviços de saúde mental em que definiu as seguintes estratégias: identificação de políticas de melhoria da qualidade; elaboração de documentos informativos e normativos; desenvolvimento de procedimentos de acreditação (avaliação por agentes externos); monitorização dos serviços de saúde mental (avaliação por agentes internos);

integração dos procedimentos de avaliação e garantia de qualidade na rotina dos serviços; revisão constante dos mecanismos de qualidade e difusão de boas práticas.

A Ordem dos Enfermeiros (2019), através do Regulamento n. °140/2019, declara que, no domínio da melhoria contínua da qualidade, os enfermeiros especialistas devem ser capazes de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro. No que aos enfermeiros especialistas em ESMP concerne, a Ordem dos Enfermeiros (2015) orienta que estes profissionais contribuam para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental nomeadamente através da existência de um quadro de referência para o exercício profissional para a enfermagem especializada nesta área, a existência de modelos de melhoria contínua da qualidade do exercício dos enfermeiros especialistas em ESMP; a utilização de sistemas de registos de enfermagem que incorporem os dados sensíveis e pertinentes para a prestação adequada de cuidados de enfermagem em SMP; a dotação segura de enfermeiros especialistas em ESMP de acordo com as necessidades dos serviços; a existência de políticas de formação contínua e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem especializados em ESMP.

Tendo em conta tudo isto e no que se refere aos aspetos da formação contínua em serviço, no primeiro ensino clínico, ministrei uma sessão de formação para a equipa de enfermagem desse serviço. A sessão de formação teve como temática central a apresentação de um estudo de caso que elaborei tendo como base o trabalho que realizei e a relação terapêutica que criei com um utente ao longo do EC. O principal objetivo desta sessão foi o de dar a conhecer os principais diagnósticos de ESMP aferidos relativamente ao caso em estudo e quais as intervenções implementadas para dar resposta às necessidades que tiveram na origem dos mencionados diagnósticos. Desse modo, procurei enfatizar perante a equipa de enfermagem do CS o papel do enfermeiro especialista em ESMP em contexto comunitário e em que é que este papel se diferencia dos demais contextos da prestação de cuidados de enfermagem. A meu ver, esta sessão formativa foi muito proveitosa porque gerou momentos de reflexão em equipa e estimulou uma discussão saudável entre os elementos participantes acerca dos aspetos da prestação de cuidados de saúde mental no contexto comunitário.

Um dos aspetos a ter em conta na prestação de cuidados seguros concerne à promoção de ambientes de prestação de cuidados seguros (Ordem dos Enfermeiros, 2019) Os

enfermeiros especialistas em ESMP são os profissionais responsáveis pela manutenção deste ambiente em contexto psiquiátrico que se quer favorecedor dos processos de recuperação da saúde mental (Nunes, 2021). Assim, os enfermeiros especialistas em ESMP nesta vertente são responsáveis por: conter a promoção do uso de medidas coercivas; gerir o ambiente a nível físico e estrutural providenciando um meio seguro aos cuidados (o autor exemplifica que um ambiente deteriorado pode potenciar os efeitos negativos no acolhimento de novos utentes) e gerir as relações na equipa multidisciplinar (gerir possíveis conflitos entre os elementos da equipa de saúde, promovendo uma boa atmosfera geral entre os prestadores de cuidados). Por outro lado, de acordo com o que observei em contexto de ensino clínico, o enfermeiro especialista em ESMP, na promoção de um ambiente de cuidados seguro é também responsável por: gerir a administração de terapêutica prescrita, promover os mecanismos de reabilitação psicossocial, fornecer apoio à equipa de saúde no que concerne a regulamentos e diretivas neste contexto, gerir os recursos materiais das unidades e serviços de internamento e capacitar a equipa para a adoção de uma postura mais empática. Deste modo, procurei constatar de que modo este princípio se operacionaliza no quotidiano dos serviços por onde passei em contexto de EC, sobretudo naqueles cuja administração de psicofármacos se faz diariamente. Banner (2002) declara que, a responsabilidade do enfermeiro em administrar, mas também vigiar as respostas terapêuticas aos medicamentos é uma função central, que depende da preparação e administração correta e segura dos mesmos. Cassiani e Coimbra (2001) acrescentam que, este ato acarreta uma extrema consciência social e humana, mais do que uma atribuição técnica e, as responsabilidades desta intervenção têm repercussões até na relação interpessoal entre utentes e profissionais. Segundo o REPE (2015), os enfermeiros “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”. Assim, de acordo com o Parecer do Conselho de Enfermagem n.º119/2018 da Ordem dos Enfermeiros, os enfermeiros devem atuar de forma responsável na sua área de competência, num contexto multiprofissional e, embora a administração de medicação seja uma intervenção interdependente (carecida de prescrição por outro grupo profissional - médicos), os enfermeiros possuem autonomia e conhecimentos técnico-científicos para inferir sobre a administração medicamentosa, relativamente aos riscos, benefícios e problemas potenciais relacionados com a administração de algum fármaco, devendo o enfermeiro procurar servir o melhor interesse

dos utentes. Por exemplo, no serviço de tratamento para pessoas com dependências, a metadona é preparada pelos enfermeiros em doses individuais, em frascos devidamente identificados com o nome do utente a quem se destina, a dose e nome do medicamento bem como a data de administração de cada dose. No momento de administração de cada dose de metadona, o enfermeiro confirma a identidade do utente e, este toma a medicação à sua frente devolvendo em seguida o frasco vazio que é devidamente descartado num contentor de resíduos adequado. A acrescentar que, a vigilância dos efeitos da medicação deverá ser minuciosa e o mais preventiva possível, por exemplo, no serviço de apoio a pessoas com problemas de comportamentos aditivos, em todos os turnos diurnos (manhã e tarde) são avaliados os sinais vitais de todos utentes internados e, todos os dias de manhã é monitorizado o peso corporal dos utentes, de modo a aferir o efeito dos fármacos prescritos e, em caso de discrepâncias ou anomalias, o enfermeiro informa o médico assistente que, depois poderá ou não proceder a ajustes terapêuticos, de acordo com a sua avaliação.

No que ao pilar da comunicação diz respeito, primeiramente será necessário entender o conceito de comunicação em saúde, “que ocorre num contexto de prestação de cuidados de saúde e rege-se por regras próprias, em função dos profissionais em interação e do tipo de interação” (Sequeira, 2016). Um dos momentos mais sensíveis na qualidade dos cuidados prestados e segurança dos utentes em SMP relaciona-se com a comunicação entre profissionais de saúde, nomeadamente nas passagens de turno e na transição do utente entre diferentes serviços. Tendo em conta esta problemática, um dos pilares do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, foca-se justamente na comunicação efetiva entre profissionais, de modo a garantir a fiabilidade da informação transmitida entre serviços e a prestação de cuidados seguros e adequados à situação de cada utente. Figueiredo (2019), refere que “a evidência científica demonstra que uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde permite diminuir as situações de redundância, poupar tempo, aumentar a segurança do doente e a satisfação da equipa” e recomenda a utilização de ferramentas estruturadas que orientem a transferência de informação, promovendo assim a segurança dos utentes na transição dos cuidados. Por outro lado, Broca e Ferreira (2012), referem que a comunicação entre os elementos da equipa prestadora de cuidados é potenciada pela relações interpessoais, pelo reconhecimento profissional entre os elementos e pela partilha de informações relevantes em grupo. Deste modo, nos momentos da transição de cuidados (passagens de turno), procurei transmitir a informação dos utentes de uma forma simples e sucinta, realçando os aspetos mais importantes à situação clínica de cada utente e

do seu plano terapêutico nomeadamente, identificando-o de forma clara, oferecendo contextualização acerca da sua história pessoal, o seu estado atual e quais as recomendações ou indicações pertinentes em cada contexto.

### **3.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados**

O enfermeiro especialista deverá ter a capacidade de alocar os recursos humanos e materiais necessários para dar resposta ao plano de cuidados de cada utente, de uma forma holística e adequada à sua situação clínica, devendo também ser capaz de articular com a equipa de enfermagem e com a restante equipa multidisciplinar, garantindo deste modo uma prestação de cuidados segura e de qualidade. De facto, a Ordem dos Enfermeiros (2019), declara que cabe ao enfermeiro especialista garantir uma gestão de cuidados centrada na pessoa, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação com a restante equipa de saúde, adaptando a liderança e a gestão de recursos face às situações e contextos.

Freitas (2018) mencionando Costa et al. (2016) refere que, a “competência na gestão é um processo dinâmico, centrado no desempenho (...), que exige habilidades e atitudes do indivíduo” que são o fator chave na resolução dos problemas de uma organização. Segundo o mesmo autor, os profissionais devem estar capacitados para reconhecer problemas, propor soluções e mudanças estratégicas, envolver a equipa, garantir a satisfação dos clientes e colaborar na sustentabilidade da organização. Constatei esta realidade ao longo dos meus EC através das passagens de turno diárias e das reuniões de equipa, quer multidisciplinar ou de enfermagem em que, esses momentos muitas vezes constituíram momentos de reflexão sobre vários temas (casos complexos em ESMP, reorganização de planos de cuidados e/ou ajustamento de intervenções, comunicação de ruturas de material/*stock* ao chefe de equipa e necessidade de pedido de arranjo de alguns materiais).

Na ótica da gestão dos cuidados, o processo de enfermagem é um instrumento que tem a função de organizar e sistematizar a assistência em enfermagem, auxiliando na gestão da prestação de cuidados e oferecendo maior visibilidade sobre o papel da enfermagem nas organizações de saúde. O processo de enfermagem, permite uma maior humanização dos cuidados por obrigar à adoção de uma abordagem holística e sistemática sobre os mesmos e, também por permitir a individualização de cada plano de cuidados à situação específica de cada utente (Souza, Santos e Monteiro, 2013).

Assim, procurei desenvolver esta competência operacionalizando o processo de enfermagem ao longo de todos os EC. Procurei avaliar o estado geral e mental dos utentes

que me foram atribuídos ao longo dos EC, delineei planos de cuidados adequados às necessidades de cada utente (com a supervisão dos enfermeiros orientadores), implementei as intervenções de uma forma holística e personalizada e, posteriormente, reavaliei e readequiei as intervenções, sempre que possível na presença do utente permitindo também momentos conjuntos de reflexão sobre a eficácia das intervenções. Em suma, fui gerindo o plano de cuidados de acordo com as necessidades manifestadas pelos utentes.

#### **3.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

A aprendizagem ao longo da vida é uma necessidade dos enfermeiros, este processo de educação profissional define-se como um processo de formação e desenvolvimento permanentes que afetam a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados aos utentes e, é dever dos enfermeiros que estes sejam profissionais informados e envolvidos nas oportunidades de desenvolvimento contínuo (Ornellas e Monteiro, 2023). Noutra perspetiva, os mesmos autores declaram que “a construção do processo educativo deve ocorrer de forma ininterrupta na trajetória de vida profissional” contribuindo também para as perspetivas de carreira dos profissionais. Na mesma linha de pensamento, o profissional inovador é aquele que adquire habilidades técnicas e comportamentais sendo que, o grande desafio centra-se na articulação entre ambiente de trabalho, contexto social e estratégias formativas.

A acrescentar que, a Comissão Europeia preconiza que a autonomia e a responsabilização pelo investimento na formação deverá ser construída sob um prisma de aprendizagem ao longo da vida cuja definição é “toda e qualquer atividade de aprendizagem, com um objetivo, empreendida numa base contínua e visando melhorar conhecimentos, aptidões e competências” sendo que, alguns fatores podem influenciar esta aprendizagem: atividades académicas, profissionalismo e motivação, crenças relacionadas com a aprendizagem, atenção às oportunidades de aprendizagem e competências técnicas de procura de informação (Rodrigues, Vieira, Charepe e Capelas, 2012).

Assim, o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros declara que, para dominar esta competência, os enfermeiros especialistas deverão ser capazes de demonstrar a capacidade de autoconhecimento e assertividade e, também basear a sua prática clínica e decisões em evidência científica atual.

No desenvolvimento desta competência procurei construir e planear o meu processo formativo ao longo dos EC sendo que, para esse efeito, elaborei o meu Projeto de Autoformação. Um projeto define-se como um «empreendimento temporário levado a efeito

com o objetivo de produzir um produto, serviço ou resultado único» ou, «um conjunto único de processos consistindo em atividades coordenadas e controladas com datas de início e de fim, desenvolvidas para alcançar um objetivo» (Miguel, 2019 citando NP ISSO 21500/2012). Sumariamente, um projeto pressupõe a concretização de uma série de etapas, devidamente sequenciadas e ordenadas logicamente, o uso dos recursos e estratégias mais adequados para assim concretizar um ou mais objetivos. Como o próprio nome indica, um projeto de autoformação diz respeito ao indivíduo que implementa estratégias para alcançar os objetivos que ele próprio almeja concretizar. Para o efeito, numa primeira fase refleti sobre as minhas necessidades formativas: dificuldades que pretendia colmatar e também nas potencialidades e aspetos positivos a fortalecer, delineando de uma forma geral alguns objetivos a concretizar ao longo desta jornada. Posteriormente, sistematizei os meus objetivos e estratégias para concretizar as aprendizagens pretendidas e desenvolver competências como enfermeira especialista em ESMP.

### **3.2. Aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica**

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Portugal, tem seguido um percurso evolutivo similar ao da Psiquiatria (Sampaio, 2022). Antigamente, cabia ao enfermeiro neste contexto garantir um ambiente seguro e confortável, proporcionar a adesão ao tratamento (muitas vezes quase exclusivamente farmacológico) e administrar medicação (Sampaio, 2022). Na atualidade, a realidade dos EESMP é muito diferente uma vez que, estes profissionais têm um regulamento de competências específicas que determina “a prestação de cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais à pessoa ao longo seu ciclo de vida, podendo para tal mobilizar o contexto e a dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitária” (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica oferece ganhos em saúde para os utentes que sofrem de alterações ou perturbações da sua saúde mental. Por outro lado, a especialidade oferece uma atenção diferenciada às áreas da promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, diagnóstico e intervenção nas respostas humanas desajustadas aos processos geradores de sofrimento. O principal objetivo da atuação dos enfermeiros especialistas em ESMP é o de evitar o agravamento de situações geradoras de perturbações mental e evitar a desinserção social da pessoa com doença mental. Para o efeito, estes profissionais fazem da sua própria mobilização uma ferramenta terapêutica, estabelecendo

relações de confiança e parceria com os utentes permitindo trabalhar com eles os aspetos específicos da doença mental, tais como: adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, *stress* do prestador de cuidado. (Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros).

A atuação dos enfermeiros especialista em ESMP inicia-se pela avaliação do estado geral e mental do utente. A realização da avaliação do estado mental do utente é um procedimento formal e uma tarefa que se pretende minuciosa pois daqui pretende-se objetivar alguns elementos clínicos que permitam aferir as necessidades em saúde mental da pessoa em avaliação. Assim, são avaliados parâmetros como: o aspeto geral, atitude, atividade, humor e emoções, discurso e linguagem, existência de alterações formais do pensamento e percepção, cognição, *insight* e juízo crítico (Trzepacz e Baker, 2002). Nesta questão, o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2023) recomenda que, o enfermeiro especialista avalie, de uma forma gradual: as características sociodemográficas do utente; problemas atuais; história de doença mental (incluindo tentativas de suicídio, tratamentos realizados, internamentos anteriores, medicação e uso de substâncias), antecedentes médicos; história social e familiar; relações interpessoais atuais; estratégias de *coping* existentes (adaptativas ou não); sistema de crenças e valores (recursos internos). A realização de uma avaliação pormenorizada permite traçar um panorama geral do estado atual do utente, contribuindo para o levantamento das necessidades reais da pessoa.

Neste capítulo, darei a conhecer as estratégias que adotei para desenvolver competências como enfermeira especialista em ESMP, ilustrando o percurso efetuado com exemplos das atividades que desenvolvi.

### **3.2.1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro**

O processo de desenvolvimento pessoal implica um processo autocrítico e introspetivo de visão para dentro de si próprio, enquanto pessoa e profissional. Este processo implica uma jornada de obtenção de autoconhecimento e consciencialização de si mesmo obrigando, a identificar e refletir sobre os seus próprios padrões de pensamento, comportamento e motivações pessoais e perceber como todas estas variáveis condicionam a relação com o outro (Mota, 2019). Assim, o autoconhecimento permite obter uma postura segura perante o mundo e a sociedade e desenvolver relações interpessoais seguras e sólidas em todas as esferas do quotidiano (pessoal, profissional, social e familiar).

Sifuentes, Dessen e Oliveira (2007) definem o desenvolvimento humano como “um processo de construção contínua que se estende ao longo da vida dos indivíduos” que se faz por meio de interações complexas, envolvendo os componentes intra-orgânicos mas também as relações sociais e a gestão humana individual. Stefanelli, Fukuda e Arantes (2008), reiteram ainda que a relação de ajuda possibilita reintegrar o utente na sociedade, exercendo a sua cidadania em plenitude de direitos e deveres. Assim, a aplicação das técnicas de desenvolvimento pessoal pelos enfermeiros especialistas em ESMP permite, segundo Peplau (1952): implementar técnicas de comunicação eficazes; fazer uso da empatia na compreensão do outro; explorar de forma estruturada as vivências, emoções, pensamentos e comportamentos; organizar a partilha de vivências com segurança e respeito mútuo; identificar os desafios e necessidades pessoais; apontar as soluções para as adversidades pessoais e implementá-las, deixando espaço para a tentativa e erro - processo de resolução de problemas; adquirir ferramentas e estratégias para ser mais resiliente.

O artigo 4.º, nº1, alínea a) do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica orienta que, os enfermeiros especialistas em ESMP possuem a competência de deter “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”, na prática, os enfermeiros especialistas em ESMP são capazes de identificar sentimentos, emoções, valores e outros fatores que possam influenciar a relação terapêutica com o utente; são capazes de gerir os fenómenos de transferência e contratransferência, impasses e resistências; conseguem avaliar o seu impacto na relação terapêutica com o cliente; são capazes de definir os limites da relação profissional e de ter autocontrolo das suas próprias reações pessoais face aos fenómenos da relação terapêutica.

Os impasses terapêuticos, onde se incluem a resistência, transferência e contratransferência poderão ser especialmente desafiadores à relação terapêutica. Sequeira (2016), define a resistência como uma reação de defesa do utente quando este não entende os fatores que estão na origem da sua ansiedade, apresentando assim relutância em participar do seu plano terapêutico. A resistência, segundo o autor, pode manifestar-se de várias formas: omissão de informação relevante; recusar-se a realizar os trabalhos sugeridos; recusar-se a comunicar sobre sentimentos e emoções; minimização ou exacerbação dos sintomas; ausência de *insight*. A transferência diz respeito à projeção, por parte do utente, de sentimentos e atitudes que associam a outras pessoas ou situações no profissional de

saúde, este fenómeno pode manifestar-se das seguintes maneiras: projeção de sentimentos agradáveis ou desagradáveis pelo profissional; tentar envolver-se ou distanciar-se demais; adotar comportamentos ilógicos; focar-se no comportamento do profissional; ter atitudes hostis perante o profissional; verbalizar que o profissional o relembra de alguém significativo (Sequeira, 2016). Por outro lado, a contratransferência, refere-se ao impasse terapêutico produzido pelo próprio profissional, muitas vezes como reação a uma resistência do utente e, a contratransferência geralmente manifesta-se pela existência de uma preocupação excessiva; hostilidade ou aversão ou ansiedade intensas perante o utente (Sequeira, 2016). Para lidar com estes fenómenos, o Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2023), sugere que, nos fenómenos de transferência, o enfermeiro especialista em ESMP permaneça atento às emoções fortemente dirigidas a si pelo utente e, quando detetadas, aja no sentido de abordá-las abertamente e trabalhá-las no âmbito da intervenção psicoterapêutica. No que aos fenómenos de contratransferência se referem, o mesmo guia orienta a que, o enfermeiro se mantenha vigilante aos seus próprios sentimentos e emoções e, quando se verificarem situações de contratransferência discuta essas vivências com colegas mais experientes, explorando-as de forma construtiva. O Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2023), declara ainda que as resistências são parte integrante do processo terapêutico e, sejam elas quais forem, não são razão exclusiva para o profissional terminar a relação terapêutica ou ignorar esses fenómenos, por outro lado, deve sempre procurar reconhecê-los atempadamente e trabalhá-los de uma forma construtiva e em parceria com o utente. No entanto, o mesmo guia reconhece que algumas vezes estes fenómenos podem ter uma evolução desfavorável relativamente aos objetivos traçados para o utente e, nesses casos, o término precoce da relação terapêutica deverá ser bem ponderado.

A meu ver, o desenvolvimento pessoal e o autoconhecimento do enfermeiro especialista em ESMP permitem desenvolver competências comunicacionais levando a uma relação terapêutica mais sólida. A parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel faz-se por intermédio de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Pessoalmente, ao longo do meu percurso procurei autoconhecer-me no papel de enfermeira especialista em ESMP, buscando refletir continuamente sobre a minha prática clínica, identificando as minhas limitações e trabalhando no sentido de melhorar as mesmas e, por

outro lado, conhecendo as minhas potencialidades e reforçando-as. Procurei permanecer atenta e monitorizar os meus próprios sentimentos e emoções, partilhando estas vivências com os meus orientadores e discutindo-as de forma aberta e construtiva. As reflexões críticas, discussão de experiências e vivências com os enfermeiros orientadores e com a professora orientadora foram momentos que permitiram trabalhar esta componente levando a uma atuação mais segura e a relações terapêuticas mais enriquecedoras com os utentes.

Destaco o contributo da Teoria das Relações Interpessoais como meio de criar uma aliança efetiva que me permitiu monitorizar os sentimentos e expressões dos utentes mas, também as minhas próprias, sendo esta teoria um meio facilitador de partilha de ambivalências com os orientadores.

### **3.2.2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental**

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo passam com os utentes e as suas famílias, em qualquer fase do ciclo vital levando a que, estes profissionais desenvolvam competências na relação de ajuda. É no contexto comunitário que o maior potencial terapêutico do enfermeiro especialista em ESMP se apresenta, permitindo uma ação efetiva enquanto facilitar de processos adaptativos e de transição vivenciados pelo utente ao longo do seu ciclo de vida (Sampaio, 2022).

O Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros define que, para desenvolver esta competência, o enfermeiro especialista em ESMP deverá ser capaz de executar uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental dos utentes (sejam eles indivíduos, grupos ou comunidades), avaliar de forma global a história em saúde mental do indivíduo e família de forma a, posteriormente implementar projetos de promoção e proteção da saúde mental, prevenção e estabilização da doença mental. Para o efeito, o mesmo Regulamento refere que “o processo de avaliação exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes”. Assim, para treinar esta componente da avaliação do utente como um todo e sistematização destes raciocínios, elaborei um portefólio de trabalho relativo ao Ensino Clínico I em que compilei todas as atividades desenvolvidas ao longo dessa estágio, inclusivamente o planeamento de todas as consultas que elaborei, a avaliação global

(inclusivamente a avaliação do estado mental) feita aos utentes em contexto comunitário e também os registos dessas mesmas consultas e intervenções realizadas.

No que ao processo de avaliação do estado mental se refere, fiz uso de instrumento de medidas, mais especificamente de escalas de avaliação para diferentes fins: avaliação do efeito das sessões de relaxamento em utentes grávidas através da aplicação do inventário de ansiedade estado-traço (STAI) em algumas das sessões de relaxamento; avaliação cognitiva de utentes com problemas de consumo e também a aplicação da Escala de Hamilton para avaliar a ansiedade desses mesmos utentes (Anexo I). Por outro lado, a avaliação do estado mental destes utentes necessita de ser precisa e rigorosa de forma a que o enfermeiro especialista em ESMP detete com melhor precisão as suas necessidades e, para isso segui os pressupostos do exame psiquiátrico do estado mental de Trzepacz e Baker (2002). Por outro lado, esta avaliação seria incompleta se não se fizesse também uma avaliação física do utente e também colheita de dados acerca da história social, económica e psiquiátrica da pessoa, procurando saber quais os papéis sociais que desempenha no meio em que vive.

Ainda, ao longo dos EC tive oportunidade de prestar cuidados e/ou colaborar na prestação de cuidados especializados em ESMP a vários utentes e familiares em diferentes fases do seu ciclo vital. No contexto comunitário, realizei várias sessões de relaxamento em grupo para mulheres grávidas recorrendo à técnica de imaginação guiada (com o objetivo de proporcionar momentos de bem-estar e tranquilidade, treinar e incentivar o uso da técnica de respiração diafragmática e do relaxamento como ferramenta útil nos momentos de ansiedade pré e pós-parto e aliviar a tensão muscular) (Apêndice C e Anexos B e C); realizei sessões de relaxamento em grupo para utentes com problemas de ansiedade num grupo misto de várias faixas etárias recorrendo à técnica do relaxamento muscular progressivo de Jacobson (neste caso, o objetivo foi o de promover o uso do relaxamento como técnica de controlo da ansiedade, treinar o uso da técnica de respiração diafragmática e promover o autoconhecimento dos utentes acerca das situações que lhes despoletam estados ansiosos) (Apêndice C e Anexos A e C). Para além da componente de relaxamento, no contexto comunitário, realizei consultas de acompanhamento de ESMP a utentes de várias idades (adolescentes, adultos e idosos), quer em gabinete, quer em contexto domiciliário. Pessoalmente, creio que o contexto de comunidade é um contexto muito rico em termos de prestação de cuidados a utentes em diferentes faixas etárias, uma vez que, o enfermeiro especialista tem a oportunidade de intervir com crianças, adolescente, adultos e idosos em

fases distintas do ciclo vital (por exemplo, situações de pessoas em fim de vida, familiares em luto ou crianças com dificuldades na adaptação à vida escolar...). Claro que, este contexto representou um desafio acrescido, pela diversidade de situações, enquanto futura enfermeira especialista em ESMP procurei adotar uma postura versátil e resiliente, procurando adequar-me a cada novo contexto que surgiu através do estudo, pesquisa, planeamento, implementação e avaliação das consultas e intervenções, discussão de casos com a enfermeira orientadora antes e após implementação da intervenção. Creio que a adoção desta postura proativa, em sinergia com os contributos dados pela Teoria das Transições (promoção de uma atitude proativa em relação ao processo saúde-doença num contexto holístico e humanizado), foi uma mais valia que me ajudou na intervenção, não só a nível da implementação das intervenções planeadas como também na adequação de cada intervenção às necessidades e manifestações de cada pessoa no momento terapêutico.

No contexto de internamento de agudos, tive oportunidade de acompanhar e prestar cuidados especializados em ESMP a vários utentes com problemas de comportamentos aditivos, de várias faixas etárias e com *backgrounds* distintos. Especificamente, no serviço de internamento de agudos, prestei cuidados especializados em ESMP a um utente (adulto, pai de um filho adolescente e trabalhador por conta própria) com comportamentos aditivos (consumo de substâncias psicoativas) num quadro de descompensação psiquiátrica numa tentativa de suicídio após consumos. Numa área marcada pela ambivalência, resistência e risco de recaída a qualquer momento, optei por, em primeiro lugar, estabelecer uma relação de ajuda adequada, delimitando de forma clara os objetivos, limites e âmbito das minhas intervenções. De seguida, e após ter sido estabelecida a aliança terapêutica, procurei aferir com o utente quais as suas necessidades em ESMP: as reais e as percebidas e, desse mesmo modo, juntos delineámos os objetivos a concretizar, procurando assim centrar o utente nos cuidados e promover a sua autonomia. Posto isto, foi delineado um plano de cuidados exequível ao perfil do utente em questão, com intervenções práticas e coerentes com aquilo que ele próprio utente desejava concretizar. Assim, várias foram as técnicas utilizadas ao longo do internamento: realização de entrevista motivacional; psicoeducação sobre o abuso de drogas; reestruturação cognitiva, treino de técnicas de autocontrolo face aos consumos; técnica de modificação de comportamento; promoção de mecanismos de *coping* adaptativos e treino de competências sociais (comunicação assertiva e estratégias de enfrentamento). No final do internamento, e após a avaliação do plano de cuidados em parceria com este utente, obtiveram-se alguns ganhos no âmbito da saúde

mental: como o *coping* melhorado e manifestação de motivação intrínseca para a mudança de comportamento com plano de ação delineado visando cessar os consumos. Por outro lado, no serviço de tratamento de adições, também em contexto de internamento, prestei cuidados a outro utente com problemas de consumos de substâncias, mas, com idade jovem, fraca escolaridade e desempregado que procurou os serviços de saúde por sua própria iniciativa com o objetivo de cessar os consumos. Neste caso, procurei mais uma vez adequar as intervenções às necessidades do utente, em parceria com o mesmo e, neste caso, optou-se por desenvolver a entrevista motivacional, realizar psicoeducação sobre o consumo de substâncias psicoativas, executar técnica de modificação do comportamento, treinar técnicas de autocontrolo e estratégias de enfrentamento, treino de competências sociais (como a comunicação assertiva) e intervenção socioterapêutica (estimular o comportamento interativo, promovendo a participação ativa em grupos de apoio, adoção de atividades de bem-estar e lazer e estimular a interação familiar no pós-alta). Apesar de se terem obtido alguns ganhos em saúde neste utente jovem como melhorias a nível da sociabilidade, ele requereu alta contra parecer médico uns dias antes da data de alta prevista por, segundo o próprio, sentir-se mais vulnerável em contexto de internamento estando afastado da sua família (no serviço de tratamento de adições não são permitidas visitas de familiares aos utentes em contexto de internamento). Assim, embora com problemas que, à primeira vista, parecem muito semelhantes, prestei cuidados a dois utentes com perfis distintos e necessidades em saúde distintas um do outro, o que levou a que eu tivesse de selecionar as intervenções mais adequadas para cada um deles, contribuindo para uma maior resiliência e desenvolvimento da minha parte enquanto pessoa e profissional.

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

A promoção da saúde mental deverá ser cultivada ao longo da vida incluindo na fase escolar, ao longo da vida laboral e terceira idade (Mota, 2019). O potencial terapêutico autónomo do enfermeiro especialista em ESMP permite efetivar uma gestão racional dos recursos humanos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), criar projetos de promoção da saúde mental, trabalhar na literacia em saúde mental nas comunidades e promover a procura de ajuda atempada aquando surgimento de sintomas psicopatológicos (Sampaio, 2022).

O Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros declara que o enfermeiro especialista em ESMP para adquirir esta competência, deverá ter a capacidade de determinar o diagnóstico de saúde mental, sistematizar e analisar os dados que se lhe apresentam, identificar resultados esperados, planear, desenvolver e negociar o plano de cuidados com o utente, implementar esses mesmos cuidados com base na evidência, minimizar a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e qualidade de vida. Assim, é expectável que o profissional desenvolva o seu pensamento crítico e a capacidade de integrar e interpretar os diversos dados objetivos e subjetivos, tendo em conta o ciclo vital do utente e centrando a sua atenção nas respostas que ele emite. Também é esperado que o enfermeiro especialista em ESMP utilize o método de gestão de caso para coordenar os cuidados e assegurar a sua continuidade, servindo de elo entre o cliente e a equipa multidisciplinar. Este método deverá incluir atividades como: “organização, avaliação, negociação, coordenação e integração de serviços e benefícios para o cliente”. No intuito de desenvolver esta competência, em cada ensino clínico elaborei um estudo de caso. Esta é uma modalidade de pesquisa que é perçecionada pela metodologia em escolher um objeto alvo de estudo definido pelo interesse nesse caso individual. Esta metodologia permite oferecer um suporte teórico aos cuidados, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e, em consequência ajuda a desenvolver o desempenho da enfermagem (Mota, 2019). Nos estudos de casos que elaborei ao longo dos estágios procurei dar a conhecer a avaliação abrangente que efetuei aos utentes (desde a colheita de dados biográficos, história de vida e de saúde mental, história familiar, como conduzi as entrevistas e o modo como foram identificadas as necessidades em colaboração com o próprio utente) e, posteriormente, como implementei e reavaliei o plano de cuidados em curso. Tudo isto, justifiquei com base na evidência, os achados das minhas pesquisas sob a forma de processo de enfermagem fundamentado com a seguinte ordem de trabalhos: avaliação do utente, identificação de necessidades reais e percebidas, elaboração de resultados esperados, elaboração das intervenções, implementação e reavaliação das intervenções. Nestes trabalhos, optei por usar a taxonomia CIPE que é preconizada pelo *International Council of Nurses*. A CIPE é a linguagem de enfermagem padronizada mais utilizada em Portugal e a única taxonomia de Enfermagem que integra a família das classificações universais da OMS (Sampaio e Sequeira, 2020).

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

No que concerne às competências específicas dos enfermeiros especialistas em ESMP, os profissionais devem nortear a sua prática clínica segundo o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, este é um modelo criado por enfermeiros e para enfermeiros cujo objetivo principal é o de sistematizar as intervenções realizadas à luz do contexto da Enfermagem portuguesa (Sampaio, Sequeira e Canut, 2018). Portanto, esta competência foi desenvolvida através da prestação de cuidados a pessoas com problemas de saúde mental, nomeadamente pela realização de intervenções de enfermagem de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossociais e psicoeducacional, quer em grupo, quer individualmente a pessoas com problemas de ansiedade.

As intervenção psicoterapêutica no âmbito da ESMP procura dar resposta aos diagnósticos de Enfermagem aferidos consoante as necessidades dos utentes em saúde mental. Assim, em conformidade com o Parecer n.º 47/2023 da Ordem dos Enfermeiros (Pronúncia da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica), a intervenção psicoterapêutica em ESMP define-se como “sendo a execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia com o objetivo de assistir a pessoa e ajustar os seus comportamentos, cognições, emoções e/ou outras características pessoais na direção que se considere desejável”. Segundo o mesmo parecer, alguns exemplos destas intervenções são: executar reestruturação cognitiva, executar técnica de modificação de comportamento, executar aconselhamento, executar entrevista motivacional e executar relaxamento. Ao longo dos ensinamentos clínicos tive oportunidade de realizar inúmeras intervenções psicoterapêuticas, nomeadamente: a execução de técnicas de modificação de comportamento (com o objetivo de promover a adaptação comportamental a situações novas ou *stressantes*); executar aconselhamento (com o objetivo de promover o autoconhecimento e apoiar em processos de tomada de decisão); realizar de técnica de resolução de problemas (para auxiliar a pessoa na tomada de consciência sobre os seus problemas e facultar um meio para encontrar a sua solução); executei técnicas de relaxamento em vários contextos (tal como abordei anteriormente ao longo deste relatório); realizei reestruturação cognitiva (com o objetivo de promover a mudança de esquemas cognitivos através da exploração e substituição de crenças e pensamentos erróneos ou mal-adaptativos); a realização de

entrevistas motivacionais (auxiliando o utente a identificar ambivalências e estimular a motivação para a mudança comportamental). Tal como referi nos anteriores subcapítulos, considero que, numa fase inicial, a aplicação e seleção das intervenções terapêuticas a utilizar foi desafiante, devido à insegurança natural da inexperiência porém com estudo e com o apoio dos enfermeiros orientadores, esclarecimento de dúvidas e reflexão fui ultrapassando as barreiras iniciais e, atualmente, a prestação de cuidados psicoterapêuticos aos utentes e famílias é para mim uma imensa satisfação pois, é ao longo da implementação do plano de cuidados e da realização de intervenções psicoterapêuticas que apreciamos a evolução dos utentes.

A intervenção psicoeducacional tem por objetivo primário aumentar a literacia em saúde mental dos utentes-alvo dos cuidados, tratando-se de um subtipo de educação para a saúde (Parecer n.º 04/2023 da Ordem dos Enfermeiros). A literacia em saúde entende-se como a “constelação de competências cognitivas, sociais e capacidades que permitem aos indivíduos aceder, compreender e usar a informação no domínio da saúde” (Loureiro, Mendes, Barroso, Santos, Oliveira e Ferreira, 2012). O Parecer n.º 04/2023 da Ordem dos Enfermeiros refere que o conceito de “literacia em saúde mental” inclui como componentes “a capacidade para reconhecer doenças ou tipos de *distress* psicológico específicos, o conhecimento e as crenças acerca das causas e fatores de risco, o conhecimento e as crenças acerca das intervenções de autoajuda, o conhecimento e as crenças acerca da ajuda profissional disponível, as atitudes que facilitam o conhecimento e uma procura de ajuda apropriada o conhecimento acerca de como procurar informação acerca da saúde mental” e também a compreensão de como obter e manter uma saúde mental positiva. As intervenções psicoeducacionais realizadas por enfermeiros especialistas em ESMP apresentam efeitos positivos ao nível da ansiedade, depressão, qualidade de vida, sobrecarga, autoeficácia, saúde física e suporte social (Parecer n.º 04/2023 da Ordem dos Enfermeiros). Para desenvolver esta componente, realizei algumas sessões de psicoeducação sobre a ansiedade e a depressão a grupos de pessoas com problemas de ansiedade. Estas sessões tiveram por objetivo dar a conhecer estes problemas, a intervenção do enfermeiro especialista em ESMP e oferecer conhecimento sobre ferramentas para ultrapassá-las, promovendo também uma saúde mental positiva. Ao longo de cada sessão, houve espaço para esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências fomentando assim um ambiente de entreajuda entre os participantes e também de identificação com pessoas com problemas semelhantes. A preparação para as sessões de psicoeducação constituiu um desafio interessante e

enriquecedor na medida em que, senti-me na obrigação de pesquisar e adaptar os conteúdos ao público-alvo de forma a conseguir passar a informação de uma forma pedagógica e aliciante. Por outro lado, tive oportunidade de realizar algumas sessões de psicoeducação individuais a utentes com ansiedade em contexto comunitário, nestes casos o principal objetivo foi o de melhorar a literacia em saúde mental destas pessoas e, para isso, eduquei sobre a ansiedade enquanto problema de saúde mental; formas de controlar a ansiedade; a importância de cumprir com o regime medicamentoso; técnica de respiração diafragmática e incentivei a aderir às técnicas de relaxamento. Os momentos de psicoeducação com os utentes foram, a par das sessões de relaxamento, aqueles que mais gostei durante o meu percurso e pelos quais sinto um grande apreço e gratidão pois, nestas ocasiões tive oportunidade de trocar conhecimentos e experiências com os utentes, partilhando os meus saberes e conhecimentos ao mesmo tempo que, também aprendi muito com as vivências das pessoas que sofrem de problemas de saúde mental.

A intervenção socioterapêutica no âmbito da ESMP define-se como um processo de relação de ajuda entre um profissional e um coletivo de pessoas (um grupo), como utente-alvo dos cuidados (Parecer n.º47/2023 da Ordem dos Enfermeiros). Assim, as intervenções psicoterapêuticas realizadas centram-se na interação entre os diferentes elementos do grupo remetendo para as interações familiares, laborais e sociais. Neste contexto, realizei algumas dinâmicas de grupo no contexto de internamento de agudos e também no serviço de internamento de tratamento de adições. Estas dinâmicas tiveram como objetivo favorecer a identificação entre pares entre os elementos participantes e estimular a discussão e reflexão sobre alguns tópicos relacionados sobretudo com consumos de substâncias psicoativas, situações-gatilho de estados de ansiedade e a sua resolução, preparação da alta e regresso ao domicílio. Ao todo realizei cerca de três dinâmicas de grupo com recurso ao método “Caixa do Desafio” em que, numa caixa encontravam-se vários cartões com palavras relacionadas com o tópico em discussão e, cada membro participante tinha que retirar um cartão da caixa, ler a palavra e refletir e partilhar o que pensava sobre essa palavra. Ao fim de algum tempo, cada pessoa, na sua vez, apresentava a palavra que obteve no sorteio e explicava a sua perspetiva ao grupo, estimulando o debate entre pontos de vista semelhantes ou divergentes. Nestas dinâmicas, procurei ter um papel mediador entre os participantes, oferecendo a perspetiva dos profissionais de saúde, desconstruindo crenças e mitos acerca da saúde mental e esclarecendo dúvidas que pudessem surgir. Após a sua realização, cada participante avaliou como se sentiu durante e após as mesmas, sendo que, em todas elas os participantes

avaliaram positivamente. A realização das dinâmicas de grupo constitui por si só um desafio para o enfermeiro especialista em ESMP pois, para além de toda a preparação da sala e do ambiente em que se irá realizar a sessão, é esperado que o profissional adote uma postura assertiva, dinamizador e de mediador perante possíveis conflitos entre pontos de vista dos participantes, o que requer um certo domínio teórico dos temas em apreciação. Este desafio foi ultrapassado recorrendo novamente a preparação prévia, pesquisa e estudo e também na reavaliação do sucesso das intervenções e da satisfação entre os participantes numa ótica reflexiva de readequar e melhorar as sessões futuras.

#### **4. TORNAR-SE MESTRE EM ENFERMAGEM**

Em Portugal, o grau de mestre corresponde ao segundo ciclo de estudos do ensino superior, sendo por isso considerada uma etapa de formação avançada que não só expande as competências adquiridas durante o ciclo base da licenciatura como também permite adquirir um novo corpo de conhecimentos (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto). Deste modo, o percurso construído ao longo deste curso e agora ilustrado neste relatório enaltece as competências que fui adquirindo e que contribuíram para o meu desenvolvimento como mestre em enfermagem especializada em saúde mental e psiquiátrica.

O Decreto-Lei nº65/2018 de 16 de agosto que regula o Regime Jurídico dos Graus e Diplomas do Ensino Superior, no seu artigo 15º, declara que o grau de mestre é atribuído

*aos que demonstrem: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde, (...) saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; 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; competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

Ao longo desta jornada, aprendi a aplicar conhecimentos adquiridos a situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em ESMP tendo para isso aplicado os conhecimentos adquiridos ao longo dos módulos teóricos do curso, procurando pesquisar, estudar e refletir sobre os desafios que se impuseram. Por exemplo, a oportunidade de realizar várias sessões de relaxamento a um grupo de utentes com problemas de comportamentos aditivos foi para mim uma situação nova e desafiante cuja preparação assentou nos conhecimentos teórico-práticos aprendidos até então ao longo das unidades curriculares do curso. Nesta vertente, destaco o contributo das bases teóricas providenciadas pela Teoria das Transições de Afaf Meleis e pela Teoria das Relações Interpessoais de Peplau pois, ambas ofereceram a base teórica que me permitiram enquadrar e aplicar os meus conhecimentos num contexto de prática clínica de forma mais segura e madura.

A integração na equipa multidisciplinar foi uma mais-valia que me permitiu trocar *feedback* com outros profissionais da equipa multidisciplinar nomeadamente médicos, psicólogos, assistentes sociais e educadora social em reuniões da equipa multidisciplinar (em contexto de cuidados comunitários) e também noutros momentos informais de partilha de informação (em contexto de cuidados diferenciados e também no serviço de internamento de agudos). Algumas das situações discutidas implicaram desafios e dilemas éticos a toda a equipa e, deste modo, estas situações contribuíram para o meu processo crítico-reflexivo acerca das implicações éticas e legais que condicionam a atuação dos enfermeiros especialistas em ESMP e, acerca das responsabilidades que estes profissionais assumem perante os utentes, mas também perante as famílias e a sociedade em geral. A multidisciplinaridade em saúde mental também me ajudou a trabalhar a vertente da comunicação clínica entre profissionais e, neste contexto, aprendi a transmitir as informações mais relevantes de forma clara, sucinta e pertinente em cada momento nomeadamente, através da participação nas passagens de turno nos serviços de internamento onde desenvolvi os ensinamentos clínicos.

O processo crítico-reflexivo realizado ao longo deste percurso com recurso ao uso do método Ciclo de Gibbs permitiu-me desenvolver o meu raciocínio crítico, uma vez que, esta metodologia estimula o profissional debruçar-se sobre as suas ações e o resultado destas, indagando sobre o seu próprio processo de tomada de decisão, analisando criticamente a sua conduta e procurando melhorar ou alterar alguns aspetos de uma forma construtiva. Desta forma, o profissional é confrontado com os seus próprios sentimentos e emoções e procura perspetivar a melhoria em situações futuras. A meu ver, esta metodologia permite, de uma forma sistemática orientar a reflexão de um modo construtivo e sem julgamentos fúteis, permitindo a adoção de uma atitude proativa no meu desenvolvimento pessoal e profissional. Fruto desta reflexão, surgiram as apresentações dos estudos de caso em sala de aula aos colegas e professora orientadora em que, para além de expor os raciocínios e conhecimentos adquiridos, foi também favorecido um ambiente saudável de discussão de casos clínicos em que, cada estudante teve a oportunidade de debater, defender e justificar as intervenções realizadas perante os pares, potenciando ainda mais a minha conduta crítico-reflexiva.

No que toca ao saber comunicar conclusões e raciocínios de forma clara e sem ambiguidades considero que, esta habilidade, traduz-se numa melhor relação terapêutica com os utentes pois, uma comunicação efetiva permite um melhor entendimento entre as pessoas e traduz o esforço do profissional em tentar perceber as necessidades dos utentes.

Sequeira (2016), declara que a comunicação humana é o processo que favorece a troca de informação entre os seres humanos e, no contexto clínico e sobretudo no que aos enfermeiros concerne, o autor incita ao desenvolvimento de técnicas comunicacionais que permitam “minimizar o risco de erro em termos de diagnóstico e potencializarem a ação terapêutica das suas ações”, sendo que, para o efeito, os profissionais deverão aprender a fazer uso da comunicação verbal e não-verbal; conhecer a estrutura que orienta uma entrevista; saber observar e avaliar o utente; saber fazer uso dos contextos e espaços para promover mudanças em saúde; aprender a gerir as suas próprias emoções de forma adequada; saber atuar em situações adversas; saber transmitir informações de forma clara e saber gerir conflitos entre elementos da equipa de saúde. Entre as técnicas comunicacionais mais abordadas no contexto clínico, Sequeira (2016) destaca algumas técnicas verbais e não-verbais, nomeadamente: a informação, aceitação, parafraseamento, acentuação, questionamento, clarificação, focalização, confrontação, assertividade, empatia, humor, validação, sumarização, anamnese associativa, reformulação, exploração, interpretação, orientação, feedback, a escuta ativa, toque, distância, posicionamento e o uso do olhar. Para o mesmo autor, o desenvolvimento deste conjunto de competências comunicacionais favorece a relação terapêutica que define como uma troca que potencializa a criação de um clima de compreensão e favorece a oferta do apoio que a pessoa necessita num dado momento da sua vida. Desta feita, procurei desenvolver a minha relação terapêutica com os utentes criando um ambiente de compreensão empática e de convivência terapêutica em que optei por fazer uso sobretudo da resposta compreensiva e da escuta ativa que, conforme Sequeira (2016), são as duas habilidades concretas que permitem tornar o utente mais permeável a esta relação de ajuda profissional e produzir os seguintes efeitos: “redução da tensão existente; aumento da capacidade de análise; aumento da racionalidade; aumento da profundidade da comunicação e maior envolvimento; compreensão do problema ou da situação; sensação de que se está a ser ouvido e respeitado”. Na criação desta relação terapêutica, recorri uma vez mais aos pressupostos teóricos defendidos de pela Teoria das Relações Interpessoais e, nessa ótica, ao longo das entrevistas e consultas que realizei procurei adotar uma postura empática, escutar atentamente e sem julgamentos, questionar de forma aberta dando tempo ao utente para formular os seus pensamentos e respostas, validar as emoções vivenciadas, fazer uso respeitoso do toque e usar o silêncio como ferramenta de compreensão do outro.

Ao longo deste curso de mestrado, desenvolvi competências que me permitem desenvolver uma aprendizagem contínua, auto-orientada e autónoma pois, através da

realização do meu Projeto de Autoformação aprendi a identificar possíveis lacunas na minha aprendizagem, áreas de interesse, pontos-chave a potencializar e outros a melhorar. Após essa reflexão, tracei objetivos gerais adequados às minhas necessidades formativas (demonstrar o desenvolvimento das competências de mestre, competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica através da discussão pública do relatório de estágio e demonstrar o desenvolvimento de competências especializadas em ESMP na prestação de cuidados psicoterapêuticos) e, destes surgirão os objetivos específicos (promover a prática do relaxamento como estratégia do controlo da ansiedade; implementar o relaxamento como estratégia psicoterapêutica no controlo da ansiedade; compreender o papel do relaxamento como estratégia de controlo da ansiedade e demonstrar o efeito benéfico do relaxamento em pessoas com perturbações da ansiedade). Após a identificação dos objetivos, delinee as estratégias e atividades que implementei ao longo da minha formação, devidamente organizadas temporalmente através dos cronogramas elaborados, e que assim me permitiram concretizar as metas pretendidas. No fundo, o Projeto de Autoformação serviu simultaneamente como instrumento de autorreflexão, métrica de autocritica e também como guia condutor do caminho a percorrer.

A adoção de uma postura proativa ensinou-me a procurar oportunidades de aprendizagem formais e não formais, enriquecendo ainda mais este percurso. Alguns destes momentos de aprendizagem autónoma incluíram a frequência em algumas formações, workshops e seminários extra-curriculares (Anexos F e G) em que aprendi sobre diferentes temáticas. Passo a referir, alguns destes momentos: a participação na Digital Health Summit 2023; a participação no V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental organizado pela CENAT (Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas) e a participação no Seminário online “Discutindo o comportamento suicida e autolesão” organizado pelo CENAT.

Relativamente às competências em investigação, colaborei na elaboração em grupo de uma revisão narrativa da literatura intitulada “Perceção dos Enfermeiros sobre a Coerção em Psiquiatria: Revisão Narrativa da Literatura” (Apêndice E). A coerção em saúde mental refere-se ao recurso a medidas que restringem a autodeterminação de uma pessoa com o objetivo que esta aceite, de forma involuntário, as medidas terapêuticas propostas pela equipa de saúde. Este é um tema muito atual no contexto da saúde mental, uma vez que, é ténue a linha que separa a proteção da pessoa e segurança de terceiros e a própria autonomia da mesma. Com o intuito de aferir qual a posição dos enfermeiros acerca desta temática, foi

realizada uma revisão narrativa da literatura que consistiu na análise de vários artigos científicos que abordassem a perspetiva que os enfermeiros, enquanto membros da equipa de saúde, tinham acerca da aplicação de medidas coercivas (fossem elas medidas de reclusão, contenção física ou mecânica) em utentes com problemas de saúde mental no contexto de internamento hospitalar psiquiátrico. A revisão levou o grupo a concluir que variáveis como a falta de conhecimento, trabalho excessivo, *burnout* dos profissionais, fraco sentido de realização pessoal e profissional, fatores sócio-culturais, fracos recursos económicos (como falta de recursos humanos, físicos e/ou materiais) e a falta de transparência na liderança das organizações desempenham papéis centrais no recurso a estas medidas que apesar de serem vistas pelos enfermeiros como abusivas e limitadoras dos direitos dos utentes, são ainda muito utilizadas e percecionadas como um recurso de última instância na manutenção da segurança dos utentes. A elaboração desta revisão narrativa contribuiu para a consolidação de competências neste campo, ajudando-me a melhorar as minhas habilidades na leitura de bibliografia científica, na pesquisa em bases de dados nacionais e internacionais e a aprimorar a minha precisão na seleção de artigos e literatura científica relevante para fundamentar os meus trabalhos, juízos e conclusões. Posteriormente, apresentei este trabalho sob a forma de comunicação oral no XIV Congresso Internacional d'A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental intitulado “Saúde Mental: Uma Prioridade para Todos” (Anexos D e E). Esta experiência ajudou-me a desenvolver a minha capacidade de oratória em público em formato *webinar*, uma vez que, esta apresentação decorreu via *online*, constituindo assim uma experiência que até então ainda não tinha tido oportunidade de vivenciar.

A aprendizagem ao longo da vida executada de forma autónoma e auto-orientada é uma das competências de mestre que procurei desenvolver através da procura de novas experiências no contexto académico. Por isso, aceitei participar no *Blended Intensive Programme* (BIP) (Anexo C) ao abrigo do Programa Erasmus+ que decorreu na *Oslo Metropolitan University* (OsloMet), em Oslo (Noruega) e cuja temática centrou-se na “Saúde Mental dos Migrantes e Minorias”. Ao longo de uma semana tive a oportunidade de participar num curso intensivo com aulas cujos sumários relacionaram-se com a temática central e das quais destaco: competência cultural e estrutural em saúde mental; saúde mental e trauma (síndrome pós-traumático no contexto das migrações); comunicação com intérpretes; ambientes de trabalho numa sociedade multicultural; desafios e oportunidades dos serviços de saúde mental na prestação de cuidados de saúde mental aos migrantes;

migração e envelhecimento; visão geral acerca da epidemiologia dos migrantes no contexto da saúde mental e uso de substâncias na população migrante. Além de assistir às aulas teóricas do curso, elaborei trabalhos com colegas de outros países, fomentado assim uma reflexão e discussão multicultural acerca das temáticas abordadas. Neste programa, fui selecionada pelo grupo de trabalho para apresentar os nossos trabalhos em inglês a uma plateia multicultural. Esta foi uma experiência inédita para mim uma vez que, nunca tinha realizado apresentações científicas numa língua estrangeira, porém, através do treino prévio da apresentação com o grupo de trabalho e estudo da matéria a apresentar, creio que o desafio foi superado e este foi também um momento de aprendizagem que enriqueceu o meu percurso. Para além dos conhecimentos técnico-científicos adquiridos, a participação no BIP foi enriquecedora a nível pessoal, uma vez que, o intercâmbio cultural, troca de experiências e conhecimentos, momentos de convívio e criação de laços de amizade contribuíram para o meu crescimento.

Sucintamente, ao longo deste percurso formativo fui demonstrando os conhecimentos adquiridos, as competências e habilidades trabalhadas ao longo destes quase dois anos, mas, também fui sendo capaz de identificar as minhas necessidades formativas e ir em busca de oportunidades que me permitissem expandir o meu leque de conhecimentos, aperfeiçoando o meu processo de aprendizagem. Por outro lado, coloquei em prática os conhecimentos adquiridos nos módulos teóricos, devidamente alicerçados em evidência científica pertinente. Em simultâneo, trabalhei a minha capacidade de comunicar com os pares, com a restante equipa multidisciplinar e com os utentes, sendo capaz de comunicar os meus raciocínios e conclusões sem ambiguidades. Numa perspetiva de contínua melhoria da qualidade dos cuidados prestados, fica a nota de que esta caminhada não termina aqui.

## **CONCLUSÃO**

Este relatório ilustra o percurso desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. A aquisição e aprimoramento de novas competências e habilidades no âmbito da enfermagem especializada em ESMP revelou-se uma caminhada desafiante, mas que se revelou muito satisfatória. Procurei aproveitar e aprender com todas as oportunidades que surgiram ao longo deste percurso, desde a participação assídua às aulas teóricas; participação nas aulas de prática simulada; à elaboração de trabalhos em grupo ou individualmente, realização de pesquisa científica, momentos de reflexão em grupo ou individualmente, a participação em alguns simpósios, conferências e *workshops*; a apresentação de uma comunicação oral; a participação no *Blended Intensive Programme* ao abrigo do Programa Erasmus+ e a própria realização deste relatório. Por outro lado, os ensinamentos clínicos serviram para consolidar todos os conhecimentos adquiridos e transpô-los para prática clínica, sob a orientação de enfermeiros especialistas em ESMP.

Assim, no primeiro ensino clínico tive oportunidade de desenvolver competências em enfermagem especializada em ESMP no contexto comunitário. Desta feita, entendi que este é um meio rico em experiências na área da saúde mental, sobretudo no que concerne aos vários níveis de prevenção da doença mental e promoção da saúde mental, mas também, tive oportunidade de vivenciar uma panóplia de situações relacionadas com a prestação de cuidados especializados num contexto de *recovery* da doença mental. Neste contexto, pude também trabalhar algumas intervenções psicoterapêuticas em grupo e individualmente e intervir em contextos multidisciplinares, muito enriquecedores. O segundo ensino clínico, relativo à prestação de cuidados especializados em ESMP à pessoa em situação de agudização, tive oportunidade de prestar cuidados especializados em ESMP a utentes em situação de descompensação clínica bem como, colaborar na preparação da alta clínica e na sua reintegração social seja por meio de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas e psicoeducacionais mas também no apoio e promoção da literacia em saúde mental aos familiares. Finalmente, o terceiro e último ensino clínico foi realizado em contexto da prestação de cuidados diferenciados, neste caso, num centro de tratamento de adições. Neste contexto, prestei cuidados especializados a pessoas com comportamentos aditivos sendo que, foi para mim o estágio mais desafiante, não só pelo perfil de utentes que encontrei, mas também pela variedade de respostas que este centro oferece e nas quais tive oportunidade de

assistir e participar, nomeadamente: prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMP a utentes em regime de internamento; preparação e administração de metadona para utentes em regime de ambulatório; colaboração em algumas consultas de EESMP a estes utentes; participar na reunião mensal do grupo de apoio aos familiares e nas atividades desenvolvidas e cuidados prestados pela equipa de rua.

Porém o desenvolvimento de uma prática clínica segura e humanizada carece dos contributos teóricos que enaltecem e acrescentam valor à profissão e, como tal recorri à Teoria das Transições de Afaf Meleis pela visão holística facilitadora de processos adaptativos a mudanças nos estados saúde-doença e à Teoria das Relações Interpessoais de Peplau pelos contributos dados à Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, principalmente no que se refere à criação de uma relação terapêutica estável e efetiva.

No que toca à concretização dos objetivos propostos, considero que estes foram alcançados com sucesso, uma vez que, fui capaz de desenvolver as competências comuns aos enfermeiros especialistas, as competências especializadas dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica e as competências de mestre, tal como procurei explanar e fundamentar ao longo da elaboração deste relatório.

As dificuldades sentidas relacionaram-se com a complexidade que a prestação de cuidados especializados em saúde mental requer, mas também, com a gestão complexa do tempo e conciliação entre o percurso académico e exigências da vida profissional e pessoal. Todas estas dificuldades foram sendo superadas recorrendo a métodos de planeamento e organização do tempo disponível para o estudo e elaboração de todos os trabalhos, dos quais este relatório faz parte e na adoção de uma postura de disciplina e cumprimento escrupuloso das tarefas a que me fui propondo ao longo do tempo. Assim, ultrapassadas as dificuldades, considero que as aprendizagens efetuadas ofereceram contributos que se fazem já sentir no meu quotidiano profissional, uma vez que, atualmente olho para o utente com um olhar mais inovador e especializado, dando uma atenção pormenorizada às variáveis que afetam não só a saúde física mas também a saúde mental e emocional das pessoas sob o meu cuidado. Sinto que estas novas competências são valorizadas no serviço onde trabalho (serviço de ortopedia e cirurgia plástica), uma vez que, procurei orientar a minha prática clínica de forma a destacar as mais valias proporcionadas pela enfermagem em saúde mental no contexto de um internamento que não o psiquiátrico, nomeadamente no encorajamento dos utentes à adesão terapêutica, no apoio emocional às pessoas a passarem por processos cirúrgicos, utentes vítimas de acidentes traumáticos (queimaduras extensas, acidentes de viação, quedas

aparatosas ou violência ) ou qualquer outro tipo de transição entre estados de saúde-doença e na deteção precoce de *distress* psicológico, servindo de elo aos serviços de psiquiatria de ligação.

Em suma, este foi um percurso desafiante e trabalhoso, porém o resultado foi edificante para o meu crescimento profissional e pessoal em que, tive a oportunidade de desenvolver o meu sentido crítico-reflexivo, o meu autoconhecimento, melhorar a minha capacidade de resiliência perante novos desafios e aguçar o meu sentido de curiosidade perante a possibilidade de adquirir novas habilidades e competências e a procura constante pela expansão de novos horizontes.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. <https://www.un.org/pt/universal-declaration-human-rights/>
- Ballard, K. (2003). Patient safety: A shared responsibility. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3). [https://www.researchgate.net/publication/8976114\\_Patient\\_safety\\_A\\_shared\\_responsibility](https://www.researchgate.net/publication/8976114_Patient_safety_A_shared_responsibility)
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K., & Jamison, D. (2002). Individual, Practice, and System Causes of Errors in Nursing: A taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), 509-523. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12394596/>
- Borges, E. & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress, n.º10, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Porto [n10a06.pdf](https://scielo.pt/n10a06.pdf) ([scielo.pt](https://scielo.pt))
- Broca, P., & Ferreira, M. (2012). Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 97-103. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100014>
- Callaway, Barbara J. (2018). “Hildegard Peplau: A Enfermeira Psiquiátrica do Século”. 1ª Edição. Lusodidacta.
- Cassiani, S., & Coimbra, J. (2001). Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: Algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 56-60. Doi: 10.1590/S0104-11692001000200008
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. [Plano-Nacional-de-Saude-Mental.pdf \(min-saude.pt\)](https://www.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude-mental.pdf)
- Correia, A. (2024). Três serviços do SESARAM renovam certificação de nível “Bom”. *Diário de Notícias*. [Três serviços do SESARAM renovam certificação de nível 'Bom' — DNOTICIAS.PT](https://www.dn.pt/noticias/três-serviços-do-sesaram-renovam-certificação-de-nível-bom)
- Correia, D. & Brites, J. (2020). *Guia Prático para Vencer a Ansiedade*. Lisboa: Bertrand Editora



- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. [Microsoft Word - Tese de mestrado da aluna Maria Alice da Silva Mota com o N° 8347](#)
- Nora, C., Deodato, S; Vieira, M.; & Zoboli, E. (2016). Elementos e estratégias para a tomada de Decisão Ética em Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 25(2) DOI: 10.1590/0104-07072016004500014
- Nunes, F. (2021). *Relatório de Estágio: Gestão Terapêutica do ambiente e comportamentos agressivos em pessoas com doença mental*. (Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [Microsoft Word - Relatório de Estágio - Filipe Azevedo Nunes, aluno 1218](#)
- Nunes, L., Fonte, C., Alves, S., Sani, A., Estrada, R. & Caridade, S. (2019) *Comportamento e Saúde Mental: Dicionário Enciclopédico*. Lisboa: Lidel
- O'Brien, P., Kennedy, W. & Ballard, K. (1999). *Enfermagem em Saúde Mental: Uma Integração de Teoria e Prática*. Lisboa: McGraw-Hill
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2024), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2023*, OECD Publishing, Paris <https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>
- Oliveira, A. R. (2012). *Ética Profissional*. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Belém do Pará , Ministério da Educação. Obtido de [http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/374/etica\\_profissional.pdf?sequence=1](http://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/374/etica_profissional.pdf?sequence=1)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. [\(Microsoft Word - com altera\347\365es\\_ponto\\_9\\_Reg\\_PQCEE\\_Sa\372de\\_Mental\\_vf\\_com\\_assinatura\)\(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [0474404750.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dosciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Parecer do conselho de enfermagem n.º119/2018. [Microsoft Word - Parecer n.º 119 CE - 09.02.2018 Preparação de medicação Anonimizado.docx](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Parecer do conselho de enfermagem e da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica n.º47/2023.* [Microsoft Word - Pronuncia MCEESMP 47-2023 CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS NO ÂMBITO DA ESMP Iniciativa da MCEESMP EDOC 2023-1446.doc](#)
- Ordem dos Enfermeiros (2023). *Parecer do conselho de enfermagem e da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica n.º04/2023.* [Microsoft Word - Parecer MCEESMP n.º 04-2023 - DISTINÇÃO ENTRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EXECUTAR E EXECUTAR Anonimizado.do](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem.* [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem. [gobp\\_intervencaopsicoterapeutica\\_ok.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)
- Organização Mundial de Saúde (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde: Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.* Genebra: Organização Mundial da Saúde. [9789240005709-por.pdf \(who.int\)](#)
- Ornellas, T. & Monteiro, M. (2023). Lifelong learning entre profissionais de enfermagem: Desafios contemporâneos. *Revista de Enfermagem Referência* 6(2) [2182-2883-ref-serVI-02-e22055.pdf \(scielo.pt\)](#)

- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um Guia Prático para Profissionais de Saúde* (segunda edição). Loures: Lusociência
- Peplau, H. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing: A Conceptual for Psychodynamic Nursing*. Londres: Palgrave
- Trzepak, P. & Baker, R. (2002). *Exame Psiquiátrico do Estado Mental*. Lisboa: Climepsi Editores
- Regulamento n.º 515/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). *Diário da República* n.º 151/2018, Série II de 2018-08-07. <https://files.dre.pt/2s/2018/08/151000000/2142721430.pdf>
- Ribeiro, A., Vicente, C., Santos, K., Carvalho, M., Mendes, S. & Seabra, P. (2023). O relaxamento como técnica de redução da ansiedade da pessoa com doença mental: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, nr 29, Porto [1647-2160-rpesm-29-102.pdf \(scielo.pt\)](https://doi.org/10.1647-2160-rpesm-29-102)
- Rodrigues, S., Vieira, M., Charepe, Z. & Capelas, M. (2012). Aprendizagem dos Enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da Escala de Jefferson. *Revista Cadernos de Saúde*, n.º1 e 2, vol. 5 [CSaude\\_Vol5\\_1-2\(7\).pdf \(ucp.pt\)](https://doi.org/10.1108/CSaude-Vol5-1-2-7)
- Sampaio, F. (2022). Por uma nova enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: A era da setorização. *Revista de Enfermagem Referência*, Série VI, Supl. n.º1. DOI: 10.12707/RVI22EDsupl1 [REF\\_2022\\_e22EDSupl1\\_port.pdf](https://doi.org/10.12707/RVI22EDsupl1)
- Sampaio, F., Sequeira, C. & Canut, T. (2018). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios Orientadores para a Implementação na Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n.º19. [artigo afiliado Csequeira-15.pdf](https://doi.org/10.1647-2160-rpesm-19-102)
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel
- Sequeira, C. & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (2ª edição). Lisboa: Lidel
- Sifuentes, T.; Dessen, M. & Oliveira, M. (2007). Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 23(4): DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-37722007000400003>
- Souza, M., Santos, A., & Monteiro, A. (2013). O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de*

Enfermagem, 66(2), 167-173. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200003>

Stefanelli, Fukuda & Arantes (2008). *Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Relacionamento Terapêutico Enfermeiro-Cliente* (2ª edição). Santana de Parnaíba: Editora Manole

Teixeira, A. (2024). *A pessoa com potencial para melhorar o autocontrolo da ansiedade. A ação do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (Relatório de Estágio, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave). [Trabalho.32766.Ana Sofia da Silva Teixeira \(1\).pdf](#)

Willhelm, A., Andretta, I. & Ungaretti, M. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1): 79-86 DOI: 10.4013/ctc.2015.81.08 ([PDF](#)) [Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade \(researchgate.net\)](#)

World Health Organization (2023). Anxiety Disorders. [Anxiety disorders \(who.int\)](#)

## **APÊNDICES**



## Cronograma do Ensino Clínico II – Contexto de Internamento Psiquiátrico

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO - ENSINO CLÍNICO II - SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PSIQUIATRIA																																																					
Meses	Abril									Maio																					Junho																						
Dias	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7
Orientação Tutorial																																																					
Prestação de cuidados especializados em ESMP aos utentes																																																					
Observação ativa - Unidade de Alcoologia																																																					
Sessão de grupo - Dinâmica de																																																					
Sessão de Psicoeducação em grupo																																																					
Psicoeducação em grupo - familiares de utentes																																																					
Intervenção psicoterapêutica em grupo - Relaxamento																																																					
Reunião de Famílias Alcoologia																																																					
Avaliação Intercalar																																																					
Avaliação Final Prática Clínica																																																					



## APÊNDICE B – PLANEAMENTO DE SESSÕES DE RELAXAMENTO

### Sessão De Relaxamento Em Grupo – Técnica Muscular Progressiva De Jacobson

#### Planeamento

<b>Tema da Sessão</b>		
Sessão de Relaxamento em Grupo		
<b>Data</b> 15/1/2024	<b>Executora</b> Enf <sup>a</sup> Catarina Conceição, sob a orientação da Enf <sup>a</sup> V. L.	<b>Duração</b> 30 minutos
<b>Local</b>	Ginásio do Centro de Saúde	
<b>Participantes</b>	Utentes do Centro de Saúde	
<b>Requisitos</b>	Ter problemas de ansiedade	
<b>Recursos</b>	Colchões de ginásio; Telemóvel ou coluna com música de relaxamento; Papel e caneta.	
<b>Objetivo Geral</b>	Promover o controlo da ansiedade através da técnica de relaxamento;	
<b>Objetivos Específicos</b>	Proporcionar aos utentes sensações de relaxamento e apaziguamento através da técnica de relaxamento;	
<b>Estratégias</b>	1. Realizar sessão de relaxamento em grupo recorrendo à técnica de relaxamento progressivo de Jacobson;	

#### **Introdução da sessão (duração 5 minutos):**

- Apresentação mútua entre os participantes e formadora;

#### **Desenvolvimento da sessão (duração 20 minutos, aproximadamente):**

- Realização da sessão de relaxamento em grupo

**Conclusão da sessão (duração 5 minutos):**

- Síntese do que foi feito;
- Debate participativo acerca dos efeitos sentidos após a sessão de relaxamento;
- Questionário verbal acerca do efeito do relaxamento (“Diga-me, por favor numa escala de 0 a 10, sendo o 0 o valor para «nenhuma ansiedade» e 10 o valor para «ansiedade máxima», onde se situava antes desta sessão e onde sente que se situa agora?).

**Sessão De Relaxamento Em Grupo – Técnica de Imaginação Guiada**  
**Planeamento**

<b>Tema da Sessão</b>		
Sessão de Relaxamento em Grupo		
<b>Data</b> 25/1/2024	<b>Formadora</b> Enf <sup>a</sup> Catarina Conceição, sob a orientação da Enf <sup>a</sup> V. L.	<b>Duração</b> 30 minutos
<b>Local</b>	Ginásio do Centro de Saúde Dr. Rui Adriano de Freitas	
<b>Participantes</b>	Utentes grávidas do Centro de Saúde	
<b>Requisitos</b>	Mulheres grávidas que frequentam o curso de preparação para o parto do CS	
<b>Recursos</b>	Colchões de ginásio; Telemóvel ou coluna com música de relaxamento; Papel e caneta.	
<b>Objetivos Gerais</b>	Promover o controlo da ansiedade pré-parto através da técnica de relaxamento; Promover bem-estar geral às mulheres grávidas.	
<b>Objetivos Específicos</b>	Proporcionar aos utentes sensações de relaxamento e apaziguamento através da técnica de relaxamento;	

<b>Estratégias</b>	2. Realizar sessão de relaxamento em grupo recorrendo à técnica de relaxamento de Imagem Guiada;
--------------------	--

**Introdução da sessão (duração 5 minutos):**

- Apresentação mútua entre os participantes e formadora;

**Desenvolvimento da sessão (duração 20 minutos, aproximadamente):**

- Realização da sessão de relaxamento em grupo

**Conclusão da sessão (duração 5 minutos):**

- Síntese do que foi feito;
- Debate participativo acerca dos efeitos sentidos após a sessão de relaxamento;
- Questionário verbal acerca do efeito do relaxamento (“Diga-me, por favor numa escala de 0 a 10, sendo o 0 o valor para «nenhuma ansiedade» e 10 o valor para «ansiedade máxima», onde se situava antes desta sessão e onde sente que se situa agora?).

## APÊNDICE D- PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE SAÚDE

### Sessão Formação à Equipa de Enfermagem – Apresentação do Estudo de Caso

<b>Tema da Sessão</b>		
Apresentação de Estudo de Caso em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica		
<b>Data</b> 12/1/2024	<b>Formadora</b> Enf <sup>a</sup> Catarina Conceição, sob a orientação da Enf <sup>a</sup> V. L.	<b>Duração</b> 30 minutos
<b>Local</b>	Ginásio do Centro de Saúde Dr. Rui Adriano de Freitas	
<b>Participantes</b>	Enfermeiros da equipa do CS	
<b>Recursos</b>	Colchões de ginásio; Computador e projetor.	
<b>Objetivos Gerais</b>	Dar a conhecer sobre o papel do EEESMP.	
<b>Objetivos Específicos</b>	Esclarecer sobre o papel do EEESMP na prestação de cuidados especializados nesta área em contexto de comunidade.	
<b>Estratégias</b>	Realização de apresentação oral seguida de esclarecimento de dúvidas.	

#### **Introdução da sessão (duração 5 minutos):**

- Apresentação mútua entre os participantes e formadora;
- Apresentação dos objetivos e introdução desta sessão de formação.

#### **Desenvolvimento da sessão (duração 20 minutos, aproximadamente):**

- Apresentação do estudo de caso;

#### **Conclusão da sessão (duração 5 minutos):**

- Síntese da apresentação;
- Debate participativo acerca do papel dos enfermeiros especialista em ESMP na prestação de cuidados no contexto comunitário;
- Esclarecimento de dúvidas.

# **APÊNDICE E - REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA “COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE”**

## **COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO NARRATIVA DO ESTADO DA ARTE**

**Coercion in Psychiatry: A Narrative Revision of the State of the Art  
Coerción en Psiquiatría: una Revisión Narrativa del Estado del Arte**

Catarina Conceição<sup>1</sup>, Ezequiel Domingos<sup>2</sup>, Fátima Caldeira<sup>1</sup>, Sandra Castro<sup>3</sup>, Paula Baptista<sup>1</sup>, Tiago Casaleiro<sup>4</sup>, Maria Gonçalves<sup>5</sup>, Tânia Lourenço<sup>5</sup>

<sup>1</sup>SESARAM, E.P.E., <sup>2</sup>Nephrocare Portugal, <sup>3</sup>Instituto Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde Câmara Pestana, <sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, <sup>5</sup>Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

Correio eletrónico: [catarinaconceicao0@gmail.com](mailto:catarinaconceicao0@gmail.com); contato telefónico: +351 963589256

### **RESUMO**

O uso de coerção em Psiquiatria continua a ser amplamente utilizado a nível global e, o recurso a estes métodos (por vezes desumanos e abusivos) remonta a vários séculos ao longo da história. Algumas destas medidas constituem graves violações dos direitos humanos dos doentes que se encontram aos cuidados das instituições de saúde mental e, cabe aos profissionais de saúde em geral e, aos enfermeiros em particular, debruçar-se e refletir sobre esta questão de forma a encontrar vias alternativas mais humanizantes e eticamente aceitáveis. Nesta revisão narrativa, pretendemos ponderar sobre a coerção em psiquiatria em utentes internados em instituições de saúde, os efeitos negativos que advém desta prática e qual o estado da arte acerca da atitude dos enfermeiros perante esta questão.

**DESCRITORES:** Coerção, Psiquiatria, Violência, Saúde Mental, Saúde

## **ABSTRACT**

The use of coercion in Psychiatry is still largely used globally and, the resource to these methods (sometimes dehumanizing and abusive) goes back centuries in history. Some of these measures constitute serious humans' rights violations of the people hospitalized in mental health care institutions and, it is the healthcare professional's responsibility in general, but of nurses particularly, to lean over these questions and explore new measures which are more humanizing and ethically acceptable. In this narrative revision, we pretend to ponder about coercion in psychiatry in institutionalized patients, its negative effects and the state of the art nowadays regarding this matter.

**KEYWORDS:** Coercion, Psychiatry, Violence, Mental Health, Healthcare

## **INTRODUÇÃO**

Em Portugal, a Lei n.º36/98, de 24 de Julho<sup>10</sup>, também denominada no nosso país como Lei da Saúde Mental<sup>10</sup>, estabelece todos os pressupostos jurídico-legais em que regulam o internamento das pessoas afetadas por doença mental em Portugal e, em particular salvaguarda os direitos e deveres destes utentes. Com efeito, a mesma Lei no seu Capítulo II, Secção I, artigo n.º7<sup>10</sup> regula as condições em que deverá ocorrer o internamento compulsivo das pessoas afetadas por “anomalias psíquicas” cujo estado de deterioração mental ou psicológica esteja de tal modo alterado que não possam tomar decisões salutareas autónomas relativamente ao seu estado de saúde e convalescença. Efetivamente, a Lei de Saúde Mental<sup>10</sup>, regula também o internamento voluntário, internamento de urgência e outros casos especiais. No entanto, de forma mais ou menos legal e, sem que a legislação seja clara neste aspeto, o fenómeno da coerção em psiquiatria continua a disseminar-se em várias instituições e contextos de internamento, levando muitos profissionais de saúde no geral mas com particularidade os enfermeiros, a debruçar-se sobre esta problemática e sobre o seu impacto nos utentes e nos próprios profissionais. Com este trabalho,

lançaremos então o mote para que os enfermeiros procedam a uma profunda reflexão acerca destas práticas e modos de a minimizar.

## **ENQUADRAMENTO**

Em psiquiatria, é comum utilizarmos o termo coerção, que é um termo implícito nos direitos da pessoa portadora de doença mental, nomeadamente o direito à autonomia e o direito à tomada de decisão. De forma global existem três formas de coerção: formal, informal e subjetiva. A coerção formal entende-se como o internamento involuntário, admissão involuntária, contenção e medidas de isolamento. A coerção informal e subjetiva referem-se as medidas que limitam a liberdade de movimento físico da pessoa. Entendem-se por “medidas coercivas” todas aquelas medidas implementadas contra a vontade do próprio, mais frequentemente utilizado em psiquiatria. Por outras palavras, medidas coercivas dizem respeito também ao tratamento forçado e ao internamento involuntário. Os autores ressalvam que, o internamento involuntário é habitualmente uma decisão tomada fora do ambiente hospitalar.<sup>4</sup>

A Convenção das Nações Unidas (ONU) vem obrigar a avaliação e a justificação aprofundada das medidas coercivas. Segundo Wertheimer referido por Szmukler<sup>3</sup>, as ameaças são consideradas medidas coercivas, por exemplo “*se não tomar a medicação será detido no hospital*”<sup>4</sup>. Isto porque as ameaças são vistas como uma proposta que quando a pessoa rejeita se sente numa pior situação, de acordo com os aspetos morais. Uma alternativa ao uso das medidas coercivas em situação de crise é a criação de diretivas antecipadas, ou se algo mesmo formal, um plano conjunto de crise (entre o doente e a equipa de saúde). É de ressalvar que, as medidas coercivas não deverão ser aplicadas em pacientes que não possuam capacidade de decidir, ou seja, aquelas pessoas que não possuam capacidade para compreender e reter a informação, que não conseguem avaliar a sua situação tendo em vista o seu melhor interesse. Sucintamente, o uso das medidas coercivas são limitadas e devem ser o último recurso a utilizar na pessoa portadora de doença mental. Quando não haja outras alternativas, o uso destas medidas deverá ser fundamentado, sendo para tal importante o conhecimento prévio para uma tomada de decisão mais acertada e a identificação de todos os

elementos éticos na situação, para possível avaliação da sua adequação. No momento da avaliação, é importante ter em atenção os seguintes aspetos: as fontes de variação (diferentes países, diferentes leis, diferentes serviços, diferentes políticas), o local (hospital ou comunidade), o momento da avaliação (antes ou após a alta clínica) bem como o avaliador.<sup>3 e 4</sup>

## **OBJETIVOS**

O objetivo geral desta revisão narrativa da literatura é lançar uma profunda reflexão sobre esta temática, pela ótica dos enfermeiros nesta matéria. No que concerne aos objetivos específicos, pretendemos aferir sobre o que a literatura disponível nos elucida relativamente ao modo como a coerção é atualmente utilizada no contexto do internamento em psiquiatria, como este fenómeno afeta os profissionais de saúde e a sua prática profissional quotidiana e, como a exposição a medidas coercivas afetam as pessoas com patologia mental.

## **METODOLOGIA**

Numa primeira fase, procurámos definir a questão de pesquisa da nossa revisão narrativa de literatura de uma forma clara, sucinta e que ilustrasse o âmbito da mesma com o rigor exigido. Recorreu-se então ao método PICO, onde incluímos três componentes deste método para definir a citada questão, foram estes componentes: os participantes, intervenção e resultados (a comparação de grupos e amostras não se adequa aos objetivos e à pertinência desta revisão narrativa). Deste modo a questão de pesquisa desta revisão narrativa de literatura consiste em “Qual a perceção dos enfermeiros relativamente à coerção em psiquiatria no meio hospitalar?”. A questão de pesquisa para além de servir o mote a toda a revisão narrativa que, entretanto, se fez, serviu ainda como guia orientador ao longo de todo o processo.

As bases de dados utilizadas para obter estes artigos foram a PubMed e CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) e, nas mesmas, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: *Coercion, Psychiatry, Violence, Mental Health, Healthcare*. Posteriormente, foi ainda utilizado o conector AND

correlacionado os vários descritores para se conseguir obter um vasto leque de estudos.

Para definir quais os artigos, baseámos a nossa seleção em critérios (inclusivos e exclusivos), de modo a restringir a nossa análise àqueles que realmente se adequavam ao âmbito e objetivos selecionados. Os critérios de inclusão foram estudos primários cujos participantes fossem enfermeiros; revisões sistemáticas, integrativas ou narrativas que se focassem no papel ou experiência dos enfermeiros em serviços de psiquiatria relativamente às medidas de coerção. Como critérios de exclusão aplicámos: todos os artigos cuja antiguidade fossem superiores a cinco anos; artigos que abordassem as experiências de outros profissionais de saúde que não fossem enfermeiros e estudos sobre coerção que cujo cenário não fosse o meio hospitalar ou de internamento na área psiquiátrica.

Inicialmente, foram encontrados 28 artigos científicos. Dessa grande panóplia de informação, foram selecionados 8 artigos científicos, entre revisões sistemáticas da literatura, estudos primários qualitativos e quantitativos que nos pareceram os mais adequados face aos critérios impostos pela nossa questão de pesquisa. Após a leitura dos resumos de todos os artigos encontrados, foram descartados um total de 20 artigos.

## **RESULTADOS**

Sobre a coerção em Psiquiatria, vários artigos abordam a questão com foco na reclusão e contenção física de pacientes. Particularmente Hirsch, S., & Steinert<sup>1</sup> referem no seu trabalho *“Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy”*<sup>1</sup>, que embora essas medidas possam ser necessárias para evitar perigos imediatos, elas também podem ter consequências adversas graves, como trauma emocional, lesões físicas e até mesmo a morte. O mesmo estudo examina diversas intervenções que visam evitar a coerção na psiquiatria. Essas intervenções foram categorizadas em sete tipos de conteúdo: organização, treino de competências da equipa, avaliação de risco, ambiente, psicoterapia, reuniões de discussão e diretrizes antecipadas. A maioria das intervenções em cada categoria mostrou-se eficaz nos estudos analisados. Além disso, programas complexos, que combinaram elementos de várias categorias, demonstraram ser particularmente eficazes na

redução da frequência de coerção. O estudo destaca a importância de realizar futuras pesquisas, incluindo ensaios clínicos randomizados em cluster, para investigar mais a fundo cada categoria de intervenção. Em conclusão, o artigo destaca a necessidade de implementar medidas eficazes para evitar a coerção na psiquiatria, levando em consideração o respeito aos direitos humanos dos pacientes.

De forma a obter evidência mais robusta, Müller e Jäger<sup>2</sup>, desenvolveram um estudo que aborda a como prever o recurso a medidas coercitivas em contexto de internamento em hospitais psiquiátricos, ao longo dos anos 2017-2020. O estudo visa identificar fatores que possam ser preditores de coerção, auxiliando assim na prevenção e gestão de tais situações. O presente estudo descreve que o uso de coerção no tratamento em psiquiatria deve ser considerado como último recurso, uma vez os pacientes expressam sentimentos de desamparo, medo, raiva, piorando a relação terapêutica e conseqüentemente maior recusa aos tratamentos em situações de crises futuras. Contudo, outros pacientes encaram as medidas de coerção como uma ajuda intencional e justificável para garantir o bem-estar e segurança do próprio. Aos mesmo passo que os pacientes têm uma visão das medidas de coerção, os profissionais de saúde também experienciam sentimentos de impotência, ambigüidade no sentido que parece condicionar e violar o direito a liberdade humana, com o objetivo de garantir o máximo de segurança ao paciente.

Face a esta grande interferência nos direitos à liberdade e os potenciais efeitos negativos das medidas de coerção, os autores do estudo defendem que é importante arranjar estratégias preventivas para a redução das mesmas, e identificar quais os pacientes que têm maior risco durante o internamento. Assim, os autores realizaram uma análise retrospectiva de dados de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, onde colheram informações demográficas e clínicas de uma amostra de pacientes em contexto de internamento e investigaram quais os fatores preditores estavam associados a um maior risco de medidas coercitivas.<sup>2</sup>

No período de 4 anos, n = 3.760 (22,6%) casos de n = 2.656 pacientes foram internados involuntariamente e n = 12.847 (77,4%) casos de n = 7.093 pacientes foram baseados em um status voluntário. A amostra consistiu em um

pouco mais de homens (n = 9.294, 56,0%) do que mulheres. A idade variou entre 18 e 65 anos (média idade = 39,9 anos).<sup>2</sup>

As medidas coercitivas que foram incluídas na análise referidos como “coerção” neste artigo foram:

- Isolamento: Trancar o paciente em quarto individual com vigilância através de uma janela com um intervalo de 15 min.
- Contenção mecânica: amarrar o paciente a uma cama com dispositivos mecânicos (cintos). Na atual instituição psiquiátrica, leito cintos com restrições de 5 pontos (braços, pernas e tronco) ou menos são usados se necessário.
- Medicação forçada: A aplicação de medicamentos (geralmente tranquilizantes ou antipsicóticos) contra os pacientes será oral ou como injeção intramuscular.

É de ressaltar que neste estudo todos estes dados foram colhidos por meio de entrevistas de exploração padronizadas e através de observação comportamental, realizado por psiquiatras, com auxílio de uso de escalas documentadas e validadas nomeadamente a *Global Assessment of Functioning (GAF)* e a *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*, bem como indiretamente por relatos de outros profissionais de saúde como enfermeiros, psicólogos clínicos, assistentes sociais.<sup>2</sup>

Os resultados do estudo mostraram que vários fatores estão correlacionados com o tratamento. Além disso, o estudo também revelou que a duração do internamento e a presença de sintomas depressivos graves podem aumentar a existência de medidas coercitivas. Assim, o estudo demonstra que a reclusão foi exercida em 6,0% (n=1002), a contenção mecânica em 0,3% (n=44) e a medicação involuntária em 4,0% (n=662) de todos os casos. Num total, em 6,9% (n=1140) dos casos incluídos a coerção foi exercida), sendo que em 795 de todos os casos com coerção, 69,7% foi necessário usar uma segunda medida coercitiva. Também se concluiu neste estudo que a medida de coerção era superior para as variáveis: sexo masculino, solteiros, residentes, psicose por consumo de substâncias, episódios psicóticos e maníacos. Outro indicador de gravidade clínica e cronicidade, como tempo de internamento e/ou número de hospitalizações também foram fortemente

ligados à coerção. Em relação ao primeiro e última medida de coerção, constatou-se no estudo que 50% daqueles que sofreram coerção foram afetados nos primeiros 3 dias de tratamento, enquanto apenas 25% experimentaram sua primeira medida coercitiva após 8 dias. Além disso, dentro de 8 dias, 50% tinham experienciado sua última medida. Eles sugerem que a identificação precoce desses fatores de risco durante o internamento pode permitir intervenções direcionadas, como intervenções psicoterapêuticas específicas ajustadas a um plano de cuidados individualizado.<sup>2</sup>

Este estudo vai de encontro a outros achados anteriores que descrevem os diagnósticos psicóticos, maníacos/bipolares e psicose por substâncias como de maior gravidade dos sintomas clínicos, nomeadamente sintomas delirantes, falta de insight, alteração do comportamento, para ser um risco a considerar para o exercício da coerção.<sup>2</sup>

Os investigadores discutem a importância desses resultados para a necessidade do desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção, com o objetivo de reduzir o uso das medidas de coerção no contexto de hospitais psiquiátricos, como o uso de instrumentos de avaliação do risco logo após a admissão e regularmente pode ajudar a identificar o risco para comportamentos agressivos, bem como as diretivas antecipadas de vontade que permitem ao profissional conhecer e predefinir quais as estratégias de sucesso utilizadas anteriormente. Em suma, além das características clínicas e não clínicas dos pacientes, o estudo mostra que pacientes com episódios maníacos ou psicóticos experimentam a sua primeira e última medida de coerção mais cedo do que outros diagnósticos. E portanto, como a maioria das medidas coercitivas acontece na primeira semana de internamento, devem ser feitos esforços para implementar intervenções no sentido de promover a autonomia do paciente, promover a relação terapêutica, implementar atividades de lazer, e proporcionar ambiente calmo.<sup>2</sup>

A revisão sistemática de literatura realizada por Chieze<sup>4</sup>, cujo título é *“Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review”*<sup>4</sup>, sugere que alguma da literatura defende que as medidas coercivas são expressamente proibidas, na medida em que violam os direitos da pessoa. Assim sendo, as medidas coercivas são vistas como medidas que infringem os direitos fundamentais (dignidade e integridade) baseados em princípios éticos (beneficência, não

maleficência e autonomia). E também porque estas medidas tem uma percepção negativa por parte dos doentes e dos seus familiares, podendo causar danos físicos no doente e, portanto, causar mais dano à pessoa do que benefício. Entre cerca de 25% a 47% das pessoas que experienciaram medidas de coerção estavam presentes os efeitos associados a stress pós-traumático. Ainda de acordo com o mesmo autor este refere que a medida coerciva menos bem tolerada documentada é a contenção, provavelmente devido à ideia de “invasão” do espaço. Esta medida é também associada a sentimentos negativos, aumento do tempo de internamento, quadro de alucinações e até mesmo quadros de TVP (trombose venosa profunda).<sup>4</sup>

A contenção poderá ser mecânica ou física. A contenção mecânica implica a utilização de dispositivos enquanto a contenção física implica apenas uma equipa de saúde a imobilizar manualmente outra pessoa. O conceito de reclusão diz respeito então ao confinamento da pessoa a um quarto (espaço restritivo e sem movéis), isolado de outras pessoas. Estas medidas coercivas nomeadas anteriormente estão frequentemente associadas a sentimentos de punição e de angústia. Da mesma forma estas medidas são utilizadas na sua maioria em quadros de transtornos psicóticos.<sup>4</sup>

No entanto, uma outra parte da literatura defende que poderá haver necessidade do uso das mesmas, contudo, estas deverão ser devidamente justificadas e implementadas em circunstâncias específicas. É assim essencial distinguir os objetivos terapêuticos e de diagnóstico dos objetivos para a segurança do doente e/ou de outros. Uma das razões mais viáveis para a utilização das medidas coercivas dizem respeito à proteção contra a violência. O descrito anteriormente vai de encontro com o que o autor da revisão em estudo faz referência, defendendo que qualquer que seja a intervenção praticada esta deve-se basear no benefício para o doente, com evidência documentada. No entanto, no que concerne às medidas coercivas a sua eficácia e eficiente ainda é um assunto controverso.<sup>4</sup>

Atualmente, atendendo ao novo paradigma da pessoa portadora de doença mental, são os interesses do mesmo que irão justificar ou decidir o uso ou não das medidas coercivas, em detrimento dos restantes elementos críticos. É por isso importante avaliar a capacidade de decisão da pessoa porque se refere ao princípio da autonomia, e as medidas de coerção vão anular esse efeito. Do mesmo modo,

os profissionais concordam com o uso das medidas coercivas em hospitais psiquiátricos, nas situações em que se verifiquem o risco da segurança do doente e/ou para a reconstrução da identidade do mesmo, a longo prazo. E, portanto, estas medidas deverão ser implementadas de forma ética, segura, e após uma avaliação entre outras estratégias, de forma que sejam compreendidas pelo doente e sua família. É de salientar, a importância da relação terapêutica entre doente/família e profissional de saúde para uma posterior melhoria da percepção subjetiva da coerção e assim obter melhores resultados com ganhos em saúde. Contudo, a relação estabelecida entre as partes, se for uma relação terapêutica, irá ser uma ótima alternativa ao uso de medidas limitativas para a pessoa, evitando assim o sofrimento e os sentimentos negativos associadas às mesmas e, portanto, com menos riscos associados.<sup>4</sup>

Por outras palavras, podemos então afirmar, de acordo com os artigos encontrados que, as medidas coercivas são utilizadas em determinadas circunstâncias, devidamente fundamentadas, com base em leis, convenções e regulamentos nacionais, tendo por base as boas práticas dos peritos. Outro aspeto, é a justificação de uma ação à posteriori do doente baseada na observação, por exemplo, na melhoria dos sintomas clínicos. E outra, mas não menos importante, é o possível abuso de poder por parte de outros (familiares e/ou profissionais de saúde).<sup>4</sup>

Existem quatro principais métodos de avaliação da eficácia das medidas coercivas, sendo eles: o modelo da necessidade; o modelo de salvamento de vida; modelo da incompetência e modelo de responsabilidade total. De entre os modelos referidos anteriormente, aquele que mais se adequa à realidade, segundo o mesmo autor, é o modelo de incompetência. Este modelo defende que a pessoa portadora de doença mental necessitando de cuidados de saúde, mas que não possua capacidade de decisão autónoma, deverá ser tratada coercivamente a sua doença. O autor defende a importância da personalidade, as intenções e a responsabilidade do profissional de saúde na aplicação das medidas em contexto clínico, tornando-as assim aceitáveis ou não, tal como os meios utilizados na aplicação das mesmas. Isto porque a forma como é utilizada pode torná-la inaceitável. De forma breve, o uso das medidas coercivas são limitadas e devem ser o último recurso a utilizar na pessoa portadora de doença mental. Quando não

haja outras alternativas o uso destas medidas deverá ser fundamentada, sendo para tal importante o conhecimento prévio para uma tomada de decisão mais acertada e a identificação de todos os elementos éticos na situação, para possível avaliação da sua adequação.<sup>4</sup>

O quarto artigo que utilizamos para a nossa revisão narrativa, elaborado por Pawlowski e Baranowski<sup>5</sup>, denominado “*Personality traits of nurses and organizational climate in relation to the use of coercion in psychiatric wards*”, consiste no relato de um estudo descritivo em que se procurou observar e descrever quais os traços de personalidade do pessoal de enfermagem que mais influenciam o recurso a métodos coercivos. O mesmo estudo teve duração de um ano (doze meses) em seis serviços de internamento psiquiátrico, perfazendo 236 camas. No que concerne aos enfermeiros, foram observados um total de 83 profissionais (6 homens e 77 mulheres), com uma faixa etária entre os 20 e os 58 anos e, com uma média de 7 anos de experiência profissional (com uma variabilidade entre 1 e 39 anos de prática profissional). Para colher a informação, os investigadores utilizaram os registos e notificações do uso de métodos coercivos, e também descrições informais do uso da mesma. Para aferir os traços de personalidade mais prevalentes entre os enfermeiros que iniciavam a coerção como meio de controlar os comportamentos dos pacientes, os investigadores recorreram à aplicação dos questionários *Gough’s Adjective Check List (ACL Creative Personality Scale)* (que permite aferir os traços de personalidade mais prevalentes na amostra em estudo) e também à *Kolb’s Organizing Climate Questionnaire* (que permite aferir acerca do ambiente de uma determinada organização). Relativamente ao estudo em causa, obtiveram-se os seguintes resultados: os enfermeiros iniciam procedimentos coercivos em 52% das vezes e, 62% dos casos foram os mesmos que iniciaram o processo de tomada de decisão de recorrer ao uso de coerção. Relativamente aos traços de personalidade destes profissionais, aqueles que obtiveram um *score* baixo na escala *ACL Creative Personality Scale* eram mais suscetíveis de utilizarem métodos coercivos em pacientes agressivos ou disruptivos. Estes profissionais são caracterizados como: possuidores de um processo de pensamento muito esquematizado e pouco criativo; mais conservadores e convencionais relativamente a crenças e comportamentos. Por outro lado, os profissionais que apresentaram um *score* maior na mesma

escala, que demonstraram maiores níveis de empatia e criatividade, recorreram menos a medidas coercivas e, observou-se que os pacientes a cargo destes profissionais apresentavam menos agressividade e comportamentos considerados “negativos”. Em relação ao clima profissional, aferiu-se que a percepção que os enfermeiros têm acerca do ambiente de trabalho influencia diretamente o processo de tomada de decisão no que concerne ao uso da coerção, a iniciação no uso de métodos coercivos e a sua participação mais ou menos ativa nos mesmos. Deste modo, os enfermeiros achavam que os seus serviços tinham uma liderança forte e clara, participavam no uso de métodos coercivos, mas, por outro lado, iniciavam o uso de coerção menos vezes. Contrariamente aos enfermeiros que percecionavam a sua liderança como vaga, fraca ou inaceitável, iniciavam o uso de coerção mais frequentemente, mas, por outro lado, tinham mais relutância em participar no uso da mesma (embora acabassem por participar). No fundo, em estruturas organizacionais mais fracas e pouco organizadas, sem papéis de liderança claros ou bem definidos, estão mais vulneráveis ao uso da coerção pelos seus profissionais. Um achado interessante neste estudo é que o mesmo relevou que, os próprios pacientes eram menos agressivos e tinham comportamentos menos disruptivos quando eles próprios percecionavam uma liderança mais clara e estruturada.<sup>5</sup>

Segundo o estudo qualitativo “Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers”<sup>6</sup> de Valimaki et al.<sup>6</sup> os grupos de estudo foram as enfermeiras, doentes psiquiátricos e cuidadores informais que visitavam os hospitais psiquiátricos, conclui-se que todos os grupos estudados afirmam que se os enfermeiros forem acolhedores, manifestarem atitudes que revelem ajuda perante os doentes, promoverem maior suporte e conforto bem como maior compreensão, serem pró-ativas na aproximação aos doentes, apresentaram uma comunicação mais eficaz, e promoverem a expressão de sentimentos dos doentes bem como se houver mudanças nas estruturas hospitalares ajudariam a prevenir agressões por parte dos doentes. Conclui-se também que é necessário desenvolver um ambiente terapêutico e uma cultura que direcione atividades com significado durante o período de tratamento bem como é necessário desenvolver atividades de auto-controlo para os doentes.<sup>6</sup>

Ainda neste estudo os enfermeiros vêem os doentes violentos como resultado da doença e acreditam que não se consegue evitar a agressividade dos mesmos e que faz parte do seu trabalho lidar com estas situações. Os doentes por seu lado vêem as condições ambientais como um gatilho bem como as relações interpessoais e uma pobre comunicação com os técnicos como fatores que ajudam a escalar a agressividade.<sup>6</sup>

Por seu lado neste estudo os doentes e familiares criticam o poder e o controlo que os técnicos exercem, consideram ainda que são criados limites desnecessários no controlo do comportamento dos doentes. E ainda encaram que as práticas no controlo da agressividade não são bem aceites pelos doentes, pois escalam a agressividade e conseqüentemente causando medo e traumatizando os doentes. As medidas de controlo usadas perante a agressividade são agarrar, separar, colocar doentes em contenção e sedá-los quimicamente.<sup>6</sup>

Este estudo concluiu ainda que o ambiente de tratamento só por si pode ser restritivo e aumentar a tensão e agressividade nos doentes. Por outro lado, trabalhar por um longo período num ambiente confinado com elevados níveis de agressividade podem aumentar as atitudes cínicas em relação ao sistema de tratamento afetando o comportamento dos enfermeiros.<sup>6</sup>

Ainda para estes autores os enfermeiros acreditam que os doentes experimentam benefícios terapêuticos com o uso de medidas coercivas, o que leva aos enfermeiros requisitarem mais medidas restritivas na sua intervenção com doentes agressivos.<sup>6</sup>

No estudo exploratório, "*Mental health professionals's feelings and attitudes towards coercion*"<sup>7</sup>, de Morandi, Silva, Rubio, Bonsack e Golay<sup>7</sup> o uso de medidas coercivas em psiquiatria tem sido discutido por séculos, uma vez que não respeita os princípios fundamentais biomédicos éticos como autonomia, beneficência e não maleficência e justiça. Segundo estes a literatura médica em psiquiatria advoga que medidas coercivas são usadas no melhor dos interesses para o doente a sua família e para a sociedade. Contudo não existe evidências suficientes para afirmar que o uso de medidas coercivas são eficazes e ajudam clinicamente na estabilização dos doentes. Existe outros estudos que demonstram que a prática de medidas coercivas tem um impacto negativo nos doentes. Mesmo assim a prática de medidas coercivas é usada praticamente em todos os sítios. Estas práticas são

baseadas numa cultura institucional em vez de ser baseadas em evidência científica.<sup>7</sup>

Neste estudo é de salientar que 34,6% concorda ou concorda plenamente que a coerção é uma violação dos direitos fundamentais dos pacientes, e 37,6% refere que as medidas usadas não foram aplicadas justamente. Ainda neste estudo afirma-se que apesar da fraca evidência científica uma importante parte dos profissionais concorda ou concorda plenamente que a coerção é indispensável na psiquiatria 42,3%, e que tem benefícios para o doente 35,4%, e que tem um papel terapêutico 47,7% e que não impede a recuperação dos doentes 59,2%.<sup>7</sup>

Os profissionais de saúde quando recorrem a medidas coercivas acreditam que estão a fazer o melhor pelos doentes 56,2% e só uma minoria experiência frequentemente ou muito frequentemente depara-se com um dilema moral 26,9%, contudo 37,7% dos profissionais afirma que o uso deste recurso provoca o stress. Por vezes o uso de medidas coercivas ajuda despoletar a agressividade dos doentes 53,8%, por outro lado a falta de medidas alternativas foi por vezes reconhecida como justificativa para o uso de medidas coercivas 38,5%.<sup>7</sup>

Cerca de 84,6% dos profissionais refere sentir empatia pelos doentes após aplicar medidas coercivas. A maioria dos profissionais refere ter tido tempo para discutir diferentes opções terapêuticas antes de aplicar medidas coercivas 70,7% e 50% refere considerar as preferências dos doentes na aplicação de medidas coercivas e 82,3% afirma ter discutido com os doentes como se sentiram após a aplicação de medidas coercivas, 57,7% referiram não ter dificuldade em decidir quando deverão terminar as medidas coercivas. Ainda segundo este estudo conclui-se que os técnicos com cargos de liderança revêm-se pouco na coerção como uma medida de tratamento. A aplicação de medidas coercivas afeta psicologicamente mais os psiquiatras uma vez que a aplicação destas medidas só pode ser ditada por estes.<sup>7</sup>

Na revisão sistemática *“Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies”*, segundo Rabenschlag, Cassidy e Steinauer<sup>8</sup> o não escalar a agressividade define-se como o uso de técnicas incluindo verbais e não verbais, aponta sobretudo para a capacidade de comunicação e de desarmar a fúria e controlar a agressividade. Corresponde a um modo de controlar a agressividade e o comportamento violento de maneira mais

humana é mais dignificante e menos coercivo que o uso de intervenções físicas. Por outro lado, salienta-se a importância de como a medicação pode ser usada como parte da estratégia da não escalada da agressividade, mas se refere que não pode ser considerada só por si como uma medida. A não escalada da agressividade implica recorrer a comunicação verbal e expressões físicas de empatia, criar alianças terapêuticas e criar limites sem confrontar, sempre na base do respeito. Em suma a base da não escalada da agressividade é a comunicação, aproximação, possuir qualidades da não escalada da agressividade, avaliação e risco, conseguir ajuda e medidas de contenção como último recurso. Sem nunca esquecer que diferentes tipos de agressão implicam diferentes intervenções.<sup>8</sup>

No estudo qualitativo, *“Measuring Staff Attitudes to Coercion in Poland”*, Jakub Lickiewicz et al.<sup>9</sup> definem coerção como o uso da força para limitar as escolhas de uma pessoa, hospitalização involuntária, administração de medicação sem consentimento, recurso ao isolamento e aplicação de restrições mecânicas.<sup>9</sup>

Este estudo usou a seguinte escala, *Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)* que contempla 3 subescalas: Coerção como cuidados e segurança, Coerção como medida ofensiva e Coerção como tratamento.<sup>9</sup>

Segundo este estudo, os enfermeiros têm uma atitude diferente sobre o uso das medidas coercivas relativamente aos médicos, uma vez que quem dita as medidas a implementar são os médicos, mas os responsáveis por implementar estas medidas coercivas são os enfermeiros. E por outro lado, os enfermeiros estão mais expostos á violência este fato poderá explicar o motivo de terem uma atitude diferente face ao uso da coerção. Os enfermeiros também acreditam que deviam ser usadas mais medidas coercivas quando comparativamente com os médicos, e como tal são alvos de comportamentos agressivos mais frequentemente que os psiquiatras.<sup>9</sup>

Na Polónia acredita-se que a coerção é uma maneira de lidar com situações perigosas nas alas; bem como acredita-se ser a solução para os doentes severos psiquiátricos do que comparativamente com a Alemanha. Mas a maior diferença entre estes dois países é sobre a violação da integridade do doente em que a Alemanha acredita muito mais que a coerção consiste numa violação do que a Polónia, bem como entendem que o recurso a coerção poderá ser uma falha enquanto a Polónia não partilha da mesma visão.<sup>9</sup>

Neste estudo verificou-se que a Polónia tem uma atitude mais paternalista face aos doentes comparativamente á Noruega e á Alemanha. O que permite inferir que existe diferença cultural entre os países comparados. As principais razões ficam a dever-se a razões económicas (falta de técnicos na Polónia), fatores históricos e de educação (sem programas de não escalada da violência na Polónia) e pelo fato da Polónia ser um país autoritário, apesar de neste momento estar a trabalhar noutros métodos e dar maior importância aos direitos humanos na psiquiatria atual. Por outro lado, a Noruega onde a população tem uma atitude mais normativa e procura o respeito pela autonomia e direitos humanos, estas atitudes poderão refletir-se nos profissionais de saúde.<sup>9</sup>

A atitude dos enfermeiros em relação á coerção poderá prevenir o uso excessivo de contenções mecânicas.<sup>9</sup>

Observando as mudanças nas atitudes dos enfermeiros em relação á coerção e ao seu uso excessivo poderão alertar os superiores hierárquicos para comportamentos indesejados, como o cinismo ou baixo sentido de realização pessoal sobre os doentes, que são indicativos de *burnout*<sup>9</sup>

A falta de conhecimento, o trabalho excessivo e a responsabilidade por aplicar medidas coercivas pode levar aos enfermeiros ao uso excessivo destas medidas. Segundo estes autores o uso de medidas coercivas podem ser a resolução mais simples, mas não será a melhor solução.<sup>9</sup>

## **DISCUSSÃO DE RESULTADOS:**

A partir da análise dos vários artigos utilizados na elaboração da nossa revisão narrativa de literatura, as medidas coercivas têm efeitos nefastos na vida dos utentes: trauma emocional, morte, lesões físicas, desamparo, medo, raiva, recusa a tratamento e quebra na relação (mencionadas em pelo menos três dos estudos analisados). Como forma de reagir a estas medidas, outros três estudos referem que os utentes começam a recusar medicação; recusam a comunicação verbal e quebram a ligação terapêutica.

As medidas coercivas mais utilizadas pelos enfermeiros, mencionadas pelos trabalhos analisados, baseiam-se em medidas de reclusão dos pacientes (exemplificando: o uso de isolamentos ou afastamento dos pacientes para áreas

mais resguardadas) mas, por outro lado, as medidas de contenção física (e também mecânica) são ainda amplamente utilizadas. Apesar das questões ético-legais inerentes a esta questão, a verdade é que o recurso à coerção ainda é amplamente utilizado e difundido nas instituições de internamento em psiquiatria e, o seu uso é muitas vezes iniciado pelo pessoal de enfermagem, principalmente em ambientes de trabalho pouco salubres em que não exista uma liderança clara e organizada. Apesar disso, de acordo com o penúltimo artigo em análise, o perfil dos enfermeiros tem um peso preponderante na sua atitude passiva, ativa ou neutra perante o uso de medidas coercivas em pacientes e, a atitude e crença pessoal destes profissionais influencia diretamente os *outcomes* do uso da coerção em utentes pacientes psiquiátricos. De facto, segundo o mesmo estudo, os enfermeiros mais criativos e empáticos tendem a usar menos qualquer tipo de medidas coercivas, ao passo que enfermeiros com atitude mais conservadora, autoritária e paternalista em relação aos pacientes tendem mais a utilizar medidas coercivas. Adicionalmente, verifica-se que grande parte dos profissionais abordados nos estudos analisados, vêem a coerção como uma violação dos direitos, liberdades e garantias dos utentes internados em contexto psiquiátrico embora, refiram sentimentos de ambivalência perante a sua aplicação (pois muitas vezes creem que estão a fazer pelo melhor face aos recursos disponíveis). Um dos estudos, refere ainda que a hospitalização involuntária, a administração de medicação sem consentimento, o isolamento forçado, razões económicas (falta de material disponível, falta de *staff* disponível), fatores históricos e educacionais (por exemplo, a menor sensibilização para estas questões) desempenham também um importante papel no acesso a estas medidas.

Os estudos analisados, na sua generalidade, fazem algumas sugestões a aplicar nos serviços pelo pessoal de enfermagem para auxiliar a minimizar estas questões: treino de competências, avaliação do ambiente e risco de uso de medidas coercivas, psicoterapia, reuniões de discussão, diretrizes antecipadas, ajuda intencional, facilitar a expressão de emoções, fomentar a comunicação verbal e não verbal, criação de limites sem confrontação.

Em suma, os enfermeiros recorrem muitas vezes a meios de coerção, sobretudo no que diz respeito à contenção física e ambiental dos utentes em quadros agudos ou agressivos. Apesar de reconhecer que estes métodos

constituírem um grave atentado aos direitos humanos, muitas vezes ainda são vistos como um recurso a utilizar. Verificamos ainda que, o perfil dos enfermeiros e os ambientes de trabalho a que estão expostos condiciona o recurso a métodos coercivos. No entanto, reconhecemos a dimensão enorme desta problemática, como um dos artigos analisados refere, uma vez que não há evidência clínica que as medidas coercivas são eficazes no controlo e estabilização, é necessário ter em conta as medidas corretivas propostas para refletir e melhorar a prática clínica quotidiana nestes contextos.

### **CONCLUSÃO:**

Apesar de eticamente discutível, a realidade é que o uso de medidas coercivas ainda é muito visto como uma forma de controlar pacientes psiquiátricos, limitando sobretudo a sua liberdade de movimento. O uso de medidas coercivas em contexto de internamento psiquiátrico encontra-se amplamente difundido a nível global e, a proveniência dos vários estudos utilizados nesta revisão demonstram isso mesmo. Os ambientes de trabalho; as lideranças; o perfil, crenças e traços de personalidade dos enfermeiros impactam diretamente a sua atitude perante o uso de medidas coercivas.

Os estudos e revisões encontradas ilustram de forma perfeita as ilações apresentadas na discussão de resultados e, o objetivo de dar a conhecer as experiências e perspetivas dos enfermeiros perante o uso de medidas coercivas em doentes psiquiátricos (particularmente aqueles internados) foi alcançado pelo grupo.

Em jeito de considerações finais, o grupo crê ainda que é necessário produzir mais conteúdo e evidência científica robusta em contexto nacional e perceber quais as tendências dos profissionais de enfermagem do nosso país perante esta matéria.

Mais se declara que os autores não possuem qualquer conflito de interesses relativo a esta matéria.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

<sup>4</sup>Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S., & Hurst, S. (2021). Coercive Measures in Psychiatry: A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.790886>

<sup>4</sup>Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S., & Sentissi, O. (2019). Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00491>

<sup>1</sup>Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>

<sup>9</sup>Lickiewicz, J., Husum, T. L., Ruud, T., Siqveland, J., Musiał, Z., & Makara-Studzińska, M. (2021). Measuring Staff Attitudes to Coercion in Poland. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.745215>

<sup>2</sup>Müller, M., Brackmann, N., Jäger, M., Theodoridou, A., Vetter, S., Seifritz, E., & Hotzy, F. (2023). Predicting coercion during the course of psychiatric hospitalizations. *European Psychiatry*, 66(1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.3>

<sup>5</sup>Pawłowski, T., & Baranowski, P. (2017). Personality traits of nurses and organizational climate in relation to the use of coercion in psychiatric wards. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 287–292. <https://doi.org/10.1111/ppc.12236>

<sup>10</sup>PORTUGAL. Assembleia da República. (24 de Julho de 1988). Lei n.º36/98. *Diário da República n.º169, I Série*

<sup>8</sup>Rabenschlag, F., Cassidy, C., & Steinauer, R. (2019). Nursing Perspectives: Reflecting History and Informal Coercion in De-escalation Strategies. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00231>

<sup>1</sup>Silva, M. R., Antunes, A. P., Azeredo-Lopes, S., Loureiro, A., Saraceno, B., Caldas-De-Almeida, J. M., & Cardoso, G. (2021). Factors associated with involuntary psychiatric hospitalization in Portugal. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00460-4>

<sup>3</sup>Szmukler, G. (2015). Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry, 14*(3), 259–261. <https://doi.org/10.1002/wps.20264>

<sup>6</sup>Välimäki, M., Lantta, T., Lam, Y. T., Cheung, T., Cheng, P. W., Ng, T., Ip, G., & Bressington, D. (2022). Perceptions of patient aggression in psychiatric hospitals: a qualitative study using focus groups with nurses, patients, and informal caregivers. *BMC Psychiatry, 22*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03974-4>

**ANEXOS**

## **ANEXO A – PROTOCOLO DO RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON**

### **Protocolo: Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson**

Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte a sua mente de todos os pensamentos. Liberte-se das preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se agora leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente relaxada, em paz e todos os músculos encontram-se relaxados.

**Testa:** Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Levante as sobrancelhas e crie rugas na testa e sinta a forte tensão... (pausa) agora, pode relaxar muito lentamente, focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos... agora, é como se os músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados;

**Olhos:** Feche os olhos, apertando-os com força...sinta a tensão em toda a zona à volta dos olhos, em cada pálpebra... concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe lentamente e note as diferentes sensações... os músculos estão relaxados, sem tensão;

**Face:** Force um sorriso, todos os músculos da face e da boca estão tensos... Os seus lábios e bochechas estão tensos e rígidos... (pausa). Relaxe agora esses músculos... Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão e sem tensão;

**Queixo:** Aperte os dentes com força... sinta os músculos contraídos e tensos... (pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e relaxam;

**Pescoço:** Contraia os músculos do pescoço... Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço... os músculos estão tensos... (pausa) Relaxe lentamente o pescoço... Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.

**Membros superiores:** Levante o seu braço direito e, com o punho fechado, faça força... O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro... Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial... Sinta como os seus músculos estão leves, leves, moles... completamente relaxados;

**Membros inferiores:** Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... (pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão. Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão... Sinta a contração do pé até à coxa... (pausa). Relaxe a sua perna esquerda e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão;

**Região dorsal:** Arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços... Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e ao fundo das costas... Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos... Estão completamente relaxados;

**Região torácica:** Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contraí-lo, como se quisesse reduzir os pulmões... Concentre-se nas zonas mais tensas... (pausa). Relaxe gradualmente o seu peito... Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão...

**Região abdominal:** Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua... Sinta a tensão em redor ao umbigo... (pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza... Todos os músculos estão completamente relaxados...

**Região sacrococcígea:** Concentre-se nos músculos abaixo da cintura... Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o chão... Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos... Sinta o desaparecimento da tensão e uma nova sensação de relaxamento...

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

Permaneça deitado, apreciando o seu estado de relaxamento.... No fim da contagem, poderão abrir os olhos e levantar-se lentamente... Cinco... quatro... três... dois... um... estão agora totalmente relaxadas e poderão abrir os olhos.

### **Referência Bibliográfica**

Sequeira, C. e Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (2ª edição). Lisboa: Lidel

## **ANEXO B – PROCOTOLO DE RELAXAMENTO SEGUNDO A TÉCNICA DA IMAGINAÇÃO GUIADA**

### **Protocolo**

#### **Relaxamento segundo a Técnica de Imaginação Guiada**

Na praia...

Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Feche os olhos suavemente. Está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante... Sente-se cansado e resolver deitar-se na areia e descansar um pouco.

De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto, sente-se tranquilo... extremamente relaxado...

Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentasse levantá-las, não seria capaz... Os seus braços estão pesados, tão pesados que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado... O mar vai chegando calmamente perto de si, molhando delicadamente os seus pés, as pernas, os seus braços... até que começa a boiar à superfície daquele mar calmo e, levado pela suave corrente, o seu corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão.

A boiar naquela imensidão azul, o dia vai declinando e anoitece. Agora, é a luz da lua que banha o seu rosto... O único ruído que ouve é o ondular suave do mar e, ao longe, o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente.

A sua respiração é suave e calma, e o seu corpo é leve como uma pena, boiando na superfície líquida... O tempo passa e a corrente vai arrastando o seu corpo levemente... Já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o seu corpo, está a amanhecer...

O mar leva-o devagarinho até à praia e deixa-o sobre a areia fina à beira-mar... Continua de olhos fechados, a dormir suavemente e, à medida que o sol vai aquecendo mais o seu rosto...

Começa a despertar...

Feche os olhos. Sinta a respiração tranquila e siga a sua ordem natural: inspirar... expirar... (pausa de um minuto)

Agora, sinta o peso dos seus pés, apoiados sobre o chão (breve pausa) ... Também as pernas começam a ficar pesadas, relaxadas (breve pausa). Agora, sinta o peso da bacia

(breve pausa). Também a coluna e o peito estão relaxados (breve pausa). As costas estão relaxadas (breve pausa). Sinta todo o corpo calmo e relaxado...

A respiração é fluida e profunda... Inspirar... Expirar... Inspirar... Expirar... Agora que está calmo olha em redor... (breve pausa). Está num sítio tranquilo, calmo e sente-se bem (breve pausa).

Ao longe, vê as nuvens e uma delas voa para si (breve pausa) ... Sobee para cima dela, é muito fofa e sente-se seguro... Não tem medo de nada... (breve pausa). Enquanto voa pela nuvem olha e vê coisas belas... respira fundo e sente-se bem... (breve pausa).

Sente o vento na cara, sorri, sente-se cada vez mais calmo... cada vez mais em paz... (breve pausa). Começa a olhar em volta... A nuvem caminha para o local de onde partiu... (breve pausa). Sente-se tão bem e calmo... Sente-se bem... (breve pausa).

Chega onde partiu e desce da nuvem... Ela voa para longe..., mas continua a sentir a leveza e a paz que ela trouxe... (breve pausa).

Começa a sentir de novo a respiração tranquila e segue a sua ordem natural: Inspirar... Expirar... (breve pausa).

Sente-se muito bem... sabe, que, quando voltar a abrir os olhos, a sensação de calma vai se manter... Inspira... expira... inspira... expira (breve pausa)

Sente-se a acordar... irá abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos... os pés... Espreguiça-se como se estivesse a acordar... (breve pausa). Inspira e expira... acordou e sente-se bem.

### **Referência Bibliográfica**

Sequeira, C. e Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (2ª edição). Lisboa: Lidel

## ANEXO C – TÉCNICA DE RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

### Treino de respiração diafragmática:

1. Deite-se num local confortável ou sente-se confortavelmente, com as costas bem recostadas na cadeira;
2. Coloque as palmas das mãos em contato com o seu abdómen, na zona do umbigo;
3. Inspire, puxando o ar, lentamente pelo nariz, durante três segundos... e sinta as suas mãos a serem empurradas pela sua barriga;
4. Sustenha a respiração por três segundos e aprecie o efeito que a entrada de ar produziu;
5. Deite fora o ar pela boca, lentamente, durante seis segundos, e sinta as suas mãos baixarem enquanto acompanham o movimento do abdómen, apreciando o efeito que a saída deste ar produz;
6. Repita este exercício pelo menos quatro vezes e sinta o efeito que produz em si.

**Nota:** Durante a inspiração, empurre o abdómen para a frente, fazendo com que o ar desloque o diafragma para baixo, ampliando o volume de ar inspirado. Durante a expiração, deixe que o abdómen aprofunde ao máximo, fazendo com que o diafragma se desloque para cima e comprima os pulmões para o ar sair completamente. No início, é necessário praticar diariamente este exercício diariamente para sentir os seus benefícios.

### Referência Bibliográfica

Bernard, R. (2010). *Vencendo o pânico: terapia integrativa para quem sofre o transtorno de pânico e agorafobia: manual do cliente*. Rio de Janeiro: Cognitiva

# ANEXO D – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO – BLENDED INTENSIVE PROGRAMME

OSLOMET

# Certificate

We hereby confirm that

## Catarina Conceição

participated in and completed the Erasmus+ funded Blended Intensive Programme (BIP) in Mental Health of Migrants and Minorities at Oslo Metropolitan University (OsloMet), Norway, autumn 2024.

The course addresses migration and minority perspectives related to mental illness and substance abuse across the course of life. The course explores the mental health of migrants and minorities using multisystemic perspectives and theories of intersectionality. It emphasises multiple interacting processes related to social inclusion and marginalisation.

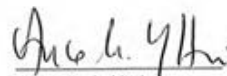
The program requires active student engagement and interactions, the sharing of expertise and experiences, dialogue, and insights into evidence-based research. Through group work and student presentations, the students reflect on their acquired knowledge of mental health of migrants and minorities and culturally sensitive mental health care.

The BIP was hosted by OsloMet and organised together with University of Turku, Finland, University of Malta, Malta and University of Nursing School of São José de Cluny, Maderia, Portugal. The BIP students were integrated into the course Mental Health of Migrants and Minorities at OsloMet, together with 174 other students and staff at OsloMet.

The digital part of the BIP took place over the course of 8 hours in September. The physical part took place from 23 to 27 September. Throughout this week, the students engaged in learning activities at OsloMet and in visits to relevant mental health institutions and cultural sites in Oslo.

OsloMet thanks you for your participation and active involvement.

Oslo, Norway November 14th 2024



Anca Maria Yttri  
HEAD OF STUDIES, DEPT. OF  
NURSING AND HEALTH PROMOTION,  
OSLOMET



Camilla Hansen  
ASSOCIATE PROFESSOR, DEPT. OF  
NURSING AND HEALTH PROMOTION,  
OSLOMET

# ANEXO E – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO XIV CONGRESSO INTERNACIONAL D'A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

## Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

**CATARINA MARIA PEREIRA DA CONCEIÇÃO**

**frequentou** o 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.

**Porto, 20 de Outubro de 2023**

P'la Comissão Científica



O Presidente do Congresso



**A SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)  
[www.aspsm.org](http://www.aspsm.org)

**ANEXO F – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE  
COMUNICAÇÃO ORAL DE TEMÁTICA LIVRE “PERCEÇÃO DOS  
ENFERMEIROS SOBRE A COERÇÃO EM PSIQUIATRIA: REVISÃO  
NARRATIVA DA LITERATURA” NO XIV CONGRESSO  
INTERNACIONAL D’A SOCIEDADE PORTUGUESA DE  
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**

## Certificado

Para os devidos efeitos certifica-se que

**Catarina Maria Pereira da Conceição**

**apresentou** a Comunicação Oral de temática livre “Perceção dos Enfermeiros sobre a Coerção em Psiquiatria: Revisão Narrativa da Literatura”, da autoria de Catarina Conceição; Ezequiel Domingos; Fátima Caldeira; Sandra Castro; Paula Baptista; Tiago Casaleiro; Bruno Santos & Tânia Lourenço, no Concurso de Comunicações Oraís de temática livre, inserido no XIV Congresso Internacional d’A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, subordinado ao tema “Saúde Mental: uma prioridade para todos”, realizado de 18 a 20 de Outubro de 2023 em Évora, Portugal.

**Porto, 20 de Outubro de 2023**

P’la Comissão Científica



O Presidente do Congresso



**A SOCIEDADE PORTUGUESA  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL**  
(Diário da República II Série n.º 174 de 10.09.2007)  
[www.aspsm.org](http://www.aspsm.org)

**ANEXO G – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO:  
“DISCUTINDO O COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOLESÃO”  
PROMOVIDO PELO CENAT**

**CERTIFICADO**



Conferimos o presente certificado:

**Catarina Maria Pereira da Conceição**

por sua participação no Seminário: Discutindo o comportamento suicida e autolesão,  
promovido pelo **CENAT** (Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas),  
realizado online nos dias 07 e 08 de maio de 2024.

**Carga horária: 06 horas**

PABLO FELIPE SADE VALENTE  
COORDENADOR NACIONAL

REALIZAÇÃO:  **CENAT**

# ANEXO H – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO V CONGRESSO ONLINE INTERNACIONAL “BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL” PROMOVIDO PELO CENAT



Conferimos o presente certificado:  
**CATARINA MARIA PEREIRA DA CONCEIÇÃO DA CONCEIÇÃO**

por sua participação no **V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental**, promovido pelo **CENAT** (Centro Educacional Novas Abordagens Terapêuticas), realizado online.

**21, 22 e 23 de março de 2024**

**Carga horária: 30 horas**

*Pablo Felipe S. Valente*

Pablo Felipe S Valente  
Coordenador Nacional

*Paul Baker*

Paul Baker  
Coordenador Internacional

REALIZAÇÃO:  
CENAT

APOIO:



Evento: **V Congresso Online Internacional: Boas Práticas em Saúde Mental**

Local: **Evento online**

Participante: **Catarina Maria Pereira Da Conceição Da Conceição**

Data: **21/03/2024 - 23/03/2024**

## Programação:

**21/03/2024 - 09:00 - Palestra: As pessoas em sofrimento psíquico são bem-vindas em espaços públicos?**

Palestrante: Cris Lopes

**21/03/2024 - 10:40 - Palestra: Saúde mental, cultura e subjetividade: Processos históricos, desafios e [...]**

Palestrante: Daniel Goulart (UNB)

**21/03/2024 - 14:00 - Palestra: Projeto de inovação social na saúde mental em Lisboa: Arte sem preconceitos...**

Palestrante: Catarina Gomes (Portugal)

**21/03/2024 - 15:30 - Palestra: Como a Violência Urbana tem impacto na saúde mental dos seus moradores**

Palestrante: Omar Bravo (Colômbia)

**21/03/2024 - 16:50 - Palestra: Abordagem de Nise da Silveira no Cuidado em Saúde Mental**

Palestrante: Walter Melo (UFES)

**22/03/2024 - 09:10 - Palestra: Como implementar a Recovery em Saúde Mental**

Palestrante: Paul Baker (Inglaterra)

**22/03/2024 - 10:40 - Mesa-redonda: A Implementação do Diálogo Aberto para psicose em Minas Gerais e e[...]**

Palestrantes: Thiago Magela e João G. Pereira (Portugal)

**22/03/2024 - 14:00 - Palestra: Um Novo Olhar na Avaliação**

Palestrante: Marcelo Kimati (UFPR)

**22/03/2024 - 15:30 - Mesa-redonda: CAPS I e o desafio do cuidado em saúde mental em municípios de pequ[...]**

Palestrantes: Carla Salaroli e Sônia Romeiro

**22/03/2024 - 17:00 - Palestra: Precisamos falar sobre a saúde mental do profissional da saúde**

Palestrante: Helena Cortes (UFSC)

**23/03/2024 - 08:50 - Palestra: A Expertise dos/as usuários/as em saúde mental**

Palestrante: Martijn Kole (Holanda)

**23/03/2024 - 10:10 - Mesa-redonda: Guerra às drogas e redução de danos**

Palestrantes: Tadeu de Paula (UFRGS) e Andreia Alves (CRESCER - Portugal)

**23/03/2024 - 14:00 - Mesa-redonda: A experiência de Ouvir Vozes**

Palestrantes: Luciana Kantorski (UFPEL), Luana Ribeiro Borges (UNIPAMPA) Roberta Machado (IFRS)

**23/03/2024 - 15:40 - Palestra: Diversidade e o processo de inclusão social**

Palestrante: Claudio Mann (FIOCRUZ/IPUB/UFRR)


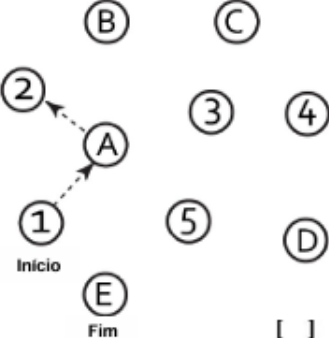

# ANEXO I – ESCALAS DE AVALIAÇÃO

## Escala de Avaliação Cognitiva de Montreal

### MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VERSÃO PORTUGUESA 7.3 – VERSÃO ALTERNATIVA

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

<b>VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA</b>	<b>Copiar o cilindro</b> 	<b>Desenhar um Relógio (nove e dez)</b> (3 pontos)	<b>Pontos</b>																		
 <p>Início [ ] Fim [ ]</p>	[ ]	[ ] [ ] [ ]	___/5																		
<b>NOMEAÇÃO</b>																					
			___/3																		
<b>MEMÓRIA</b>	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-las. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Barco</td> <td>Ovo</td> <td>Calças</td> <td>Sofá</td> <td>Roxo</td> </tr> <tr> <td>1º ensaio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2º ensaio</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	1º ensaio						2º ensaio						Sem Pontuação
	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo																
1º ensaio																					
2º ensaio																					
<b>ATENÇÃO</b>	Leia a sequência de números. (1 número/segundo)	O sujeito deve repetir a sequência. [ ] 5 4 1 8 7 O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [ ] 1 7 4	___/2																		
	Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.	[ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB	___/1																		
	Subtrair de 7 em 7 começando em 80. [ ] 73 [ ] 66 [ ] 59 [ ] 52 [ ] 45	4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos	___/3																		
<b>LINGUAGEM</b>	Repetir: Ela soube que o advogado dele meteu um processo após o acidente. [ ]	As meninas a quem deram muitos doces ficaram com dores de barriga. [ ]	___/2																		
	Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "M" (1 minuto). [ ] _____ (N ≥ 11 Palavras)		___/1																		
<b>ABSTRACÇÃO</b>	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = frutos [ ] olho - ouvido [ ] trompete - piano [ ]		___/2																		
<b>EVOCAÇÃO DIFERIDA</b>	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Barco</td> <td>Ovo</td> <td>Calças</td> <td>Sofá</td> <td>Roxo</td> </tr> <tr> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> <td>[ ]</td> </tr> </table>	Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS								
Barco	Ovo	Calças	Sofá	Roxo																	
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]																	
Opcional	Pista de categoria Pista de escolha múltipla																				
<b>ORIENTAÇÃO</b>	[ ] Dia do mês [ ] Mês [ ] Ano [ ] Dia da semana [ ] Lugar [ ] Localidade		___/6																		
Adapted by : Z. Nasreddine MD, N. Phillips PhD, H. Chertkow MD © Z. Nasreddine MD <a href="http://www.mocatest.org">www.mocatest.org</a> Examinador: _____			<b>TOTAL</b> ___/30																		

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Versão 3. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

## Escala de Avaliação da Ansiedade de

### Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton

<b>Categoria I – Ansiedade Psíquica</b>	<b>Ausente 0</b>	<b>Ligeira 1</b>	<b>Moderada 2</b>	<b>Frequente 3</b>	<b>Muito frequente 4</b>
Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.)					
Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.)					
Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.)					
Insônia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores nocturnos, etc.)					
Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.)					
Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.)					
<b>Categoria II – Ansiedade Somática</b>					
Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, etc.)					
Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigueiro, câibras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.)					
Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, vertigens, batimentos irregulares, etc.)					
Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.)					
Sintomas genito-urinários (Polaquiúria, urgência miccional, amenorreia, menorragia, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.)					
Sintomas do sistema nervoso autónomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pelos eriçados, tonturas, etc.)					
TOTAL.....XX					

**Resultados:**

- <12: ansiedade normal;
- >12 e <18: reacção patológica ligeira;
- >18 e <25: ansiedade patológica moderada;
- >25: ansiedade patológica grave.

## Inventário de Ansiedade Estado-Traço (STAI)

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

---

	AVALIAÇÃO			
	Quase sempre-----4	Às vezes-----2		
	Frequentemente-----3	Quase nunca-----1		
1. Sinto-me bem.....	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente.....	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar .....	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser.....	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.....	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado.....	1	2	3	4
7. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo.....	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.....	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com as coisas sem importância .....	1	2	3	4
10. Sou feliz.....	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.....	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo.....	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro.....	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.....	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido.....	1	2	3	4
16. Estou satisfeito.....	1	2	3	4
17. Idéias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando.....	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.....	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável .....	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso em meus problemas do momento.....	1	2	3	4

\* Os itens marcados em vermelhos são as perguntas de caráter positivo do IDATE-traço.