

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e
Psiquiatria

Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem na Gestão da Ansiedade na
Pessoa com Doença Mental

Maria Alice da Silva Mota

Orientador: Professora Doutora Francisca Roberto Manso

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Aqueles que nunca sofreram não sabem nada;
Não conhecem nem os bens nem os males;
Ignoram os homens; ignoram-se a si próprios”

François Fénelon

AGRADECIMENTOS

A realização do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria constituiu um marco importantíssimo no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Durante este tempo em que decorreu o curso, foram muitos os momentos significativos, as aprendizagens e muitas as pessoas com quem pude partilhar conhecimentos e experiências.

Quero agradecer ao Professor José Falé, pela disponibilidade, orientação, partilha de saberes com que me orientou no projeto inicial.

Agradeço à Professora Doutora Francisca Roberto Manso o ter aceitado este projeto e me ter acompanhado na concretização deste percurso académico, por toda a sua disponibilidade, orientação, partilha de saberes e todas as valiosas contribuições dadas para este relatório, a minha profunda admiração e gratidão.

Aos meus orientadores dos ensinamentos clínicos, pela sua disponibilidade, apoio e motivação demonstrada, durante o processo de supervisão.

A todos os profissionais de saúde nos dois ensinamentos clínicos, pelo apoio, partilha de saberes e disponibilidade demonstrada.

A todos os meus colegas de serviço, pela disponibilidade, com que me facilitaram as trocas de horário ao longo deste percurso formativo.

A todos os meus amigos e familiares pela compreensão da minha ausência durante este tempo de percurso formativo.

A todos aqueles que de um modo direto ou indireto também contribuíram para o meu sucesso académico.

Também agradeço aos clientes que durante a realização do estágio, permitiram que adquirisse e desenvolvesse competências de EESMP, por toda a disponibilidade demonstrada para participar no presente estudo, pelas partilhas que fizeram, demonstrando confiança em mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira e, contribuindo para o meu crescimento académico.

Aos meus amigos Manuel, Eduardo, Paula, Susana e Isilda pela sua presença e dedicação, dando-me confiança para percorrer este percurso.

Aos meus pais, que já não estando presentes fisicamente, continuam a ser a minha linha orientadora de vida.

Por fim, o meu profundo bem-haja ao meu querido filho Diogo Alexandre, sempre generoso, compreensivo, disponível e com uma paciência enorme, para me apoiar nesta importante fase de crescimento e aprendizagem.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

CID - Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNSM - Conselho Nacional de Saúde Mental

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FC - Frequência Cardíaca

HD - Hospital Dia

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Relatório de Primavera

P. - Página

Pág. - Página

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

RMP- Relaxamento Muscular Progressivo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

STAIT - Y - State Trait Anxiety Inventory - Y

SV - Sinais Vitais

T.A - Tensão Arterial

WHO - World Health Organization

RESUMO

Este relatório pretende dar a conhecer o percurso formativo realizado em estágio, num serviço de psiquiatria e hospital de dia, numa instituição de saúde da região de Lisboa.

A doença mental é responsável por um grande sofrimento na pessoa que a sofre, mas também afeta profundamente a família. Na nossa sociedade ainda existe um grande estigma em volta das pessoas com doença mental. A ansiedade é uma resposta *emocional* percecionada por situações de perigo ou ameaça, real ou imaginária, com um impacto significativo na vida da pessoa.

Os objetivos do estágio foram: a) Desenvolver intervenções psico e socio terapêuticas e psicoeducativas; b) implementar e avaliar um projeto de intervenção de enfermagem com 8 sessões, com o uso de técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson, na pessoa com doença mental e ansiedade em regímen de hospital de dia.

Este relatório utilizou a metodologia de projeto, com uma abordagem mista (quali e quantitativa), tendo usado como instrumentos de recolha de dados: um questionário sociodemográfico e de satisfação; o Inventário da Ansiedade Traço-Estado, desenvolvido por Charles D. Spielberger em 1983, na forma adaptada para a população portuguesa por Danilo R. Silva e Silva, S. Santos, STAI- Y (1997); quatro indicadores (temperatura; pressão arterial; frequência cardíaca e respiratória), avaliados antes e depois das sessões e a escala visual analógica adaptada da escala de Wong Baker com seis pontos, para avaliar o relaxamento. O grupo que integrou o projeto foi constituído por 6 clientes, com uma média de 35 anos de idade. Realizámos intervenções individuais e de grupo, que constituíram um espaço de partilha de informações ligadas à doença, às técnicas de relaxamento, de respiração, à partilha de emoções, de sentimentos e pensamentos, promovendo a autoestima e a autonomia. Os resultados revelaram que os participantes ao gerir a sua ansiedade diminuíram esta, enquanto traço e enquanto estado e os sinais vitais reverteram para valores mais baixos no final das sessões. Os participantes referiram ter adquirido um melhor bem-estar e autoconhecimento face à sua doença. Considera-se importante investir neste tipo de projetos para proporcionar melhor qualidade de vida a estes clientes.

Palavras-chave: técnicas de relaxamento, ansiedade; doença mental, enfermagem.

ABSTRACT

This report intends to present the training course carried out in an internship, in a psychiatry service and day hospital, in a health institution in the Lisbon region.

Mental illness is responsible for great suffering in the person who suffers it, but it also profoundly affects the family. In our society there is still a great stigma surrounding people with mental illness. Anxiety is an emotional response perceived by situations of danger or threat, real or imagined, with a significant impact on the person's life.

The objectives of the training were: a) To develop psycho and socio-therapeutic and psychoeducational interventions; b) to implement and evaluate a nursing intervention project with 8 sessions, using the techniques of progressive muscle relaxation according to Jacobson, in the person with mental illness and anxiety in day hospital regimen.

This report used the project methodology, with a mixed approach (qualitative and quantitative), using as instruments of data collection: a sociodemographic and satisfaction questionnaire; the Trait-State Anxiety Inventory, developed by Charles D. Spielberger in 1983, as adapted for the Portuguese population by Danilo R. Silva e Silva, S. Santos, STAI-Y (1997); (temperature, blood pressure, heart rate and respiratory rate) assessed before and after the sessions and the visual analogue scale adapted from the six-point Wong Baker scale to assess relaxation. The group that integrated the project was constituted by 6 clients, with an average of 35 years of age. We performed individual and group interventions that constituted a space for sharing information related to illness, relaxation techniques, breathing, sharing emotions, feelings and thoughts, promoting self-esteem and autonomy. The results revealed that the participants that manage their anxiety, decreased this as a state and as a trace and the vital signs reverted to lower values at the end of the sessions. Participants reported that they had gained better well-being and self-knowledge in the face of their illness. It is considered important to invest in this type of projects to provide a better quality of life for these clients.

Keywords: relaxation techniques, anxiety; mental illness, nursing.

Introdução.....	10
1. Enquadramento concetual	12
1.1. O modelo de Betty Neuman na práxis de enfermagem	12
1.2. Breve abordagem das emoções e sentimentos: A ansiedade.....	16
1.3. A Doença mental e as suas implicações	20
1.4. As técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson.....	22
2. Percurso e opções metodológicas	26
2.1. Delimitação da problemática clínica.....	26
2.2. Finalidade e objetivos do estágio.....	27
2.3. Instrumentos	28
2.4. Variáveis do projeto	29
2.5. Participantes	29
2.6. Procedimentos	30
3. Percurso de desenvolvimento de competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria nos contextos de estágio	31
3.1. Serviço de internamento de psiquiatria de um hospital na zona de Lisboa.....	31
3.2. Serviço de hospital de dia de uma instituição na zona de Lisboa.....	34
4. Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria nos dois ensinamentos clínicos	38
4.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP).....	38
5. Análise e discussão dos resultados	43
5.1. Avaliação dos Sinais vitais.....	43
5.2. Avaliações da ansiedade segundo o inventário de Spielberger	47
5.3. Avaliação do relaxamento através da Escala de Faces	48
5.4. Avaliação da satisfação e limitações	49
6. Considerações Finais.....	51
Referências	53
Apêndices	
Apêndice I – Consentimento informado	
Apêndice II – Questionário sócio demográfico.....	
Apêndice III – Sessão de Psicoeducação sobre a Ansiedade.....	
Apêndice IV – Flyer informativo	
Apêndice V – Questionário de satisfação	
Apêndice VI – Fotografia da Sala de Relaxamento	
Apêndice VII – Diário de Aprendizagem	
Apêndice VIII – Estudo de caso	
Apêndice IX- Atividades extra curriculares	

Índice de Tabelas e Gráficos

Tabela 1. Evolução da pressão sistólica	43
Tabela 2. Evolução da pressão diastólica	44
Tabela 3. Evolução da frequência cardíaca	45
Tabela 4. Evolução da Temperatura	46
Tabela 5. Evolução da frequência respiratória	47
Tabela 6. Ansiedade estado e traço	48
Tabela 7. Evolução do relaxamento	49
Gráfico 1. Evolução da pressão sistólica	43
Gráfico 2. Evolução da pressão diastólica	44
Gráfico 3. Evolução da frequência cardíaca	45
Gráfico 4. Evolução da Temperatura	46
Gráfico 5. Evolução da frequência respiratória	47
Gráfico 6. Ansiedade estado e traço	48

Introdução

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Descreve todas as intervenções desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos em dois contextos diferentes da prática: internamento e hospital de dia de psiquiatria, de um Hospital na zona de Lisboa, entre 24 setembro de 2018 e 31 de janeiro de 2019. Este projeto foi enquadrado teoricamente em três conceitos principais: ansiedade, doença mental e relaxamento.

A ansiedade é um dos aspetos que vamos trabalhar ao longo do estágio nos dois contextos: hospitalar e comunitário. A ansiedade é um sentimento que surge como forma de antecipação ao perigo que vai funcionar como um sinal de alerta para que o indivíduo possa lidar com essa possível ameaça (Dochterman & Bulechek, 2004). Pode definir-se como um sentimento de desconforto que é acompanhado por uma resposta automática em que a sua origem pode ou não ser conhecida.

A ansiedade pode ser considerada como um estado emocional que não se apresenta na mesma intensidade em todos os clientes; pode ser classificada em mínima, leve moderada e grave. Esta doença pode manifestar-se por sensações de mal-estar psíquico e físico, por isso é fundamental saber identificar e controlar os sintomas nos momentos que podem ser prejudiciais à pessoa. A ansiedade está entre os transtornos mais comuns e estima-se que 10-30% da população mundial sofra de ansiedade.

A doença mental tem sido fonte de diversas teorizações e intervenções, no entanto as pessoas temem estas doenças, sabem muito pouco sobre elas e compreendem-nas, muito mal. A doença mental é multicausal e deve ser analisada à luz da história pessoal e social de cada pessoa (Manso,2008).

As técnicas de respiração e relaxamento visam proporcionar um alívio ao nível da ansiedade presente, melhorar a concentração, o sono, a sensação de controlo e a diminuição dos valores vitais.

O projeto de estágio centrou-se no desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. O programa de relaxamento foi implementado no hospital de dia, tendo sido realizadas intervenções psico e socio

terapêuticas e psicossociais (psicoeducativas). O programa era constituído por 8 sessões, com uma sessão semanal, com a duração média de 60', sendo que a primeira e a oitava foram destinadas à avaliação. As sessões foram realizadas em grupo.

Neste projeto intervimos através de técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson, técnicas respiratórias, e sessões psicoeducativas na gestão da ansiedade na pessoa com doença mental.

Nas sessões foram trabalhadas outras emoções que não a ansiedade, tais como: medo; tristeza; vergonha; raiva e frustração.

No internamento realizaram-se as sessões de relaxamento individualmente. Foi utilizada a metodologia de projeto. Realizou-se um estudo descritivo, com uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa). Segundo Fortin (2000, p. 292), este permite considerar “ as experiências humanas tal como são descritas emanadas pelos participantes, ou seja descrever a sua experiência face a um fenómeno extraindo a sua natureza e a significação que as pessoas lhe atribuem”. Neste estágio tivemos em atenção a observação da prática e a reflexão sobre a mesma, sendo realizada oralmente e por escrito, com os orientadores de estágio e outros profissionais do serviço. Considera também que o estágio foi um meio propiciador de aprendizagens. Inicialmente fez uma observação participada em todas as intervenções desenvolvidas no serviço, posteriormente colaborou com a equipa de enfermagem, nas mesmas. Sensibilizou para a importância das técnicas de relaxamento e da respiração, e da importância da psicoeducação.

O relatório encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro faz-se um enquadramento, descreve-se de uma forma muito sucinta o conceito de ansiedade, os temas ligados às intervenções de enfermagem, segundo o modelo de Betty Neuman, a doença mental e a técnica de relaxamento muscular progressivo. No segundo capítulo descrevem-se as opções metodológicas. O terceiro capítulo procura descrever o percurso formativo e as intervenções de enfermagem na área específica de saúde mental e psiquiatria, desenvolvidas nos dois contextos de estágio, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas em ESMP. No quarto faz-se uma breve apresentação e discussão dos resultados alcançados e por fim as considerações finais. Os resultados são uma contribuição para a construção de uma prática baseada na evidência.

1. Enquadramento concetual

A revisão da literatura foi orientada pela seguinte questão: Qual o efeito das técnicas de relaxamento muscular progressivo na pessoa com ansiedade e doença mental?

Realizou-se uma análise crítica da literatura, através duma revisão narrativa; a pesquisa bibliográfica foi efetuada, no motor de busca EBESCO e na base de dados da MEDLINE e CINHALL e foi complementada com obras fundamentais como o DSM-5, manuais de psiquiatria e documentos de organismos oficiais: Organização Mundial de Saúde (OMS), Direção Geral da Saúde (DGS) e American Psychiatric Association (APA). E ainda estudos científicos de teses de mestrado e de outros estudos académicos. A revisão narrativa permite descrever e discutir o desenvolvimento ou o 'estado da arte' de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou concetual recorrendo-se a várias fontes. (Reuter, 2007). Neste caso específico foi sobre o efeito das técnicas de relaxamento na pessoa com ansiedade e doença mental. Nas fontes *online* utilizaram-se os descritores: ansiedade, relaxamento muscular progressivo, doença mental e os mesmos termos em inglês.

1.1. O modelo de Betty Neuman na práxis de enfermagem

O modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, é um modelo que permite atuar aos três níveis de prevenção. A pessoa é um sistema aberto que está em permanente interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes fatores de *stress*, que o afetam e podem levar ao desequilíbrio. A pessoa está inserida numa família e numa comunidade. Neste modelo as intervenções vão potenciar os recursos do cliente para atingir novamente o equilíbrio do seu sistema, dando-lhe a possibilidade de manter a sua homeostasia por um máximo de período de tempo.

O modelo em causa defende uma visão holística da pessoa, perspetivando como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de *stress*. Trata-se de um modelo que é adaptável e por isso, útil em todos os contextos da enfermagem, da prática, à investigação e ensino, dado que em qualquer destes contextos o

Modelo de Sistemas de Neuman enfatiza o cliente como um todo.

De acordo com George J. (1993, p.228) “ (...) a abordagem conceptual de Neuman é o resultado da síntese de conhecimentos de várias fontes teóricas, incluindo de Chardin, Marx, Gestalt, Selye, Von Bertalanffy e Caplan”. À Gestalt, Neuman foi buscar a concepção de que cada um de nós é envolvido por um campo perceptivo que está em equilíbrio dinâmico inserido no ambiente, quando este processo falha, surge a doença.

As intervenções têm como objetivo reverter o desequilíbrio (potenciando os recursos do cliente e trabalhando com ele para que atinja novamente o equilíbrio do seu sistema), ou na fase de equilíbrio (permitindo ao cliente manter a sua homeostasia por um período de tempo mais prolongado). De acordo com o mesmo modelo, o ambiente inclui os fatores ou influências, que circundam o cliente e o seu sistema, que afetam ou são afetados por este, sendo a variação, dependente das necessidades e motivações individuais (George J.,1993). Neste sistema está incluída a família. Nas novas abordagens à família esta está, incluída na condição de **protagonista** e **parceira** dos cuidados. No cuidar é fundamental trabalhar as emoções, as competências e potencialidades da família para que esta seja parceira, pois na pessoa com doença mental ou qualquer outra doença ela é o elemento de afeto essencial. Alguns autores abordam a vantagem da perspectiva sistémica na intervenção familiar. Nesta perspectiva existem vários modelos de intervenção como por exemplo o Modelo de Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF) que permite apreender a família como um sistema, identificar os seus problemas, as suas potencialidades, os seus recursos e os suportes comunitários disponíveis.

Chalifour (2008, p.22) encara também a pessoa como “... um sistema aberto formado por componentes físicas, afetivas, cognitivas, sociais e espirituais”. Desta forma, é necessário encarar o cliente como um todo, conseguindo que uma necessidade expressa possa ser também fonte de informação sobre a pessoa. A finalidade última é satisfazer as necessidades do cliente para que este se torne o mais autónomo possível no seu quotidiano e com qualidade.

Neuman utilizou também a Teoria de *Stress* de Selye, destacando os estímulos produtores de tensão que resultam em *stressores* (positivos ou negativos), aumentando a necessidade de adaptação ao problema, seja qual for a sua natureza, Freese B. (2004). O *stress* ou os fatores de *stress* são todos os

agentes capazes de gerar instabilidade na homeostase do organismo vivo e dependendo da sua magnitude, podem induzir a uma reação de alarme, ou até mesmo de rutura do seu ponto de equilíbrio. Esta teoria considera cada organismo como um sistema aberto e dinâmico, carregado de energia e interagindo reciprocamente com o meio ambiente, de forma a estabelecer o equilíbrio dinâmico (Freese B., 2004).

Segundo o mesmo modelo, a pessoa é abordada de uma forma global incluindo indivíduos, famílias/grupos e comunidade e é vista como um ser total, nas suas várias dimensões, em constante dinâmica e interação com o que a rodeia, tendo sempre em conta os fatores fisiológicos (referentes à estrutura e função corporal), psicológicos (referentes aos processos de pensamento e reflexão), socioculturais (referentes às funções sociais e culturais), de desenvolvimento (referentes às tarefas de cada etapa do ciclo vital) e espirituais (referentes às influências exercidas pela crença espiritual) (Tomey A. e Alligood M., 2004).

Neuman define enfermagem como uma “profissão única” que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de *stress*. O principal objetivo da enfermagem é prestar assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, obtendo um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de *stress* e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa (George J., 1993).

O Modelo de Neuman foi um dos primeiros a explicar o processo de enfermagem numa abordagem sistémica, fazendo a ligação da teoria à prática.

Os diagnósticos de enfermagem consistem em determinar quais os fatores de *stress* ou variáveis que põem em risco a estabilidade do cliente, tendo em conta as perceções quer do cliente quer do enfermeiro. Ao planear metas de enfermagem estabelecem-se prioridades e objetivos a curto e longo prazo, que incluem as negociações entre a enfermeira e o cliente, assim como as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do cliente. A avaliação é feita confirmando se a mudança desejada ocorreu ou reformulando novas estratégias.

O modelo sistémico de Betty Neuman é abrangente, dinâmico e contínuo. Permite ter uma visão multidimensional porque pode intervir sob a pessoa, família ou comunidade quando estes interagem com fatores de *stress* ambientais,

desencadeando fatores de reconstituição ou de adaptação aos três níveis de prevenção. As necessidades expressas pelo cliente surgem de fontes de *stress* (sentimentos de ameaça, conflito, frustração ou de perda) às quais é necessário dar resposta. Selye (1975), citado por Chalifour (2008, p.86) define *stress* como “... uma resposta não específica do organismo a toda a solicitação que lhe é feita (percebida como agradável ou desagradável) e que se traduz por um síndrome específico, o Síndrome geral de adaptação” encontramos a definição de *stress* de Lazarus e Folkman (1984), que nos dizem que o “(...) *stress* psicológico é uma relação particular entre a pessoa e o ambiente que é percebido pela pessoa como exigindo ou excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem-estar” (p.89).

A resposta ao *stress* surge através de mecanismos de *coping*, que dependem dos recursos da própria pessoa, da sua capacidade em os mobilizar corretamente e também dos fatores relacionados com o ambiente externo. Chalifour (2008, p.22) encara também a pessoa como “... um sistema aberto formado por componentes físicas, afetivas, cognitivas, sociais e espirituais”.

O enfermeiro é também em si uma pessoa, um sistema composto por subsistemas, e para exercer o exercício em pleno, quer seja numa entrevista, utilizando o processo de resolução de problemas ou uma intervenção de suporte, “... é essencial que tenha elevados conhecimentos e consciência de si mesmo” (Chalifour, 2008, p.23). Assim, e vendo esta relação de uma forma mais ampla, temos também um sistema aberto em que os subsistemas estão em permanente troca de energias e de informação entre si. Assim, o cliente, o enfermeiro e o ambiente interagem. A intervenção profissional tem como finalidade última satisfazer as necessidades do cliente para que este se torne o mais autónomo possível no seu quotidiano e com maior qualidade de vida. Através do diálogo e da narrativa, processos pelos quais se constroem, organizam e clarificam aspetos da sua história de vida. O enfermeiro precisa através de um trabalho emocional tomar consciência das suas emoções e dos sentimentos e como estes podem influenciar o doente e vice-versa. Já que as emoções são fenómenos psicofisiológicos de curta duração e que representam maneiras de adaptação constantes às exigências do meio, influenciando processos cognitivos como a atenção, a memória e a forma de agir. Sabermos que no processo de adoecer mental o “disfarce” das emoções é uma realidade associada ao bloqueio e à inibição do pensamento e dos sentimentos, muitas vezes para evitar o sofrimento.

Desta forma, é necessário encarar o cliente com as suas vivências, os seus

modos de vida, conseguindo assim que uma necessidade expressa possa ser também uma fonte de informação e de intencionalidade com aquela pessoa, para que esta possa ser ajudada a organizar as suas experiências de uma forma coesa e reparadora através da relação terapêutica.

1.2. Breve abordagem das emoções e sentimentos: A ansiedade.

As emoções, têm sido objeto de estudo e reflexão desde a Antiguidade Clássica até aos nossos dias. O facto da pessoa com doença mental se encontrar em regime de internamento total ou parcial, constitui um elemento gerador de grande ansiedade. Daí a pertinência de desenvolver o projeto incluindo estratégias de relaxamento para o cliente aprender a lidar com ela, objetivando a sua redução ou controlo. No nosso dia-a-dia o equilíbrio interno (homeostasia) é constantemente desafiado por forças adversas internas ou externas, que podem ser de natureza emocional ou física. As emoções “são reações globais, inatas, fenómenos complexos e com uma função específica na vida de cada um “ (Manso, 2008: 44). Vários autores têm levado a cabo várias formas de classificação das emoções, no entanto um aspeto aparece em comum: as emoções estão num eixo que vai do prazer ao desprazer. Para alguns autores dividem-se em básicas ou **primárias** (ex: alegria, tristeza, cólera, surpresa ou aversão); as sociais ou **secundárias** (vergonha, culpa, desprezo, ciúme, orgulho) e segundo Damásio (2003) as **emoções de fundo** incluem (bem-estar, mal-estar, serenidade, calma, tensão) são emoções que podem resultar de reações diversas, através dos processos homeostáticos dos órgãos reguladores, como por exemplo respostas de prazer ou desprazer na sua interação com o ambiente e que podem ser detetadas através de “modificações músculo esqueléticas, como uma postura corporal subtil ou uma conformação global do movimento do corpo” (p.74). São segundo o autor desencadeadas habitualmente mais por indutores internos do que externos.

Alzina Bisquerra (2007) classificou em emoções positivas, negativas, ambíguas, e estéticas. As emoções negativas são o resultado de uma avaliação desfavorável e referem-se a diversas formas de ameaça, frustração ou atraso de um objetivo, ou conflito e requerem energias e mobilização para as enfrentar.

As emoções positivas consistem em poder vivenciar o bem-estar, a alegria, o amor, que a emoção proporciona; habitualmente as emoções positivas estão

associadas à obtenção de um objetivo ou de uma meta, de algo positivo.

As emoções negativas podem levar a efeitos prejudiciais na saúde e no bem-estar da pessoa. Entre as emoções negativas que mais se tem centrado o interesse do ponto de vista psicopatológico está a tristeza (depressão) o medo e a ansiedade, que podem produzir uma variedade de fobias.

A emoção diferencia-se do sentimento. Para Damásio (2012) os sentimentos emergem das mais variadas reações homeostáticas, são percepções de um certo estado do corpo, acompanhada pela percepção de pensamentos e, ainda com a percepção de um certo modo de pensar. Todas as pessoas já vivenciaram em alguma fase da sua vida, sentimentos de ansiedade sem que isso seja patológico, e, muitas vezes, é isso que nos estimula a reagir perante determinada situação (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Contudo, a ansiedade pode ser patológica, quando as preocupações passam a ser desproporcionais em relação com a realidade, causando efeitos que interferem prejudicialmente na vida da pessoa. Nestas situações, pode estar subjacente um transtorno da ansiedade, mas existem diferentes níveis de ansiedade. Esta, pode ser classificada em ligeira, moderada e grave (Townsend, 2009). A ansiedade acompanha-se frequentemente de sintomas relacionados com o Sistema Nervoso Autónomo, como: cefaleias, sudorese, palpitações, sensação de aperto precordial, desconforto abdominal. Existem várias formas de ansiedade: perturbação de pânico, agorafobia, perturbação Obsessivo-Compulsiva e *stress* pós-traumático (American Psychiatric Association, 2002).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) e o Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013) revelam que Portugal é o país europeu que apresenta a maior prevalência anual de perturbações de ansiedade, sendo que as perturbações da ansiedade correspondem a 16,5% ou seja o mais elevado entre os 8 países da Europa que participaram no estudo, sendo as mais frequentes: as Fobias Específicas e as Perturbações Obsessivo-Compulsivas.

As perturbações da ansiedade, “incluem perturbações que partilham características de medo e ansiedade excessivas e alterações de comportamento relacionadas” (DSM-5, pág. 223). Em algumas pessoas, a ansiedade exprime-se por um sentimento de medo, inquietação, sensação de perigo iminente, (medo de insucesso, morte súbita, medo de perder o auto controle, medo de ficar mentalmente destabilizado, (Spielberger, 1972).

No manual DSM-5, a perturbação da ansiedade é classificada pelas

seguintes perturbações: Perturbação da ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, fobia situacional, perturbação da ansiedade social (fobia social), perturbação de pânico, agorafobia e perturbação da ansiedade generalizada ou induzida por substâncias.

Os transtornos da ansiedade foram reformulados nesta nova edição do manual e os diagnósticos de transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de *stresse* agudo e transtorno de *stresse* pós-traumático foram recolocados em novos capítulos. O diagnóstico de quadros fóbicos (agorafobia, fobia específica e transtorno de ansiedade social) deixou de exigir que o indivíduo com mais de dezoito anos reconheça o seu medo como excessivo ou irracional, visto que muitos pacientes tendem a super estimar o perigo oferecido pelo objeto ou evento fóbico em questão. A duração mínima para o diagnóstico desses transtornos passa a ser de seis meses para todas as idades. Para melhor atuar perante a problemática que é a ansiedade impõem-se que esta seja classificada, para melhor adequar as intervenções de enfermagem.

Além da terapêutica farmacológica existem outras técnicas, nomeadamente as técnicas de relaxamento que podem ser benéficas para o seu tratamento. A psicoterapia também está indicada nestas perturbações, “sendo que a mais estudada e com melhores resultados terapêuticos alcançados é a terapia cognitivo-comportamental” (Figueira, Sampaio, & Afonso, 2014).

A American Psychiatric Association (2002) mostra que as Perturbações da Ansiedade são as perturbações emocionais mais comuns, referindo que estas perturbações tendem a agravar-se quando não detetadas e a evoluir para situações mais graves e patológicas.

Nas perturbações da ansiedade existem ainda outras opções possíveis: a intervenção psicodinâmica se for caso de alteração ao nível dos processos mentais inconscientes, ou com base na terapia cognitivo - comportamental se o défice for ao nível da disfuncionalidade dos pensamentos, emoções ou comportamentos (Sampaio, Sequeira, & Canut-Iluch, 2014). O modelo cognitivo-comportamental é eficaz no tratamento da ansiedade aos três níveis, cognitivo, comportamental e fisiológico (knapp, 2004).

Na abordagem cognitiva é trabalhado com o cliente os sinais e sintomas que levam à formação do ciclo ansioso, descrevendo situações potenciadoras de ansiedade e a intervenção visa corrigir distorções cognitivas existentes. A nível do comportamento é realizada intervenção, em que após a identificação do problema

o cliente deve controlar o momento da preocupação e estabelecer prioridades. A teoria comportamental refere-se a ações observáveis, o comportamento é condicionado pelos acontecimentos do meio envolvente (Payne, 2003).

As intervenções de enfermagem com caráter individual, permitem à díade enfermeiro-cliente uma evolução na relação terapêutica, já que esta se torna mais individualizada, permitindo conhecer as suas emoções e sentimentos, mas também as suas dificuldades, devido à proximidade e condições em que se estabelece a relação. Esta é marcada pelo respeito e apoio incondicional ao cliente. A relação de confiança que se estabelece é determinante no sucesso das intervenções.

O enfermeiro tem um papel importante na avaliação (colheita de dados), no diagnóstico da ansiedade, considerando as várias dimensões do cliente, física, psicoemocional, espiritual e social, no planeamento e implementação de intervenções, com a partilha e discussão de estratégias de controlo da ansiedade.

A ansiedade corresponde à perceção subjetiva que a pessoa detém sobre determinada situação catastrófica sendo esta, qualquer situação considerada como ameaça à sua existência (Telles-Correia & Barbosa, 2009). No modelo transacional de Lazarus, a ansiedade é vista como orientada para um estímulo surgindo a avaliação como potencialmente stressante, sendo os seus recursos insuficientes para lhe fazer face (Odgen, 1999; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Por sua vez, no modelo de ansiedade Traço/Estado desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheir (1961) e, posteriormente por Spielberger (1972), podemos considerar dois aspetos distintos da ansiedade. Um enquanto estado emocional transitório (ansiedade estado) e o outro enquanto estado mais duradouro, associado à personalidade dos indivíduos (ansiedade traço) (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A ansiedade estado é explicada como uma reação episódica ou situacional, uma situação provisória que envolve sentimentos desagradáveis de tensão e pensamentos apreensivos, ou um estado emocional transitório (Batista et al, 2005), A ansiedade-estado pode ser observada como um corte transversal temporal na vida do indivíduo, passando a manifestar vários sentimentos subjetivos de tensão (Barlow, 2002).

A ansiedade traço permite ao indivíduo avaliar a sensação de perigo e, por norma, os indivíduos com um traço de ansiedade mais elevado são mais vulneráveis a acontecimentos externos (Silva, 2006). A ansiedade traço é uma

estrutura relativamente estável e permanente no indivíduo (Telles-Correia e Barbosa, 2009) ou seja, representa um modo habitual de resposta por parte do indivíduo, o que faz com que seja uma diferença individual relativamente estável quanto à tendência para a manifestação da ansiedade (Silva, 2006). A ansiedade traço acontece de modo habitual e consistente e tem repercussões na ação face aos estímulos do meio ambiente (Baptista, Carvalho & Lorv, 2005, Telles Correia e Barbosa, 2009; Silva, 1998).

A ansiedade é pois, uma emoção que pode ter inúmeras causas e pode surgir como consequência de um evento traumático, de um comportamento aditivo, de um conflito intrapsíquico ou da dificuldade em interpretar os acontecimentos (Graziani, 2005). A ansiedade para este autor é pois um sentimento que provoca uma série de reações físicas, incluindo tensão muscular.

Além da perspetiva farmacológica, existem outras intervenções nomeadamente o relaxamento muscular progressivo que pode ser essencial para auxiliar o corpo e a mente.

1.3. A Doença mental e as suas implicações

O conceito de doença mental é definido na ICD-10 (WHO, 1992) como um conjunto de sintomas ou comportamentos associados na maior parte dos casos a ansiedade e com interferência nas funções pessoais reconhecíveis clinicamente.

A doença mental afeta a nível mundial cerca de 450 Milhões de pessoas, no entanto, apenas uma pequena parte tem acesso a tratamento. A Organização Mundial de Saúde prevê que nos próximos anos haverá um aumento do número de pessoas com doença mental. Este aumento poderá estar relacionado com fatores como o envelhecimento e o agravamento dos problemas sociais (OMS, 2002).

A forma de encarar a doença mental esteve sempre condicionada aos conhecimentos disponíveis e ao contexto sócio-económico e político das diferentes épocas e culturas (Manso, 2008).

Compreender a doença mental significa desconstruir um conjunto de ideias, preconceitos, valores em relação à doença. A sociedade deverá facilitar a integração psicossocial, procurando adotar mecanismos e estratégias para manter a pessoa no seu contexto familiar e comunitário. A pessoa que sofre desta

doença deixa de se relacionar de forma funcional a nível familiar, laboral e/ou social. Os familiares que procuram ajuda e suporte dos profissionais nos serviços de saúde mental e psiquiatria apresentam com frequência dúvidas e dificuldades em lidar com as situações de crise; dificuldades em tomar decisões, sentem por vezes algum pessimismo, culpa, por não conseguirem ver uma saída para os problemas. Nestas situações cabe ao enfermeiro e a outros profissionais encaminhar, desbloquear e cuidar da pessoa, mas também da sua família. Esta deve ser encarada como a unidade fundamental na parceria de cuidados, (Manso, 2009).

Ao nível global, as perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade, valor que, eventualmente, chegará aos 40% na Europa (OMS, 2002).

De salientar algumas destas pessoas com patologias do foro mental têm menor acesso à educação, sobretudo quando aparecem numa fase muito precoce da vida, têm níveis muito elevados de desemprego, salários baixos e muitas vezes socialmente isoladas (WHO, 2013). De acordo com as referências do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, as perturbações psiquiátricas são responsáveis por 50% das dez principais causas de incapacidade, o que reflete a sua importância.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM, 2008) “Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidades, nas sociedades atuais” (p.5).

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2010, p. 10) regista, que a maior parte das doenças mentais manifestam-se geralmente antes dos 24 anos de idade, estimando-se que um em cada cinco jovens apresentam perturbações mentais, o que representa elevados custos para os indivíduos, famílias, bem como para os setores da saúde, educação, justiça e segurança social.

A Organização Mundial de Saúde (2002) afirma que as perturbações psiquiátricas são responsáveis por 12% do peso mundial das doenças. Estes números revelam o peso das perturbações mentais ao nível económico e social

na sociedade e no mundo. As perturbações mentais tais como a depressão, dependência do álcool e Esquizofrenia foram seriamente subestimadas no passado, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas” (CNSM, 2008 b, p.5).

Tendo em conta o peso global das perturbações mentais, toma-se consciência da responsabilidade inerente a cada pessoa, técnicos, familiares e pessoas com doença mental, em promover um processo de tratamento e reabilitação adequado às necessidades de cada pessoa com perturbação mental (CNSM, 2008a). Nesta perspetiva, o Modelo de Cuidados em Saúde Mental em Portugal, evoluiu ao nível das ideias, refletindo a evolução dos conhecimentos sobre a epidemiologia, etiologia, tratamento e reabilitação da pessoa com doença mental (Leff, 2008). Contudo no momento presente, as dificuldades na prática de enfermagem, resultado de numerosos fatores, fizeram-se ressentir nalguns locais ao nível da qualidade dos cuidados. Cabe no entanto ao enfermeiro especialista em ESMP compreender a forma como a saúde mental é afetada pelos diversos fatores contextuais, propor medidas e intervenções que diferenciem a qualidade dos cuidados. Importa compreender os processos de sofrimento, o potencial de recuperação do cliente, assim como as implicações para o seu projeto de vida (OE, 2010).

1.4. As técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson

O relaxamento muscular progressivo (RMP) é uma técnica que foi desenvolvida por Edmund Jacobson, em 1938 e permite através da tensão e distensão repetida de grupos musculares específicos, provocar um estado de relaxamento, em que o praticante aprende a reconhecer a tensão muscular.

Jacobson foi pioneiro nesta área, levou a efeito várias investigações meticolosas, usou a electromiografia, uma técnica usada para avaliar a tensão muscular, e demonstrou o efeito direto do relaxamento progressivo na libertação da tensão, na musculatura esquelética e um efeito indireto sobre os níveis de ansiedade e que através da mediação do cérebro, facilitava a atuação parassimpática, com alívio dos sintomas (Payne,2003).

As técnicas de relaxamento têm benefícios a nível físico e psicológico, objetivando benefícios terapêuticos. O objetivo destas técnicas prende-se com a

redução dos estímulos e as percepções associadas ao sistema sensorial do corpo.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (O.E. 2011) a técnica de relaxamento é

“Um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado: ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, ente outros benefícios para a saúde “ (pág. 17).

Os resultados do estudo Kim HS & Kim J. (2018) que englobou 16 ensaios clínicos controlados e randomizados, concluem que o efeito geral das técnicas de relaxamento sobre o sintoma de ansiedade, depressão e fobia foi significativo. Destacando o RMP como uma intervenção útil para reduzir as emoções negativas em pessoas com perturbações da ansiedade.

Laland (2017) estudou os efeitos do relaxamento muscular progressivo em doentes com depressão e ansiedade e verificou existir uma diminuição significativa dos sintomas, levando a uma melhoria do bem estar-geral do cliente. Chang, Wang e Chen (2002) realizaram um controlado e rigoroso estudo com o objetivo de avaliar os efeitos das técnicas de relaxamento em clientes com ansiedade, estes foram divididos em 3 grupos. Um recebeu os cuidados habituais no contexto, outro teve uma sessão de uma hora de música e o 3º grupo recebeu 30 minutos de relaxamento guiado. Foram usados instrumentos de avaliação antes, durante e depois, nomeadamente a STAI Inventário de Autoavaliação da Ansiedade, desenvolvida por Charles D. Spielberger e três indicadores (temperatura, ritmo cardíaco e percepção). Os resultados revelaram-se positivos para todas as técnicas, verificando-se uma redução da ansiedade.

Truzoli (2016) verificou ainda que o relaxamento causa uma melhoria significativa dos sintomas de ansiedade em pessoas com depressão, sendo assim uma forma de, a baixo custo, ter uma boa resposta terapêutica.

O estudo quantitativo realizado por Yu-Fen (2015) relativo à utilização das técnicas de relaxamento muscular progressivo, revelou a diminuição da ansiedade através do (Score BAI, Temperatura, Frequência cardíaca e respiratória).

Georgiev et al. (2012) realizaram um estudo na Bulgária num grupo de 31

clientes com esquizofrenia de evolução prolongada. Os resultados dos estudos fizeram-se sentir quando comparados com os de um grupo de controlo tendo sido demonstrado a redução do estado de ansiedade e um aumento do bem-estar subjetivo.

Para Jacobson, a excitação e o relaxamento são fenómenos fisiologicamente opostos, não ocorrendo em simultâneo, sendo o relaxamento associado à calma psíquica, (Payne,2000. p.35).

O relaxamento tem a capacidade de aliviar o componente fisiológico e integra a respiração diafragmática e o relaxamento muscular progressivo com ou sem imaginação guiada (Knapp, 2004). Contudo, é fundamental que cada procedimento a implementar pelo terapeuta, seja devidamente explicado e adaptado às características do público-alvo (Borges & Ferreira, 2013. Portanto, a pessoa é ensinada por um profissional treinado, como relaxar progressivamente os principais grupos musculares.

O relaxamento progressivo de Jacobson é uma técnica que tem como base a contração e descontração dos vários grupos musculares, com o objetivo de que o sujeito aprenda a reconhecer as próprias tensões e assim reduzi-las, implicando um controlo das emoções (Rispaill, 2003).

Uma crítica metodológica a Jacobson foi a seleção dos sujeitos (os sujeitos eram voluntários), outra crítica foi a relativa ausência de análise estatística, não era convencional usar estatísticas de probabilidade no seu tempo (Lehler,1982). No entanto a principal desvantagem da técnica original era a sua extensão, o tempo e o dinheiro, estes fatores conduziram a uma grande quantidade de modificações da técnica.

Segundo (Payne, 2003), o RMP consiste em aprender a relaxar grupos específicos de músculos, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento, deste modo aprende-se a diferenciar o contraste entre as sensações associadas a estes dois estados. O relaxamento muscular progressivo pressupõe que se treine a pessoa para que ela mesma detete e reconheça níveis de tensão muscular e seja capaz de executar a técnica. A técnica em si baseia-se na contração de um determinado grupo muscular durante cerca de 5 a 7 segundos seguindo-se descontração desse mesmo grupo muscular, a sensação de alívio e prazer provocado pela descontração induz o relaxamento (Payne, 2003).

Na abordagem de Bernstein & Borkovec, (citado por Payne, 2003), o treino

de relaxamento exige a libertação da tensão de uma só vez, corresponde a uma contração forte efetuada de uma só vez de forma rápida e total. Pede-se ao cliente que se foque na sensação da tensão muscular. Esta abordagem permite ao cliente aprender a relaxar grupos específicos de músculos, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento, deste modo aprende-se a diferenciar o contraste entre as sensações associadas a estes dois estados.

No planeamento das sessões a maioria dos autores aconselham assegurar a ausência de ruídos e de interrupções, para permitir a concentração, ou seja criar um ambiente calmo, com música suave, de maneira a criar um ambiente mais agradável e sereno para facilitar o relaxamento. É importante uma baixa luminosidade, o uso de roupa confortável e sem calçado. O dinamizador deve ter um tom de voz suave e calmo, mas não monótono.

2. Percurso e opções metodológicas

Este capítulo apresenta os procedimentos e as opções selecionados para dar consecução ao projeto, poder dar respostas às questões formuladas e obter resultados (Fortin,2009). Assim, descreve-se a problemática, a finalidade e os objetivos, a questão de partida, o tipo de estudo, os participantes, os instrumentos, as variáveis, os procedimentos, os métodos e as técnicas, bem como os indicadores de resultado e os critérios de elegibilidade.

2.1. Delimitação da problemática clínica

Segundo Almeida e Freire (2008, p.38), “ (...) qualquer investigação é conduzida tendo em vista esclarecer uma dúvida, replicar um fenómeno, testar uma teoria ou buscar soluções para um dado problema”. A realização de uma investigação pressupõe a existência primária de um problema que se vai transportar para a definição de um tema.

A pessoa com doença mental e ansiedade presente deixa antever uma abordagem clínica para melhorar a situação. O enfermeiro, tem aqui um papel fundamental, ao avaliar a situação, e investir na implementação de estratégias que diminuam o seu sofrimento mental. Neste sentido, o processo de sistematização e análise dos artigos encontrados sobre as técnicas de relaxamento muscular segundo Jacobson, revelaram que o uso desta técnica têm benefícios para o alívio de sintomas dos clientes em contexto psiquiátrico.

A elaboração das questões de investigação assume-se como a fase que deve potenciar o conhecimento do fenómeno em estudo, de uma forma significativa (Polit, Beck & Hungler, 2004).

A escolha do tema resulta de uma motivação intrínseca pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados que se prestam às pessoas com doença mental e ansiedade.

O resultado dos vários estudos, reforçam o objetivo deste projeto de intervenção na ansiedade em pessoas com doença mental.

2.2. Finalidade e objetivos do estágio

Este trabalho teve como finalidade: Adquirir competências específicas de Enfermagem de Saúde Mental Psiquiátrica.

Assim, propôs-se implementar um projeto de intervenção de enfermagem de saúde mental e psiquiatria na gestão de ansiedade da pessoa com doença mental. Foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Desenvolver e avaliar intervenções psicoterapêuticas mediadas pelo corpo, através de técnicas de relaxamento progressivo segundo Jacobson e intervenções psicoeducativas, na gestão da ansiedade na pessoa com doença mental.

Objetivos Específicos

- Identificar as necessidades do cliente com doença mental e ansiedade;
- Planear intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental e psiquiátrica para a promoção do bem-estar do cliente com doença mental e ansiedade;
- Desenvolver intervenções de enfermagem especializadas em saúde mental e psiquiatria, dos clientes com doença mental e ansiedade, para a melhoria do seu bem-estar;
- Desenvolver a relação terapêutica com a pessoa com doença mental e ansiedade;
- Participar e dinamizar sessões psico e sócio terapêuticas;
- Avaliar as intervenções de enfermagem especializadas no cliente com doença mental e ansiedade internados no Serviço de Psiquiatria e Hospital de Dia de um hospital da zona de Lisboa.

Enuncia-se a seguinte **questão de investigação**:

Qual a eficácia das técnicas de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson, na gestão da ansiedade na pessoa com doença mental?

2.3. Instrumentos

O protocolo de avaliação foi constituído pelos seguintes elementos:

- 1) Questionário sociodemográfico
- 2) O inventário da ansiedade (Spielberger, adaptado)
- 3) A escala visual analógica adaptada para o relaxamento, da escala de Wong Bake
- 4) Quatro parâmetros de sinais vitais
- 5) Questionário de satisfação

O questionário sociodemográfico incluía: Idade; Sexo; Idade; Estado civil; habilitações, apoio familiar e internamentos anteriores.

O inventário da ansiedade (Spielberger) é uma escala que avalia a ansiedade de estado e a ansiedade traço. Estes constructos foram designados pelo State-Trait Anxiety Inventory (STAI Y1/2). Foi criada para o estudo da ansiedade tanto em contexto clínico, como em investigação. Foi adaptada para a população portuguesa por Danilo Silva e Silva em 1997. Este instrumento é de auto-avaliação, composto por duas subescalas de vinte itens cada, o que perfaz um total de 40 itens. A versão Y1 relativa à ansiedade estado, com 20 itens, numa escala de 1 a 4 pontos em que o *1 corresponde a nada; 2. a um pouco; 3.moderadamente e 4. a muito*. A versão Y2, relativa à ansiedade traço, com 20 itens, em que o valor *1. corresponde a quase nunca; 2.Algumas vezes; 3. Frequentemente; 4. a Quase sempre*. Os itens na forma Y-1 eram formulados, de forma a descrever como se sentem “agora, neste momento” e na forma Y-2, era pedido para descrever como se sentem “geralmente”. A aplicação completa do inventário implica que a subescala ansiedade estado seja em primeiro lugar, seguindo-se a subescala traço.

Esta escala foi aplicada em clientes a frequentarem o serviço de psiquiatria e que entraram no estudo da gestão da ansiedade conforme os critérios já definidos, no período compreendido entre 24 de Setembro a 23 de Novembro de 2018 em contexto de internamento e no Hospital de dia no período compreendido entre 26 de Novembro de 2018 a 31 de Janeiro de 2019.

A escala de seis faces adaptada da escala analógica da dor de Wong Baker que vai desde muito relaxado, a extremamente tenso, permite através da observação do sujeito, verificar o grau de relaxamento. (Anexo II).

As formas de medir o relaxamento incluem componentes psicológicos, fisiológicos e comportamentais, pelo que são recolhidos os dados através dos

indicadores de processo: Avaliação fisiológica, é feita através da avaliação da temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória.

O questionário de satisfação era constituído por 5 itens (2 questões fechadas e 3 abertas). O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (O.E. 2001), especifica que a medição de resultados é uma forma de validar a eficiência, a efetividade e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

2.4. Variáveis do projeto

As variáveis subdividem-se em 3 grupos: Variáveis de caracterização, de natureza psicológica e fisiológica.

A caracterização dos participantes: Idade; Sexo; Idade; Estado civil; habilitações, apoio familiar e internamentos anteriores.

Na segunda parte do questionário é realizada uma avaliação psicológica e fisiológica, através do Inventário de Ansiedade Estado e Traço, e da escala analógica do Relaxamento. A avaliação fisiológica teve em conta os 4 indicadores dos sinais vitais (temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória).

A análise estatística (descritiva e inferencial) foi efetuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 25.0 para Windows.

2.5. Participantes

Este relatório foi elaborado com um grupo de 6 pessoas que estiveram em todas as sessões, selecionadas de acordo com os seguintes critérios de elegibilidade: a) Clientes com doença mental e ansiedade a frequentarem o Hospital de dia de uma instituição de saúde da zona de Lisboa e clientes com doença mental e ansiedade internados no serviço de psiquiatria de um hospital da zona de Lisboa; b) Pessoas que demonstraram disponibilidade para participar no estudo e devidamente informadas, que voluntariamente assinaram o formulário de consentimento informado; c) Clientes conscientes e orientados auto e alo psicicamente.

Os critérios não elegíveis foram: a) Clientes com doença mental e ansiedade que não apresentem capacidade para se concentrarem e com agitação psicomotora; c) Clientes com doença mental e ansiedade com alterações a nível do pensamento e perceção que impossibilitem a integração no projeto e a realização das atividades a ele inerentes; c) pessoas que não saibam ler e/ou escrever.

O tipo de estudo é descritivo, porque se pretende descrever as experiências vivenciadas pelas pessoas com doença mental e ansiedade antes e após as sessões de relaxamento. Para Fortin (2009, p.292), os estudos descritivos permitem considerar “as experiências humanas tal como são descritas e narradas pelos participantes, ou seja, descrever a sua experiência face a um fenómeno.

Caracterização da amostra

A amostra era constituída por 6 sujeitos distribuídos equitativamente por ambos os géneros. A maioria era solteira (83.3%), com habilitações ao nível do 3º ciclo (33.3%) e percecionando apoio familiar (88.3%). A média de idades era de 35.3.5 anos, variando entre um mínimo de 22 e um máximo de 48 anos. Cerca de 33.3% regista internamentos anteriores em unidades de psiquiatria.

2.6. Procedimentos

Através da observação, da consulta do processo clínico e da entrevista com o cliente foi possível realizar uma apreciação e identificar os problemas e os diagnósticos de enfermagem. O grupo destinatário do projeto foi envolvido como sujeito ativo. O protocolo foi aplicado em contexto comunitário e utilizou-se a técnica de relaxamento em grupo, no hospital de dia. A técnica de relaxamento muscular progressivo foi realizada mediante um guião previamente elaborado. (Anexo III). Sendo o grupo alvo constituído por adultos tendo em conta a vontade e a motivação em participar.

Em regime de internamento utilizou-se a mesma técnica de relaxamento, embora tenha sido aplicada individualmente, já que os clientes se encontravam em situações mais suscetíveis esta, não foi objeto de estudo.

Os recursos humanos e materiais para facilitar o processo de ensino/aprendizagem utilizados foram: A enfermeira do serviço e a estagiária. A sala era previamente preparada com colchões, lençóis, almofadas, mantas, CD de música de relaxamento, aparelhagem de música, e o guião de relaxamento. Durante o momento de partilha foi importante o terapeuta incentivar os clientes menos participativos a intervir, aspeto que foi melhorando ao longo das sessões.

Realizou-se a análise estrutural dos dados, recorrendo a medidas estatísticas descritivas e inferenciais.

3. Percurso de desenvolvimento de competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria nos contextos de estágio

3.1. Serviço de internamento de psiquiatria de um hospital na zona de Lisboa

O estágio em contexto de internamento hospitalar foi realizado num serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de doentes em fase aguda e decorreu entre 24 de setembro de 2018 e 23 de novembro de 2019.

As intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiatria tiveram por base os pressupostos do modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman. O serviço tinha uma lotação de 28 (vinte e oito) camas. É uma unidade de cuidados psiquiátricos diferenciados, com uma abordagem eclética. Com utilização de técnicas biológicas, psicológicas e sociais, com múltiplas orientações, assegurando a psicoterapia individual; intervenções em grupo; uma abordagem cognitiva-comportamental; abordagem à família, orientação interpessoal, intervenções centradas no cliente e terapia ocupacional. O serviço de terapia ocupacional dava apoio duas vezes por semana. Inicialmente considerei importante integrar as atividades como observadora participante, integrando vários conhecimentos e posteriormente realizei as intervenções inscritas no projeto e para as quais frequentei um curso de relaxamento, além dos conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de mestrado. Desenvolveram-se várias intervenções psicoterapêuticas, com orientação e supervisão dos orientadores clínicos e da escola. Foram planeadas semanalmente com e para o cliente, intervenções tais como: treino de competências sociais; jogos interativos; relaxamento; modelagem; pintura. Estas visavam reduzir o sofrimento, promover o contato com a realidade e a autonomia dos clientes. Foi realizado um estudo de caso sobre um cliente que acompanhei, do sexo masculino, de 41 anos de idade, solteiro, sem filhos. Trabalhou como taxista durante 5 anos e ultimamente trabalhava numa pizzeria, como estafeta até 3 semanas antes do internamento.

Relativamente ao percurso escolar refere nunca ter gostado de estudar, fez o terceiro ciclo do ensino básico. É filho único e vive com os pais. Refere que a mãe foi sempre muito protetora e controladora. Ultimamente com muitos conflitos. O cliente era filho de uma gravidez planeada, a mãe abortou aos 6 meses do primeiro filho, mas este não sabia os motivos. Refere que a mãe quando estava

grávida deste filho aos oito meses deu uma queda e caiu sobre a barriga. Foi alimentado com leite materno até aos 3 meses. Refere ter tido a primeira depressão aos 19 anos, recorrendo a produtos naturais do celeiro. Viveu em união de facto durante 3 anos, tinha 25 anos. A companheira tinha 35 anos. A segunda relação tinha 34 anos e a companheira 36 anos de idade, a relação durou 9 meses. Não teve até agora mais nenhum relacionamento. Aos 28 anos teve o primeiro internamento neste serviço, com o diagnóstico médico de depressão. Refere 4 internamentos neste hospital, o 1º na Clínica Psiquiátrica em Lisboa, com as mesmas queixas. Sendo este o seu último internamento em janeiro de 2017. Foi internado neste serviço em 19/9/2018, trazido pelas autoridades, por agressividade, agitação e por estar a causar distúrbios na via pública, entrou na urgência de roupa interior e com uma faca de mato. Apurava-se ideação delirante de grandiosidade e persecutória, postura desinibida, aspeto descuidado, vígil, ansioso, pouco colaborante, com insónia total, sem ideação suicida. Diagnóstico prévio de perturbação afetiva bipolar. Segundo a história clínica terá abandonado a terapêutica e iniciado consumo de álcool, com um padrão abusivo. Encontrava-se alcoolizado no momento do internamento. A intervenção teve por base a avaliação global do estado de saúde, a observação do estado mental através de várias entrevistas. Os focos de enfermagem: Risco de uso abusivo de álcool, não adesão ao regime terapêutico, Risco de processo familiar. Através da relação de confiança estabelecida foi possível levantar diagnósticos, planear e implementar os cuidados no âmbito de ESMP; com melhoria dos sintomas.

A relação de ajuda estabelecida permitiu de uma forma mais eficaz a implementação de atividades de relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson, permitiu a partilha de experiências e a revelação de aspetos importantes da pessoa, como conflitos familiares, baixa de autoestima, entre outros. O espaço de partilha do grupo permitiu um maior autoconhecimento. Durante o tempo de estágio neste contexto foi desenvolvido o relaxamento a nível individual. As 8 sessões, foram realizadas individualmente e cada uma tinha um tema 1) Eu e o conhecimento da ansiedade; 2) A minha viagem; 3) Como me sinto; 4) Eu e as minhas emoções; 5) Eu e o relaxamento; 6) Eu e o meu corpo; 7) Eu e o meu bem-estar; 8) O que mudou.

As sessões tiveram como facilitadores a presença de dois profissionais.

Os pacientes aplicaram várias vezes as técnicas de relaxamento e os

resultados revelaram uma avaliação positiva, referindo no momento da partilha um bem-estar físico, psicológico e satisfação pela atividade. É importante a mudança cognitiva e comportamental, já que as pessoas são responsáveis pela gestão das suas emoções. A intervenção com RMP realizou-se com pessoas com o diagnóstico psiquiátrico e ansiedade presente. Algumas também apresentavam o diagnóstico de baixo auto conceito, com baixa autoestima.

A relação terapêutica requer da parte dos enfermeiros um bom autoconhecimento, das suas referências pessoais e das teorias, sobre as quais ele se apoia, depende das suas observações, da compreensão, da análise e do sentido que lhes atribui e as intervenções que decide aplicar. A autoestima é uma faceta do autoconceito, encontra-se associada aos aspetos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos, Vaz Serra (2007). No âmbito da do trabalho sobre a auto-estima, realizámos algumas intervenções preconizadas pela NIC e com indicadores NOC.

No serviço foi também utilizada a técnica de resolução de problemas, esta pode ser definida como um processo cognitivo-comportamental autodirigido, através do qual se tentam identificar os problemas e com a pessoa descobrir estratégias mais adaptativas, para que a pessoa adquira um *coping* mais eficaz. Este conceito pode ser definido como o conjunto de esforços realizados para lidar com uma situação, independentemente do seu resultado (Vaz Serra, 1999, 2007).

Durante o estágio foi realizado com frequência o **passeio terapêutico** com os clientes internados que tinham autorização para sair ao exterior. Os objetivos delimitados para o passeio terapêutico foram: a) prevenir o isolamento, b) promover o exercício físico, c) estimular a psicomotricidade, d) incentivar a interação entre os cliente e o enfermeiro, e) promover a comunicação; d) promover a expressão de sentimentos. Esta atividade centra-se numa relação de confiança e nos princípios da abordagem do “milieu terapêutic” que enfatiza a modelagem, o feedback e a aprendizagem social e crescimento pessoal. É denominado “espaço vital” e que se concentra na solução de problemas e não na punição. Teve oportunidade de escutar as suas dificuldades expressas no contexto das relações estabelecidas, de observar o seu comportamento em grupo, as interações, acompanhar este, com alguns familiares que os visitavam e que estavam na disposição de acompanhar o grupo, o que foi muito positivo, permitindo um melhor conhecimento do ambiente familiar e assim compreender certas atitudes do cliente além de fornecer feedback imediato e apoio social.

Permitiu-me desenvolver intervenções de enfermagem ao cliente/família, respeitando as questões éticas e culturais. Realizámos passeios terapêuticos diariamente ao exterior, integrando-os na programação das atividades, com a duração de aproximadamente uma hora o que permitiu num ambiente mais descontraído, estimulante e positivo que fomentava a confiança do cliente/enfermeiro; cliente/cliente; enfermeiro/família. Exigindo do profissional um desafio, como agente ressocializador, através duma relação terapêutica de proximidade, capaz de resgatar a capacidade criativa do cliente, saber ouvir e de compreender o verbal e o não-verbal e os seus significados.

3.2. Serviço de hospital de dia de uma instituição de saúde na zona de Lisboa

O estágio comunitário foi realizado num hospital de dia de psiquiatria duma instituição de saúde da região de Lisboa, de 26 de novembro de 2018 a 31 de janeiro de 2019. É uma unidade de internamento parcial que funciona todos os dias úteis no horário das 9h às 16h. Tem uma lotação de 20 clientes. A equipa multidisciplinar reuniu várias vezes por semana para discutir várias problemáticas relacionadas com os clientes e definir um plano terapêutico para cada um deles. O funcionamento da equipa era de orientação psicodinâmica.

A maioria dos clientes era do sexo feminino, solteira e sem filhos. A maioria vivia sozinha, com companheiro ou com os filhos, habitando em casa própria (arrendada ou não) ou em quarto arrendado, as idades estavam compreendidas entre os 21anos e 56 anos de idade e um número significativo de clientes vivia com os pais. A maioria tinha o 12º ano de escolaridade e estava desempregada.

Os clientes que frequentavam o Hospital de Dia sofriam de diferentes problemas mentais, sendo predominante as perturbações da personalidade, sendo as mais frequentes as personalidade borderline (Cluster B). Estas pessoas demonstravam extrema fragilidade, baixa autoestima e funcionamento desorganizado do super ego. O sentimento de si próprios fragmentados, recorrendo a um conjunto de mecanismos de defesa como a clivagem, a projeção e a identificação projetiva. Apresentavam também dificuldade em simbolizar (Bateman e Fonagy, 2004) e, conseqüentemente, não conseguiam concetualizar os seus conflitos internos e relacionais. As pessoas internadas no Hospital de Dia eram referenciadas da consulta de psiquiatria ou psicologia, do ambulatório ou do

internamento de psiquiatria a tempo inteiro, por médicos psiquiatras ou psicólogos.

Os únicos critérios exclusivos de admissão eram a incapacidade de aprendizagem severa, demência, estados confusionais severos e agitação severa.

Durante a entrevista procurava-se compreender o motivo do pedido de internamento e a motivação do cliente e família para aderirem ao processo terapêutico, procurava-se compreender o percurso de vida e situação clínica, promovendo a implicação do cliente e familiares no projeto terapêutico. A primeira entrevista tinha por objetivo informar sobre o programa terapêutico e suas fases, tendo este uma duração máxima de 8 a 12 meses. A entrevista de admissão era um momento crucial para o estabelecimento da aliança terapêutica com o cliente e família.

A alta era programada com antecedência com cliente e família, quando alcançados os objetivos propostos para cada caso. Nas últimas semanas prévias à alta trabalhava-se com o cliente a separação do grupo, a qual geralmente constituía uma fonte de dificuldade para ele. Após a alta, os clientes eram reencaminhados para outras estruturas terapêuticas nomeadamente para o grupo pós-alta (de periodicidade semanal, dirigido por uma psicóloga da equipa), para outros grupos terapêuticos ou para consultas de psiquiatria e de psicoterapia individual em ambulatório.

Durante o internamento no Hospital de Dia os clientes participavam ativamente num conjunto de atividades, que tinha como finalidade o desenvolvimento ou mudanças de atitudes e comportamento e de promover a adesão ao regime terapêutico de forma a facilitar uma remissão sintomática prolongada, a reintegração sociofamiliar e profissional e evitar reinternamentos.

Os clientes participavam no grupo multifamiliar com uma frequência quinzenal, e duração de 2h. Nele estavam presentes os elementos da equipa, clientes a frequentar o Hospital de Dia e os familiares mais próximos dos clientes. Esta atividade terapêutica de trabalho com a família, é um componente essencial do trabalho a desenvolver, havendo o risco de, sem ele, os pais (que são os familiares presentes com mais frequência) enfraquecerem insidiosamente o tratamento. Os membros da família podiam ser referenciados para psicoterapia de grupo ou trabalho individual fora do Hospital de Dia, quando requeriam ajuda individual.

Ao longo da semana em diferentes dias, foram desenvolvidas pela enfermeira e pela terapeuta ocupacional ou psicólogos diversas atividades das quais tive oportunidade de participar; estas com o objetivo de estimular intelectual/ cognitiva, afetiva e socialmente. Passamos a citar algumas intervenções realizadas no hospital de dia, de forma muito sumária: a expressão plástica, com utilização de vários mediadores expressivos, sendo um meio de expressão e comunicação de sentimentos/afetos; a cine-terapia, com visionamentos de filmes pertinentes e criteriosamente selecionados, com reflexão posterior sobre pensamentos e sentimentos desencadeados pelo filme. Foram desenvolvidas atividades de relaxamento; a autobiografia, atividade na qual os clientes narravam de forma escrita acontecimentos das diferentes fases da sua vida, estimulando não só a cognição como também a dimensão emocional. O treino cognitivo era efetuado através de atividades variáveis em cada semana. Os jogos e a escrita criativa, havendo muitas vezes, a manifestação de sentimentos e emoções decorrentes dessas atividades. Os debates e discussão de notícias, eram um estímulo à concentração, à reflexão, expressão de pensamentos e sentimentos associados. Também se realizava o treino de competências sociais, no qual a partir da simulação de situações ou papéis se aprendia a identificar os tipos de comportamentos e se procurava a promoção de comportamentos sociais mais adequados, também incluía a confeção de pequenas refeições, ou doçaria.

A atividade designada “Entre nós”, na qual eram escolhidas as atividades a desenvolver durante a semana, com vista ao desenvolvimento de vertentes variáveis, podendo ir desde a concentração e memória, à entreajuda e trabalho de equipa ou de coordenação motora. Esta atividade era a última da semana, onde se procurava que a última parte da atividade fosse mais descontraída e animada para que os clientes pudessem ir para o fim-de-semana com uma sensação de maior bem-estar. O enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria para além da mobilização de si próprio como instrumento terapêutico, desenvolvia conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitiam durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais. Estas competências foram desenvolvidas ao longo dos dois contextos irão ser seguidamente abordadas.

Neste serviço implementou o programa de relaxamento, com 8 sessões semanais, com uma duração aproximadamente de 60', sendo a primeira e a última sessão de avaliação. Realizaram-se intervenções psicoterapêuticas e

psicoeducativas em grupo, sendo a primeira intitulada “Rumo ao conhecimento”, discutiu-se a forma como a ansiedade os afetava e os vários “níveis de ansiedade”. Permitindo um debate após a exposição teórica. Nesta sessão apresentaram-se os objetivos do programa de relaxamento, o conceito e manifestações da ansiedade e foi solicitado o consentimento informado. Todos os clientes demonstraram um grande entusiasmo e referiram que seria bom realizar naquela semana, porque já havia 3 semanas que não praticavam devido aos preparativos da festa de Natal. Foi nesta sessão que foi combinado o dia e a hora da realização das sessões. Foi também uma maneira do grupo se conhecer melhor. O programa de relaxamento progressivo de Jacobson (adaptado) era constituído por 8 sessões semanais, com os temas: 1) O Treino de relaxamento; 2) A minha tranquilidade; 3) Eu e as minhas emoções; 4) Eu e o autoconhecimento; 5) Como me sinto; 6) Eu e a minha ansiedade futura; 8) O que mudou?

Este programa de relaxamento permitiu uma avaliação muito positiva, motivando-os a desenvolver novas formas de enfrentar os problemas, reforçando assim a sua capacidade adaptativa e o seu bem-estar. Como já havia feito o mesmo programa de forma individual no serviço de internamento, também me deu mais tranquilidade. O que contribuiu para este resultado foram as experiências de relaxamento em sala de aula e o curso de relaxamento que havia realizado antes de iniciar este programa.

Foram considerados os aspetos éticos durante este percurso, nomeadamente: o princípio da Beneficência/Benevolência, o da Não-Maleficência, o da Justiça; o da Veracidade; o da Confidencialidade; o da Autonomia.

Ao longo do estágio e de modo a respeitar o anonimato dos dados recolhidos, foi assegurada a confidencialidade, a segurança e a dignidade de todos os clientes que entraram no programa.

4.Desenvolvimento de competências específicas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria nos dois ensinamentos clínicos

4.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EEESMP)

1ª Competência de EEESMP

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

No âmbito do desenvolvimento de competências preconizadas pela OE, passaremos a descrever o caminho para essa realização. Para desenvolver esta competência várias reflexões foram realizadas, os diários de aprendizagem escritos, mobilizando o ciclo de Gibbs decorrentes do processo de cuidar, em que descrevia, expunha os meus sentimentos, e o que deveria ou poderia fazer noutra situação semelhante. Os diários guiaram-nos no percurso de estágio, baseado no saber experiencial e reflexivo e permitiram aceder a novos níveis de autoconsciência e autoconhecimento, que contribuíram para o desenvolvimento desta competência. As reflexões semanais, com os orientadores de estágio em que a supervisão serviu para uma melhor tomada de consciência de mim enquanto profissional e pessoa, evitando fenómenos de contratransferência que fossem prejudiciais à relação terapêutica. Foi a continuidade de um percurso de desenvolvimento, através da supervisão clínica e de todo o acompanhamento tutorial com a professora orientadora, e também com os profissionais do serviço, com os quais aprendi bastante que me permitiu desenvolver uma maior autoconsciência. Esta competência emocional, constitui-se imprescindível na compreensão dos estados de ânimo, conhecer os recursos internos e reconhecer a forma como estes se refletem a nível físico, modelando as percepções, pensamentos e comportamentos (Manso, 2008), implica a aceitação de si mesmo, possibilitando ao cuidador reconhecer as diferenças e as singularidades daquele que é cuidado (Stuart; Laraia, 2001).

Na mesma linha os autores (Keltner, Schwecke & Bostrom, 2007) descrevem o autoconhecimento como o processo que permite ao próprio conhecer as suas próprias crenças, pensamentos, motivações, preconceitos e

limitações e a forma como estes podem influenciar na relação com o outro.

2ª Competência de EEESMP

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

As intervenções de enfermagem em saúde mental ao longo do estágio estiveram focadas aos 3 níveis de prevenção, com a ajuda ao cliente para promover a sua saúde mental e também enfrentar as dificuldades, conflitos e sintomas da doença mental, bem como na capacidade de assistir a pessoa, a família encorajando-os, ajudando-os na verbalização das suas dificuldades e encontrar o sentido da otimização da sua saúde mental.

Segundo o Regulamento n.º 129/2011 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista em Saúde Mental é aquele que compreende o estado de saúde dos clientes, incluindo a promoção e a prevenção da saúde e da perturbação mental, através da abrangência das determinantes individuais, familiares, comunitárias e sociais da saúde mental, reforçando os fatores protetores e diminuindo os fatores de risco. A promoção da saúde mental é algo que deve ser cultivado ao longo de todo o ciclo vital, passando por uma otimização da saúde mental na infância, na escola, na vida laboral e na velhice (Lehtinen et al., 2008).

Foram desenvolvidas intervenções de enfermagem ao cliente e família, tendo em conta o seu ambiente, respeitando as questões éticas e culturais; o trabalho desenvolvido, visava não só realizar as sessões psicoeducativas sobre a ansiedade e as técnicas de relaxamento segundo Jacobson, mas também prestar cuidados e manter uma maior estabilidade na saúde do cliente. Ainda para a concretização desta competência foram realizadas várias entrevistas de colheita de dados e de ajuda para uma melhor apreciação clínica, determinação dos diagnósticos e planeamento das intervenções. Foram ministrados conteúdos sobre a doença mental e implicações na família, *orientando para a escolha de estratégias de coping mais adaptativas, de forma a promover uma melhor qualidade de vida e bem-estar quer no cliente quer na própria família.*

3ª Competência de EESMP

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

Esta competência foi desenvolvida ao longo de todo o estágio, através dos cuidados prestados, através das diversas intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes e a realização do estudo de caso (Apêndice VIII). Neste, foram realizadas várias entrevistas para a colheita de dados ao cliente, uma entrevista à mãe num dia que foi visitar o filho; e outra entrevista ao pai, quando este se deslocou à reunião familiar, objetivando a compreensão do seu processo de doença e identificando necessidades de intervenção, encaminhamento e ensino. Neste âmbito, foi realizado também o Genograma e o Ecomapa, valorizando os contextos sociais e territoriais da pessoa. Neste estudo de caso foram identificados focos de enfermagem, os diagnósticos. Foram planeadas e avaliadas as intervenções de enfermagem, contribuindo para uma intervenção mais centrada no cliente e na família, com o objetivo de melhorar o seu estado de saúde, com ganhos em saúde.

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa e é entendido como uma metodologia ou como a escolha de um objeto de estudo definido pelo interesse em casos individuais, Ventura (2007).

A concretização do estudo de caso permitiu a fundamentação teórica, uma assistência individual e personalizada do cliente e família, facilitando a comunicação multidisciplinar, bem como a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, contribuindo ainda para um melhor desempenho de enfermagem (Heidgerken 1963, citada por Galdeano *et al.*, 2003). As intervenções ao cliente/família foram definidas de acordo com o processo de enfermagem, fazendo uma avaliação do cliente, identificando fatores de *stresse*, definindo objetivos tendo em vista a obtenção de resultados, de forma individual e personalizada. Para elaboração dos diagnósticos de enfermagem foi utilizado o sistema de taxionomia CIPE® Versão 2, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, a qual promove a utilização de uma linguagem unificada de enfermagem para a documentação na prestação de cuidados.

4ª Competência de EESMP

Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, 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.

Esta competência foi desenvolvida, quando foi implementado o projeto, em que foram realizadas intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducativo em grupo e individualmente, na gestão da ansiedade com a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson.

As técnicas de relaxamento tinham como objetivo a diminuição da ansiedade, com todos os benefícios daí decorrentes. No final das sessões no momento da partilha, houve a verbalização de um libertar de tensões e de vivência de experiências gratificantes, ou seja estes momentos tinham favorecido as interações, a coesão do grupo, tomando consciência dos estímulos que levavam a muitas destas situações. A consciência emocional, foi uma das competências mais desenvolvidas; permitindo criar maior consciência de si e melhor bem-estar. Por outro lado permitiu a compreensão dos processos de sofrimento, estabelecendo a relação de ajuda com base na empatia. As intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, tiveram sempre uma avaliação positiva, quer pelos clientes, quer pelos orientadores. As sessões de âmbito psicoterapêutico realizadas, visaram respostas mais adaptativas, promovendo mudanças positivas no estilo de vida.

As intervenções socioterapêuticas, realizadas nos dois contextos permitiram o desenvolvimento de autoconhecimento, a promoção da mudança de comportamentos em grupo, identificar e expressar sentimentos e pensamentos indesejáveis (Keltner; Schwecke; Bostrom, 2007). Estas sessões possibilitaram um feedback na interação entre os diferentes elementos do grupo e uma maior partilha. O grupo favorece a cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns, gera solidariedade, parceria e mudança (Stuart; Laraia, 2001).

A orientação dada pelo apoio da docência, a supervisão dos enfermeiros orientadores, a partilha e disponibilidade dos colegas de profissão e de outros profissionais, fizeram parte deste percurso, o qual foi sempre avaliado positivamente. Com o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, sente-se agora mais capacitada para ajudar o cliente com doença mental a superar vivências dolorosas, geradoras de muito sofrimento. Sente-se motivada para promover mudanças e implementar novas práticas.

Verificou-se determinante o desenvolvimento de uma relação de ajuda, que fosse pautada por influências de uma filosofia humanista. Foram mobilizadas nas entrevistas de ajuda, várias estratégias, das quais destaca o desenvolvimento de estratégias de *coping*, o apoio na tomada de decisão, a gestão da ansiedade,

estratégia de resolução de problemas, entre outras que se identificaram como benéficas a cada cliente. Analisando as intervenções realizadas ao longo deste percurso, considero que desenvolvi as competências necessárias para incrementar as atividades de enfermagem especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria, de acordo com as competências do enfermeiro especialista nesta área preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

5. Análise e discussão dos resultados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respectivos desvios-padrão) e estatística inferencial. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$. Utilizou-se o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas pois estamos a comparar os valores dos mesmos sujeitos entre duas observações e as variáveis não apresentam distribuição normal (analisado com o teste de Shapiro-Wilk).

5.1. Avaliação dos Sinais vitais

Pressão Arterial - Pressão Sistólica:

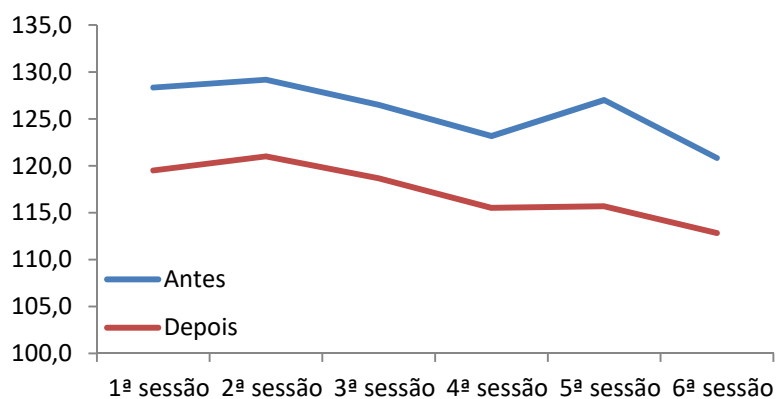
Com exceção da primeira sessão, as diferenças entre as medições da pressão **sistólica** antes e depois da sessão de relaxamento são todas estatisticamente significativas ($p < .05$) com os sujeitos a registarem valores de pressão **sistólica** mais baixos no final das sessões.

Tabela 1. Evolução da pressão sistólica

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
1ª Sessão	128.33	15.731	119.50	4.183	.116
2ª Sessão	129.17	10.496	121.00	6.812	.026*
3ª Sessão	126.50	16.968	118.67	12.307	.027*
4ª Sessão	123.17	12.465	115.50	9.225	.027*
5ª Sessão	127.00	15.020	115.67	9.893	.027*
6ª Sessão	120.83	17.163	112.83	10.852	.024*

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Gráfico 1. Evolução da pressão sistólica



Pressão Diastólica:

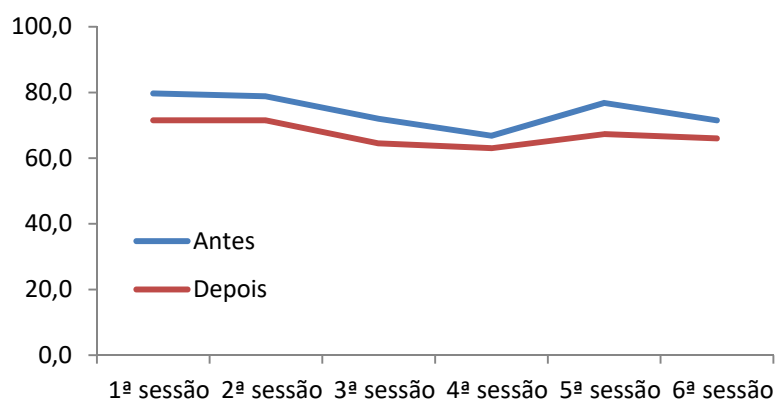
Com exceção da primeira sessão, as diferenças entre as medições da pressão **diastólica** antes e depois da sessão de relaxamento são todas estatisticamente significativas ($p < .05$) com os sujeitos a registarem valores de pressão **diastólica** mais baixos no final das sessões. A diferença entre os valores antes da 1ª sessão e antes da 6ª sessão também é estatisticamente significativa, $Z = -2.023$, $p = .0473$.

Tabela 2. Evolução da pressão diastólica

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
1ª Sessão	79.67	8.091	71.50	1.871	.080
2ª Sessão	78.83	7.548	71.50	6.535	.027*
3ª Sessão	72.00	7.510	64.50	5.244	.028*
4ª Sessão	66.83	5.037	63.00	3.742	.027*
5ª Sessão	76.83	12.481	67.33	11.725	.027*
6ª Sessão	71.50	7.868	66.00	6.870	.027*

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Gráfico 2. Evolução da pressão diastólica



Avaliações da frequência cardíaca:

Com exceção da primeira sessão e 5ª sessão, as diferenças entre as medições do **Pulso** antes e depois da sessão de relaxamento são todas estatisticamente significativas ($p < .05$) com os sujeitos a registarem valores da frequência cardíaca mais baixos no final das sessões.

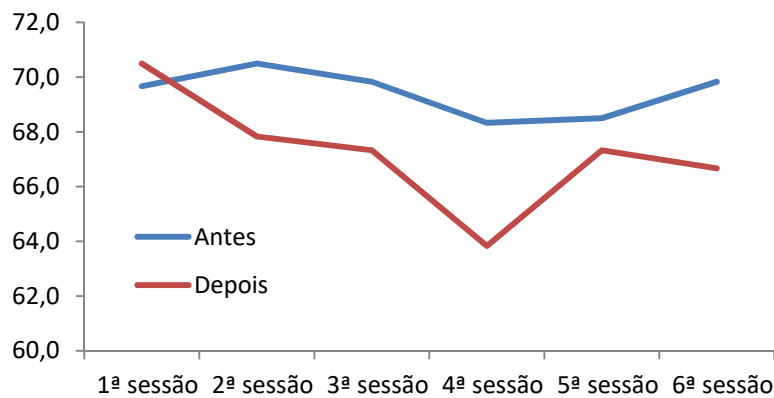
Pensamos que esta alteração na quinta sessão se deva ao facto de ter havido um maior interregno (15 dias) devido às férias de Natal.

Tabela 3. Evolução da frequência cardíaca

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
1ª Sessão	69.67	10.614	70.50	6.834	.500
2ª Sessão	70.50	7.314	67.83	7.441	.026*
3ª Sessão	69.83	8.256	67.33	7.312	.027*
4ª Sessão	68.33	6.976	63.83	5.811	.026*
5ª Sessão	68.50	9.006	67.33	9.180	.068
6ª Sessão	69.83	7.441	66.67	7.581	.026*

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Gráfico 3. Evolução da frequência cardíaca



Medições da Temperatura corporal:

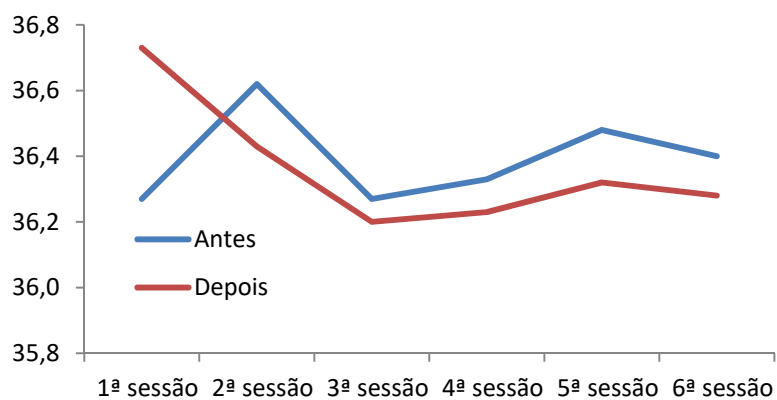
Com exceção da primeira sessão, as diferenças entre as medições da **Temperatura corporal** antes e depois da sessão de relaxamento são todas estatisticamente significativas ($p < .05$) com os sujeitos a registarem normalmente valores mais baixos de **Temperatura corporal** no final das sessões.

Tabela 4. Evolução da Temperatura

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
1ª Sessão	36.27	0.579	36.73	0.446	.249
2ª Sessão	36.62	0.183	36.43	0.280	.020*
3ª Sessão	36.27	0.163	36.20	0.141	.034*
4ª Sessão	36.33	0.207	36.23	0.186	.034*
5ª Sessão	36.48	0.204	36.32	0.160	.026*
6ª Sessão	36.40	0.200	36.28	0.160	.020*

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Gráfico 4. Evolução da Temperatura



Avaliações da Frequência Respiratória:

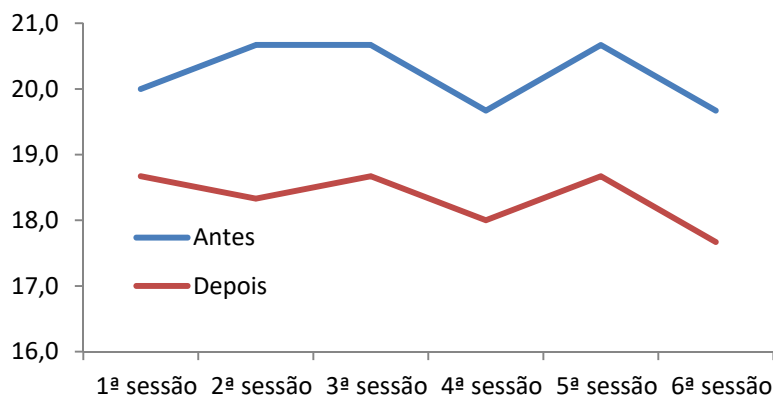
As avaliações da frequência **respiratória** antes e depois da sessão de relaxamento são todas estatisticamente significativas ($p < .05$) com exceção da 1ª sessão, com os sujeitos a registarem valores de **frequência respiratória** mais baixos no final das sessões.

Tabela 5. Evolução da frequência respiratória

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
1ª Sessão	20.00	1.789	18.67	1.633	.102
2ª Sessão	20.67	1.633	18.33	0.816	.020*
3ª Sessão	20.67	1.633	18.67	1.033	.034*
4ª Sessão	19.67	1.966	18.00	1.789	.025*
5ª Sessão	20.67	1.633	18.67	1.633	.014*
6ª Sessão	19.67	0.816	17.67	0.816	.014*

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Gráfico 5. Evolução da frequência respiratória



Os resultados deste projeto vêm corroborar os resultados do estudo quantitativo de Yu-Fen (2015) e de Georgiev et al. (2012) com a diminuição dos valores da ansiedade e de valores vitais como a temperatura, frequência cardíaca e respiratória.

5.2. Avaliações da ansiedade segundo o inventário de Spielberger

As diferenças entre as medições da ansiedade **estado e traço** antes e

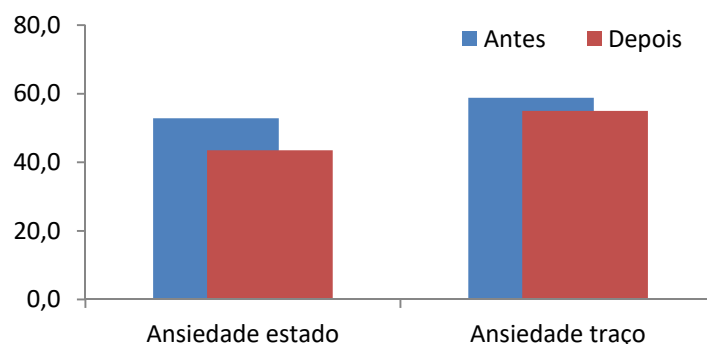
depois das sessões de relaxamento são estatisticamente significativas ($p < .05$) com os sujeitos a registarem valores de ansiedade mais baixos no final das sessões. No entanto a diferença maior dos valores antes e depois das sessões, verifica-se na ansiedade estado, que tinha a ver como se sentiam no momento.

Tabela 6. Ansiedade estado e traço

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
Ansiedade estado	52.83	10.32	43.50	10.86	.027*
Ansiedade traço	58.83	9.09	55.00	7.24	.112

* $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Gráfico 6. Ansiedade estado e traço



A aplicação do Inventário de Autoavaliação da Ansiedade STAI-Y desenvolvida por Charles D. Spielberger na forma adaptada, teve uma real importância neste nosso estudo visto ter ido ao encontro de alguns estudos, (Lalande, et al. 2017; Chang, Wang & Chen 2002) verificando-se uma baixa de valores na ansiedade estado e traço, após as sessões. O que nos remete para a eficácia do relaxamento muscular de Jacobson em clientes com doença mental e ansiedade presente.

5.3. Avaliação do relaxamento através da Escala de Faces

A avaliação da escala de seis facies mostrava os diferentes estados de relaxamento, os resultados evidenciaram uma diferença entre os valores antes da 1ª sessão e da 6ª sessão, sendo estatisticamente significativos, $Z = -2.333$, $p = .020$, com os sujeitos a obterem valores de relaxamento mais baixos na última sessão.

Tabela 7. Evolução do relaxamento

	Média	Desvio padrão
1ª Sessão	1.17	0.40
2ª Sessão	0.83	0.40
3ª Sessão	0.33	0.51
4ª Sessão	0.00	0.00
5ª Sessão	0.00	0.00
6ª Sessão	0.00	0.00

Legenda: 0. Completamente relaxado 5. extremamente tenso

O rosto humano desempenha um papel fundamental na comunicação de emoções, afigurando-se o reconhecimento de expressões faciais como um meio imediato de obter informação relativa às emoções do outro. Através da escala de seis faces foi possível reconhecer a expressão facial, a postura, de forma a identificar o maior ou menor estado de relaxamento. Paul Ekman foi considerado um dos pioneiros no estudo das emoções e a sua relação com as expressões faciais. Também Freitas Magalhães tem dado um grande destaque com o seu laboratório de expressão facial da emoção. Realizou vários estudos com o reconhecimento de emoções básicas.

5.4. Avaliação da satisfação e limitações

No final todos os sujeitos (100%) indicaram que o relaxamento e o ensino de controlo de redução de ansiedade efetuado durante as atividades lhes deram algum contributo, para futuramente e em situação de crise conseguir gerir a ansiedade sem recorrer de imediato à terapêutica ansiolítica.

O grau de satisfação com as sessões efetuadas foi de 100% muito satisfeito. Quando se solicitou aos inquiridos que dissessem o que sentiram durante a técnica de relaxamento foram referidas palavras como: Tranquilo (2), relaxado (4), calmo; despreocupado; descontraído; sem pensamentos negativos (2), com leveza, senti-me bem: em paz; apto; com capacidade para aprender a evoluir; com respiração normalizada; sem ansiedade e a sentir-me guiado.

Quando se pediu para indicar em que medida as técnicas contribuíram para o controlo da ansiedade são indicadas a aprendizagem de técnicas, os exercícios de respiração, o relaxamento do corpo e dos músculos. E quando se pediu para realçar o que mais gostaram nas sessões referem amiúde a música, a

tranquilidade, os exercícios, o ambiente aconchegante, a harmonia, a leveza e a paz interior.

A limitação deste estudo revelou-se ao nível da amostra, quer pelo tamanho, quer pela forma de seleção (amostra intencional). Os resultados não são representativos, não é um estudo randomizado, e não se torna possível inferir os resultados, contudo consideramos que a técnica de relaxamento, apresentou resultados muito positivos para o grupo onde se desenvolveu este programa.

6. Considerações Finais

Ao longo do Curso de Mestrado de Enfermagem na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e sobretudo no decorrer do estágio pretendíamos desenvolver competências específicas na área, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Desenvolvemos o projeto intitulado: *Intervenção de Enfermagem na Gestão da Ansiedade na pessoa com doença mental*. Este constituiu-se um grande desafio pessoal e profissional. Foi com base na metodologia de projeto que fomos implementando e avaliando o projeto; sempre na procura de novos saberes.

A questão de partida que norteou este trabalho foi: *“Qual a eficácia da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson na gestão da ansiedade na pessoa com doença mental?”*.

O interesse particular no estudo desta temática, foi não só por ser algo que lhe interessava particularmente como pelo facto de ser um fenómeno bem atual e prevalente na nossa sociedade.

Um crescente número de pesquisas, sugerem que as intervenções psicossociais baseadas em técnicas de relaxamento e sessões psicoeducativas são eficazes na ansiedade e numa ampla gama de transtornos de saúde mental e física em populações adultas (Conrad, A., & Roth, W. 2007; Servant D., Germe A. et al. 2015; Varvogli, L. & Darviri, C. 2011).

Este estágio permitiu gradualmente, desenvolver e compreender a comunicação interna (os recursos, as minhas defesas) e a sua comunicação com os outros, verificando na forma como lidava com as situações que lhe surgiram diariamente, tanto a nível pessoal, como a nível profissional. Ao conhecer-se melhor e aceitando-se como pessoa na sua plenitude, conseguiu conhecer, compreender e aceitar o outro com as suas vivências. Esta aceitação e desenvolvimento advieram não só das pesquisas e da experiência do cuidar, mas também através de reflexões que realizava semanalmente com os seus orientadores de estágio, o que permitiu um maior autoconhecimento. Este implica um aumento das capacidades intelectuais, afetivas, físicas, sociais e espirituais; é estar mais consciente das suas emoções, dos seus recursos pessoais, reconhecer as suas capacidades, potencialidades, assim como reconhecer as dificuldades, defesas as suas limitações, no decorrer da relação. Se o enfermeiro não as conhece e não as aceita, terá dificuldade em reconhecer as da pessoa

que cuida.

Este projeto proporcionou momentos de aprendizagem enriquecedores, conseguindo assim, aprofundar, adquirir e desenvolver competências na área de saúde mental e psiquiatria, para melhor poder exercer cuidados de enfermagem de qualidade.

Foi uma mais-valia a apropriação de conhecimentos e habilidades, fornecendo suporte para a tomada de decisão, possibilitando assim a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre em Saúde Mental e Psiquiatria.

Os dados fornecidos sobre a ansiedade facilitados pelo estudo epidemiológico leva-nos a refletir sobre o papel dos profissionais de saúde com vista a uma melhor intervenção junto das pessoas aos quais é identificado o fenómeno. Promover e discutir sobre os estilos de vida e comportamentos mais saudáveis, intervenções que podem refletir ganhos em saúde.

Os resultados deste programa de RMP revelaram um benefício para os clientes que o integraram, pela diminuição dos componentes fisiológicas e psicológicas, ou seja dos valores dos sinais vitais, da escala de faces, dos valores da ansiedade, avaliados através do inventário STAI-Y e os resultados que os clientes verbalizaram através do questionário da avaliação do programa.

Este relatório espelha o desenvolvimento das competências específicas na área de saúde mental e psiquiatria. Assim, consideramos ter atingido os objetivos propostos.

As várias intervenções de enfermagem especializadas em Saúde Mental descritas neste relatório tiveram como foco a promoção, a prevenção e o acompanhamento da doença mental, através de técnicas psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicoeducacionais e de reabilitação psicossocial.

Ao terminar este percurso está satisfeita com o trabalho realizado, com as aprendizagens e as competências que foram possíveis desenvolver, o que vem trazer um balanço positivo a este investimento pessoal e profissional.

Referências

- Almeida, L. (2010). *Relatório de Mestrado para obtenção do Grau de Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios (5ª Edição).
- Alzina Bisquerra, R. (2003). Educación Emocional y Competencias Básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 2003, Vol. 21, nº 1, págs. 7-43.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-5-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (J.N. Almeida Trad.)*. Lisboa.
- Baptista, A.; Carvalho, M.; Lory, F. (2005). *O medo, a ansiedade e as suas perturbações*. *Psicologia [online]*. 15. 1-2. P. 267-277. Acedido 29/11/2018. Disponível em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087420492005000100013&script=sci_arttext.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders - the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd edition). New York: The Guilford Press.
- Bateman, A., Brown, D., & Pedder, J. (2004). *Princípios e prática das psicoterapias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Borges, E., & Ferreira, T. (2013). Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 37-39.
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existenciais humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta. Vol. I, ISBN: 978-989-8075-05-5
- Chang, M., Wang, S., & Chen, C. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*; 38(1), 68-73.
- Chen, W.; Chu, H.; Lu, R.; Chou, Y; Chen, C.; Chang, Y. et al. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*. 18. 2187-2196. DOI. 10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x.
- CIPE ® Versão 2 (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Lusodidacta.
- Conrad, A. & Roth, W. (2007). *Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it*

worksbut how? Journal of anxiety disorders. 21.243-264.DOI:

10.1016/j.janxdis.2006.08.001.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008 (a)). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da saúde.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008 (b)). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Lisboa: Ministério da saúde.

Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem- Martins: Europa América.

Damásio, A. (2011). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa. Temas e Debates.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro, uma perspetiva emotivo-emocional da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Direção-Geral da Saúde (2013). Portugal. *Saúde Mental em Números*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das intervenções de Enfermagem (NIC)*. São Paulo: Artmed.

DSM 5. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (2014): 5ª ed. Porto Alegre: Ed. Artmed.

Figueira, M. L., Sampaio, D., & Afonso, P. (2014). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Lidel. Edições técnicas.

Fleury, H.; Marra M.; Knobel, A. M. (2009). *Intervenções na comunidade: socioterapia e redes sociais como ferramenta do cuidado*. 17th International Congress on Group Psychotherapy and Group Processes. Roma. Acedido em Dezembro 2018 em http://api.ning.com/files/6jaOpKJ4NdBxldHL*VXV1mEEVASyhllgOmk6dfFkjgkG1PQRd*BkmgClbzZhpeL4JyamabIDkyHz1syXTky0vVm62EExAjTt/Artigo_cientifico484Intervenensnacomunidadesocioterapiaeredessociaiscomoferramentadocuidado.pdf

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortis, Marie-Fabienne. (2000). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. 1ª Edição; Lusociência; Loures.

Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A. e Alligood, M. (org). *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 335-376). Loures:

Lusociência.

Galdeano, L., E.; Rossi, L., A.; Zago, M., M., F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol. 11 (nº 3), Ribeirão Preto, Maio/Junho, Acedido em Outubro de 2018 em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>

George, J. (1993). *Teorias de Enfermagem para a Prática Profissional*. Artes Médicas, Porto Alegre;

Georgiev, A. et al. (2012). Acute effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in chronic bulgarian patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*. 24. 4. 367-372. Acedido a 21-10-2018 em:http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol24_no4/dnb_vol24_no4_367.pdf

Grazini, P. (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. Lisboa: Climepsi Editores.

Isa et al. (2013). Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi- experimental study. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 14(4). 2237-2242. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.4.2237>.

Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press.

Keltner, N. & Schwecke, L. & Bostrom, C. (2007). *Psychiatric Nursing (5th ed.)*. St. Louis: Elsevier Mosby.

Kim HS; Kim J. (2018). *Effects of relaxation therapy on anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis*; [Archives Of Psychiatric Nursing](#); Vol. 32 (2), pp. 278-284

Klainin-Yobas, Piyanee; Win Nuang O, et al. (2015). *Effects of relaxation interventions on depression and anxiety among older adults: a systematic review*; *Aging & Mental Health*, vol. 19, Nº12, pp 1043-1055

Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. São Paulo: Artmed Editora.

Lalande, L.; King, R.; Bambling, M. & Schweitzer R. (2017). An uncontrolled clinical trial of guided respiration mindfulness therapy (GRMT) in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 47 (4) 251-258.

- Leff, J. & Warner, R. (2008). *Inclusão Social de Pessoas Com doenças Mentais*. Edições Almedina SA, Coimbra, 268pp.
- Lehtinen. (2008). *Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge*. Jyväskylä: Gummerus Printing. Lisboa: Paulos Editora (2009).
- Lane, S. (2000). Os fundamentos teóricos. In S. Lane Y. Araújo (Eds.). *Arqueologia das Emoções*. Petropolis: Vozes
- Manes, S. (2009). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. Um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais. Lisboa: Edição Paulus
- Manso, F. (2009). *O cuidar em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, na vivência do enfermeiro*. Dissertação apresentada a concurso de provas públicas para Professor Coordenador da Carreira de Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico, na área Científica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Não publicado.
- Manso, F (2008). *A construção Social da doença mental e as competências emocionais dos estudantes de enfermagem*. Sevilla. Universidade de Sevilla. Tese de doutoramento
- Manzoni, G.M.; Paganini, F.; Castelnuovo, G.; Molinari, E. (2007). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic Review With meta analysis. Disponível em [http:// WWW. n/m. nih.gov](http://WWW.n/m.nih.gov)- acedido em 4/1/2019.
- Montgomery, S. (1993). *Ansiedade e depressão*. (A. P. Carneiro Trad.). Lisboa: Climepsi Editores. (Traduzido do original do inglês Anxiety and depression).
- Merino, J. (2014). *Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (11), 45-53.
- Neto, I.M. & Centeno, M.J. (2005). Is there a crisis in Psychoanalysis and Group Analysis? Essence and Preconception. Oral Communication presented at 34th GAS Winter Workshop – Group Analysis today: Concepts and Preconceptions, held in Lisbon, 12-15th January.
- Odgen, J. (1999). *Psicologia da saúde*. (C. Patrocínio & F. Andersen Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Enquadramento conceptual. Lisboa: Divulgar.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). MDP. *Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*. Conselho de enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2 . *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. (H. Castro Trad.) Lisboa: OE. (Tradução do original em inglês ICNP® Version 2 – International classification for nursing practice).
- Ordem dos enfermeiros (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária*. Série 1, N. º4, ISBN: 978-989-8444-18-9
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa.
- Payne, R. (2000). *Técnicas de relaxamento: Um guia Prático para Profissionais de Saúde*. Loures: Lusociência.
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. *Coordenação nacional para a Saúde Mental*. Lisboa; 2008.
- Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Resolução do Conselho de Ministros N.º 49/2008.p1395-1409.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamenta as competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República II Série. Nº 35 (18-02-2011), p.8648-8669.
- Regulamento nº 129/2011 de 18 de fevereiro (2011). *Regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Diário da República, 2ª série – Nº 35 (18-02-2011).
- Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Rosa, P. J. (2014). *Enfermeiro: Terapia de relaxamento*. Enfermagem e o cidadão. Instituto Politécnico de Setúbal, Lisboa. Relatório não publicado.

- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria Fundamental*. Lisboa: Lidel. Edições Técnicas, Lda.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán. Servant D., Germe A. et al. (2015). *An Integrative and transdiagnostic relaxation protocol for anxious patients. Results of pilot study*; *L'encephale*; Vol. 40 (6), pp. 501-6
- Silva, C. & Brandão, M.,. (2006). *Impacto da gestão da ansiedade em pessoas internadas*. *Revista portuguesa de enfermagem de saúde mental*, 7 (jun.,2012) | 61, 61-69.
- Silva, D. & Campos, R. (1998). *Alguns dados normativos do inventário de estado-traço de ansiedade – Forma Y (STAIT-Y), de Spielberg, para a população portuguesa*. *Revista Portuguesa de Psicologia*. 33. 71-89.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety as an emotional state*. Nova Iorque. State anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 25 (6). 567-575. DOI: 10.1177/0269215510395633.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R.L. e Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Stuart, G. & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e prática* (6ª Ed.), Porto Alegre: Art Med Editora
- Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em Medicina. Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*. 22. 89-98. Acedido a 30-11-2018. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/1/089-098.pdf>
- Truzoli R; Rovetta C, et al. (2016). *Group based relaxation response skills training for pharmacologically-resistant depressed and anxious patients*; [Behavioural And Cognitive Psychotherapy](#); Vol. 45 (2), pp. 193-197
- Tomey, A., Allgood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. (Modelos e teorias de Enfermagem). 5ª Edição. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. (2009). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª Ed). Loures: Lusociência.
- Townsend, M., C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica*. (6ª edição). Loures: Lusociência.
- Yu-Fen Chen, Xuan-Yi Huang et al. (2015). The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety; Wiley Periodicals, In; *Perspectives in Psychiatric Care* pp329-336

- Vancampfort, D.; De Hert, M.; Knapen, J.; Maurissen, K.; Raepsaet, J.; Deckx, S. (...) et al. (2011). Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. 25 (6). 567-575. DOI: 10.1177/0269215510395633.
- Vancampfort, D.; Probst, M.; Skjaerven, L.; Catalan-Matamoros, D.; Lundvik-Gyllensen, A.; Gómez-Conesa, A. (...) et al. (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical Therapy*. Vol. 92. Num.1. Acedido a 21-10-2018. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/92/1/11.full.pdf>
- Varvogli, L. & Darviri, C. (2011). Stress management techniques: evidence. Based procedures that reduce stress and promote health. *Health Science Journal*. Vol.5. Issue 2. 74-81. Acedido a 21-10-2018. Disponível em <http://www.hsj.gr/volume5/issue2/521.pdf>
- Vaz Serra, A. (1988). O Auto-conceito. *Análise Psicológica*. N.º 2, p.101-110. Disponível em < http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2204/1/1988_2_101.pdf
- Ventura, M.M. (2007). O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. *Rev. SocerJ*. Acedido em 20/10/2018 em http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf.
- Vilela, S. C.; Scatena, M. C. M. (2004). A Enfermagem e o Cuidar na Área de Saúde Mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Acedido em 03/09/2018 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a22.pdf>
- World Health Organization (2013). *The European Mental Health Action Plan*.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.

Apêndices

Apêndice I – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

A presente investigação vai ser desenvolvida no âmbito do mestrado na área de especialização de saúde mental e psiquiatria da Escola Superior de enfermagem de Lisboa pela aluna, Alice Mota, sob a orientação da professora Doutora Francisca Manso, docente nesta escola.

Tem como objetivo estudar o impacto que a técnica de relaxamento muscular tem sobre a gestão da ansiedade na pessoa com doença mental.

Poderão participar neste estudo todos os clientes internados no serviço de psiquiatria e em hospital de dia, de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 18 e 65 anos de idade e que se disponibilizem voluntariamente a fazê-lo.

É garantida a total confidencialidade dos dados que nos possa proporcionar e estes só serão utilizados única e somente para fins desta investigação.

Caso aceite colaborar neste estudo peço por favor que preencha e assine este documento.

Tomei conhecimento e aceito de livre vontade participar neste estudo

Data: / /

Assinatura:

Grata pela sua colaboração e disponibilidade

O meu muito obrigado

Alice Mota

Apêndice II – Questionário sócio demográfico

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

SEXO:

Masculino:

Feminino:

ESTADO CIVIL:

Solteiro:

Casado:

Divorciado:

União de fato:

Viúvo:

IDADE: anos

ESCOLARIDADE:

1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo: licenciatura: outros:

PROFISSÃO:

Desempregado: anos/meses

Baixa: anos/meses

APOIO FAMILIAR:

Sim:

Não:

INTERNAMENTOS ANTERIORES EM UNIDADES DE PSIQUIATRIA:

Sim:

Não:

Se respondeu sim, em que instituição e á quanto tempo:

Muito obrigada pela sua colaboração

Alice Mota

Apêndice III – Sessão de Psicoeducação sobre a Ansiedade

ANSIEDADE



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Enfermeira: Alice Mota
Enfermeira orientadora de Estágio: L. L.
Professora orientadora: Dr.ª Francisca Manso

OBJECTIVOS



- ❖ Compreender a importância da gestão da ansiedade
- ❖ Refletir qual a importância da técnica de relaxamento sobre a gestão da ansiedade

INTRODUÇÃO



❖ A ansiedade é um estado caracterizado por medo, apreensão, mal estar, desconforto, insegurança, estranheza do ambiente ou de si mesmo e, muito frequentemente, pela sensação de que algo desagradável está para acontecer.

CAUSAS DA ANSIEDADE

A ansiedade pode ser provocada por qualquer motivo, e depende da importância que damos a uma determinada situação.

É importante tratar e identificar a causa da ansiedade, para não se tornar numa doença crónica.



SINTOMAS DA ANSIEDADE

Além dos sintomas psicológicos a ansiedade também se pode manifestar com sintomas físicos.

SINTOMAS PSICOLOGICOS

- Agitação, balançar as pernas e braços constantemente;
- Nervosismo;
- Dificuldade em concentrar-se;
- Preocupação exagerada em relação á realidade;
- Pensamentos confusos e permanentes;
- Medo constante;

SINTOMAS PSICOLOGICOS

- Dificuldade em adormecer;
- Sentir que algo de mal lhe vai acontecer;
- Não consegue controlar os seus próprios pensamentos;
- Preocupação exagerada com a realidade;
- Ângustia constante;
- Insegurança;
- Irritabilidade;
- Desespero..

SINTOMAS FISICOS

- Dor de barriga, podendo mesmo ter diarreia;
- Roer as unhas, sentir tremores e falar muito rápido;
- Tensão muscular, provocando dor nas costas;
- Nauseas e vômitos;
- Tontura ou sensação de desmaio;

SINTOMAS FISICOS

- Falta de ar ou respiração ofegante;
 - Dor ou aperto no peito e palpitações no coração;
 - Irritabilidade e dificuldade em adormecer.
- Além dos medicamentos convencionais, existem algumas alternativas naturais que nos podem ajudar a controlar a ansiedade, tais como a técnica de relaxamento muscular.
 - Existem muitos exercícios para se conseguir um bom relaxamento.

HOSPITAL DIA

HOSPITAL DIA

EM QUE CONSISTE A TÉCNICA DE RELAXAMENTO

- O relaxamento muscular, é uma técnica que se usa, não só para melhorar o bem-estar físico, como também ajuda a minimizar a ansiedade e a reduzir o stress, concretamente, faz com que os músculos relaxem voluntariamente.

HOSPITAL DIA

EM QUE CONSISTE A TÉCNICA DE RELAXAMENTO

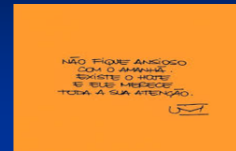
- Para levar a cabo o relaxamento muscular é necessário em primeiro lugar deitar-se ou sentar-se confortavelmente sem calçado e sem roupa apertada, as pernas, não devem estar cruzadas. Após uma posição confortável, o primeiro passo é respirar profundamente duas vezes.

HOSPITAL DIA

EM QUE CONSISTE A TÉCNICA DE RELAXAMENTO

- Seguidamente, começa-se com uma série de exercícios bem definidos para relaxar grupos musculares específicos, para aos poucos tomar o controlo de cada zona e conseguir relaxá-los voluntariamente.

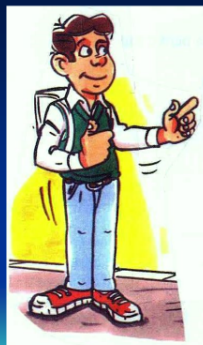
ANSIEDADE E RELAXAMENTO



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO E COLABORAÇÃO

HOSPITAL DIA

HOSPITAL DIA



"OS OUTROS SÓ NOS PODEM DAR CONSELHOS OU INDICAR-NOS O CAMINHO A SEGUIR, MAS A FORMAÇÃO DEFINITIVA DO CARÁCTER ESTÁ NAS PRÓPRIAS MÃOS DE CADA INDIVÍDUO."

DIÁRIO DE ANNE FRANK

HOSPITAL DIA

Apêndice IV – Flyer informativo

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EM QUE CONSISTE A TÉCNICA DE RELAXAMENTO

O relaxamento muscular, é uma técnica que se usa, não só para melhorar o bem-estar físico, como também ajuda a minimizar a ansiedade e a reduzir o stress, concretamente, faz com que os músculos relaxem voluntariamente.

Para levar a cabo o relaxamento muscular é necessário em primeiro lugar deitar-se ou sentar-se confortavelmente sem calçado e sem roupa apertada, as pernas, não devem estar cruzadas. Após uma posição confortável, o primeiro passo é respirar profundamente duas vezes.

Seguidamente, começa-se com uma série de exercícios bem definidos para relaxar grupos musculares específicos, para aos poucos tomar o controlo de cada zona e conseguir relaxá-la voluntariamente.

INTERMUNICIPAL DO ALGARVE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ORIENTAÇÃO PARA RELAXAMENTO EM CASA

Sente-se numa cadeira confortavelmente; ou em cima de um colchão:

Feche as mãos com força, estique-as e depois contraí-as. De seguida, abre-as e estica os dedos para relaxarem; estica o bíceps, agitando as mãos antes e depois para se assegurar de que não as estica também;

Mover os ombros para atrás com cuidado e logo deixá-los voltar para a sua posição normal.

Com os ombros em posição relaxada, gire a cabeça para cada lado lentamente, procurando chegar até ao limite para conseguir alguma tensão, mas com cuidado para não se exceder e depois volta-a para a sua posição original;

Abre os olhos até alcançar o limite e depois relaxa as pálpebras;

Repita estes exercícios três vezes e verá que se sente mais tranquilo e descontraído.

INTERMUNICIPAL DO ALGARVE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ANSIEDADE




A ansiedade é um estado caracterizado por medo, apreensão, mal estar, desconforto, insegurança, estranheza do ambiente ou de si mesmo e, muito frequentemente, pela sensação de que algo desagradável está para acontecer.

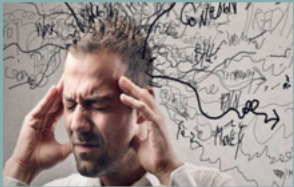
INTERMUNICIPAL DO ALGARVE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

CAUSAS DA ANSIEDADE

A ansiedade pode ser provocada por qualquer motivo, e depende da importância que damos a uma determinada situação.

É importante tratar e identificar a causa da ansiedade, para não se tornar numa doença crónica.



SINTOMAS DA ANSIEDADE

Além dos sintomas psicológicos a ansiedade também se pode manifestar com sintomas físicos.

INTERMUNICIPAL DO ALGARVE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SINTOMAS PSICOLÓGICOS

- ✦ Agitação, balançar as pernas e braços constantemente;
- ✦ Nervosismo;
- ✦ Dificuldade em concentrar-se;
- ✦ Preocupação exagerada em relação á realidade;
- ✦ Pensamentos confusos e permanentes;
- ✦ Medo constante;
- ✦ Dificuldade em adormecer;
- ✦ Sentir que algo de mal lhe vai acontecer;
- ✦ Não consegue controlar os seus próprios pensamentos;
- ✦ Preocupação exagerada com a realidade;
- ✦ Ângustia constante;
- ✦ Insegurança;
- ✦ Irritabilidade;
- ✦ Desespero.

INTERMUNICIPAL DO ALGARVE

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SINTOMAS FÍSICOS

- ✦ Dor de barriga, podendo mesmo ter diarreia;
- ✦ Roer as unhas, sentir tremores e falar muito rápido;
- ✦ Tensão muscular, provocando dor nas costas;
- ✦ Náuseas e vômitos;
- ✦ Tontura ou sensação de desmaio;
- ✦ Falta de ar ou respiração ofegante;
- ✦ Dor ou aperto no peito e palpitações no coração;
- ✦ Irritabilidade e dificuldade em adormecer.

Além dos medicamentos convencionais, existem algumas alternativas naturais que nos podem ajudar a controlar a ansiedade, tais como a técnica de relaxamento muscular. Existem muitos exercícios para se conseguir um bom relaxamento.

INTERMUNICIPAL DO ALGARVE

Apêndice V – Questionário de satisfação

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Este questionário não trata de saber se responde bem ou mal, todas as respostas são certas, pretende-se estudar se as atividades executadas e a aprendizagem nestas atividades, deram algum contributo na gestão da ansiedade.

1- Diga em poucas palavras o que sentiu durante a técnica de relaxamento

2- Diga em que medida estas atividades contribuíram para o controle da sua ansiedade

3 – Refira se o relaxamento e o ensino de controlo de redução da ansiedade efetuado durante as atividades lhe deram algum contributo, para futuramente e em situação de crise conseguir gerir a ansiedade sem recorrer de imediato, à terapêutica ansiolítica.

Sim:

Não:

4 – Refira em duas palavras o que gostou mais destas atividades

5 – Assinale o seu grau de satisfação com as sessões efetuadas na escala de 1 a 5 em que:

1- Nada satisfeito 2- Não satisfeito: 3- Pouco satisfeito:

4- Satisfeito: 5 – Muito satisfeito:

Muito obrigada pela sua colaboração

Alice Mota

Apêndice VI – Fotografia da Sala de Relaxamento



Apêndice VII – Diário de Aprendizagem

“Não basta saber, é
preciso aplicar, não
basta querer, é
preciso fazer”

Goethe

Introdução

No âmbito do 9º curso de Mestrado na área de especialização de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, da Escola superior de Enfermagem de Lisboa, e em contexto de Estágio, foi proposta a realização de um diário de aprendizagem na primeira semana de estágio, em que relatasse uma situação que fosse importante refletir. A prática reflexiva constitui uma potencial situação de aprendizagem e um processo de análise consciente acerca do que ocorreu, permitindo aquisição de novos conhecimentos e uma abordagem em Enfermagem de forma mais crítica, fundamentada e com firmeza. Para tal, recorreu-se ao Ciclo reflexivo de Gibbs (1988) que, seguindo várias etapas, nomeadamente (descrição, pensamentos e sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planear a ação), permite uma análise crítica de uma situação no âmbito dos cuidados de enfermagem, ao identificar problemas que sucedem da intervenção terapêutica prestada.

Para mim é importante refletir, no seguimento do contato que tive com o cliente L. internado neste serviço de psiquiatria com o diagnóstico de esquizofrenia, que Segundo Aveiro (publicado pela Ordem dos Enfermeiros, em 2013), “os enfermeiros (de um modo transversal em todas as áreas da saúde) são ainda, os elementos de saúde em quem os doentes primeiro relatam as suas angústias, medos, enfim os seus desabafos; as suas experiências de vida, os seus problemas....Cria-se assim, uma importante e fundamental relação de confiança utente – enfermeiro, em que este serve muitas vezes como ponte entre o doente e a restante equipa de saúde.”

Reflexão

No meu primeiro dia de estágio durante o turno da manhã no serviço de internamento, de um hospital central em Lisboa, ocorreu a intervenção que vou descrever.

Estava a passar pelo hall do serviço, em que iniciava o meu estágio e estava um cliente muito agitado e agressivo com um elemento de enfermagem, tendo o segurança que se encontrava na unidade necessidade de pedir ajuda ao serviço da PSP, do hospital, como tinha alguma experiência profissional nesta área durante 3 anos num hospital psiquiátrico em Coimbra e 7 anos num hospital central em Lisboa e sem pensar abordei o cliente em causa, primeiro tentei aproximar-me deste identificando -me, este apresentava-se muito agressivo e verborreico, quando lhe perguntei como se chamava acalmou um pouco e respirando fundo disse o nome, pois sendo o primeiro dia naquele serviço não conhecia o cliente.

Depois e tratando-o pelo nome e com muita calma tentei saber o que o estava a deixar nessa situação, a minha intenção era estabelecer uma relação empática, uma relação de confiança. Lazure (1993) considera que é pela subjetividade do sofrimento, que surge a necessidade da empatia na relação de ajuda e foi nesse sentido, explorando vários aspetos do cliente na relação consigo próprio, nas relações interpessoais e nas relações que estabelece com o meio, que senti que empaticamente explorei ali naquele momento diferentes dimensões. O meu objetivo era trabalhar a compreensão empática, que permitia “introduzir-se no mundo afectivo do cliente e tentar apreender do seu ponto de vista, a compreensão afectiva e cognitiva que ele possui da situação” (Chalifour, 2008,p.198).

O cliente referiu que queria ir ter com a esposa que estava lá fora, foi - lhe explicado que não estava na hora da visita e que faltava pouco tempo para que a hora chegasse, este continuava a referir, sic “ se a minha mulher está lá fora porque tenho que esperar?” . A escuta, vai além do ouvir, reflecte um estado de disponibilidade intelectual e afectiva (Phaneuf, 2005). Então e com um tom de voz adequada á situação expliquei as regras e normas do serviço. Estes denominadores deram um nutriente para o cliente crescer e demonstrar coragem para enfrentar as dificuldades (Phaneuf, 2005).

Chalifour (2008) considera inclusive que a arte de ajuda profissional passa por dosear o suporte afetivo e o encorajamento, sem este equilíbrio, a ameaça da descoberta de si, pode incitar o cliente a retrair-se. Baseada em Chalifour (2008) considero ter utilizado o reflexo simples e o feedback dando a entender ao cliente

que havia regras e normas que tinham que ser respeitadas.

Chalifour (2008) considera que para se aplicar diferentes técnicas e estratégias na relação, o interveniente, neste caso o enfermeiro deve manifestar algumas atitudes na sua relação com o cliente, que segundo Simões, Fonseca & Belo (2006) ajudam a criar condições ideais para a transformação do cliente.

Convidei-o a sentar-se e canalizei a conversa para a família, perguntei se tinha filhos, este olhou para mim e com ar de satisfação referiu, sic “senhora enfermeira tenho duas filhas lindas e dois netos, e a minha filha está grávida”. Eu dei-lhe os parabéns. Este agradeceu, entretanto, o segurança abriu a porta, estava na hora da visita, a esposa e a filha entraram. O cliente que se encontrava no Wall da sala de espera ao vê-las entrar, foi de imediato para junto delas e eu dirigi-me para a sala de trabalho.

Pouco tempo depois passei junto do cliente e família que se encontravam no Wall da sala de espera ao ver-me passar levantou-se e disse sic “senhora enfermeira estas são, a minha mulher e filha que está grávida”, dei-lhe os parabéns e referi que tinha uma filha muito bonita, este respondeu muito alegre, sic “então senhora enfermeira eu disse-lhe”.

Após ter refletido nesta situação pensei, correu bem, mas na situação que o cliente se encontrava poderia ter corrido mal, eu agi sem pensar, pois só queria minimizar a situação e em saúde mental e psiquiatria agir sem pensar poderá criar-se uma situação delicada e perigosa, mas posso dizer que me senti satisfeita por ter contornado a situação. No dia seguinte era o meu o 2º dia de estágio e o senhor L. da situação ocorrida do dia anterior quando me viu veio cumprimentar-me, então pensei neste contexto posso afirmar que se estabeleceu uma relação terapêutica com este cliente.

Depois do almoço o senhor L. encosta-se á porta da sala de trabalho numa ansiedade e inquietação muito grande e pede um comprimido para ficar melhor, a enfermeira que está de serviço diz para aguardar mais um pouquinho pois tinha tomado ao almoço, mas se não se sentisse melhor depois lhe dava algo para se sentir melhor. Eu pedi autorização á enfermeira se poderia aplicar a técnica de relaxamento e uma vez que o meu relatório de estágio seria abordar essa temática poderia ver se resultaria, tendo a enfermeira dado autorização, fui ao encontro do cliente que estava no quarto em pé junto da cama.

Entrei e perguntei se, já estava melhor, o que este, respondeu que não, então solicitei se poderia fazer-lhe um exercício para ver se melhorava esse mal-estar.

Expliquei ao senhor L. em que consistia o exercício e este aceitou. Deitou-se na cama na posição que para ele era mais confortável, perguntei-lhe do que gostava mais, se campo ou praia, este referiu campo, então dirigi toda a sessão de relaxamento muscular com visualização de imagens referentes ao campo. Este adormeceu por alguns instantes.

Após cerca de 35 minutos de relaxamento, o cliente abre os olhos conforme as minhas orientações e diz, sic “obrigada senhora enfermeira já estou mais calmo, posso ficar na cama?”. Este ficou na cama cerca de 1 hora.

Veio ter comigo e perguntou se quando, estivesse ansioso poderia vir ao meu encontro para fazer de novo o exercício. Logo desde o início da intervenção senti uma diferença substancial quanto á minha postura na relação e no momento da interação.

Nesta sequência o senhor L deveria ter contado a sua experiência a outros cliente, pois durante o resto do turno vários clientes vieram pedir – me se também lhes fazia igual ao que tinha feito ao cliente L.

Senti que existiu uma relação de confiança estabelecida com o cliente. Vários contatos foram realizados nesta primeira semana de estágio com o senhor L. e verifiquei que existia uma relação de confiança.

Analisando a situação, à qual me propus, a comunicação constitui a principal ferramenta terapêutica de que os profissionais de enfermagem dispõem, permitindo-lhe conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa, a sua conceção do mundo e motivar os seus esforços para se preservar e enfrentar a doença (Phaneuf, 2005).

“O enfermeiro sente-se ainda mais desafiado, porque é ele que estará no papel de cuidador do utente. O ato de cuidar do outro envolve atenção, responsabilidade, respeito, limite e até mesmo o medo; é a compreensão do outro em sua totalidade. Mas antes de cuidar do paciente, os enfermeiros necessitam compreender a si próprios e suas necessidades. O cuidar envolve desafios que abordam parâmetros pessoais, profissionais e institucionais. Enfrentá-los significa envolver-se e importar-se com os resultados das ações realizadas.”
(Freitas, Santos e Brasil, 2013).

Em suma, tal como refere Phaneuf (2005) “no setor dos cuidados de Enfermagem, o trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial uma vez que é o veículo de toda a intervenção”, isto porque através de uma comunicação eficaz podemos aceder ao mundo particular do cliente e conseguir, através disso, descobrir e compreender o significado individual que este lhe atribui. Planeando a ação, no futuro espero ser capaz de conseguir identificar rapidamente os meus

limites, procurando reconhecer as situações emotivas que possam surgir no contato e nos cuidados com certos clientes (Rodrigues e Diogo, 2012). Tentarei desenvolver estratégias de gestão do meu mundo interno, sendo que tais estratégias são criadas com a experiência, com a análise e partilha de situações e, assim, atenuar as reações emocionais, promover cuidados de excelência e garantir o bem-estar pessoal e a disposição emocional, a tomada de consciência das emoções e sentimentos, que considero que me vão ajudar no meu autoconhecimento e consciência dos meus próprios sentimentos no momento em que eles ocorrem (Goleman,2002, citado por Diogo, 2006). Isto porque, a “compreensão da experiência emocional é geradora de crescimento pessoal” (Diogo, 2006, p.80).

Considero que o conhecimento e consciência de mim na relação são fundamentais, tendo sido esta experiência motivadora para este percurso, isto porque, segundo Diogo (2006, p. 81). “Melhorar a compreensão que tem de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus sentimentos, dos seus medos, tomar consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, a fim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitiram melhorar a qualidade dos cuidados que presta”.

Para mim esta experiência revelou algo que considero fundamental na relação e que Chalifour (2008) denomina de autenticidade, que passa por mostrar ao cliente que o profissional é genuíno e que merece a sua confiança no seio da relação de ajuda profissional (Chalifour, 2008). Phaneuf (2005,p. 359) diz que é a atitude de “permanecer sinceramente ela própria” na relação. Foi assim que me senti, “eu” na relação mostrando-me interessada na sua situação agressividade e descontentamento.

Ao avaliar e analisar esta experiência senti-a individualmente como muito gratificante, além da relação com o cliente ficar muito próxima de mim, isto é, numa relação que permita identificar focos de atenção, sentimentos e atitudes que o cliente desenvolve em relação a si e aos outros, à forma como são expressos, na construção de novas explicações para a causa do seu sofrimento e até de novas vias de solução dos seus problemas (Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho, p. 17035).

Julgo que desenvolvi uma postura de autenticidade, congruência, atenção positiva condicional, e de empatia, qualidades consideradas necessárias na relação de ajuda por Rogers (1985), citado por, Diogo (2006). Atitudes que considero muito importantes e que valorizo.

Ao nível da comunicação julgo que teria sido benéfico ter mobilizado mais estratégias comunicacionais, Peplau (1952), citado por Stefanelli&Carvalho (2005) consideram que a comunicação com fim terapêutico é o ponto crucial para a enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Futuramente e refiro como negativo ter agido sem pensar, a minha postura e perante esta situação que correu bem, mas poderia não correr e ter consequências desagradáveis tais como fazer com que o senhor L ficasse mais agressivo, sendo assim tenho que pensar na minha atuação antes de agir, esta experiência fez-me pensar que cada individuo tem uma forma própria/preferencial/facilitadora para se expressar.

Referências

- 📖 Aveiro, C. (2013), A vida partilhada lado a lado com uma máquina, *Jornal da Madeira*. Acedido a 8/11/2018. Disponível em:<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20vida%20partilhada%20lado%20a%20lado%20com%20uma%20m%c3%81quina,%20por%20enf.%20carla%20aveiro.pdf>
- 📖 Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- 📖 Chen, W.; Chu, H.; Lu, R.; Chou, Y.; Chen, C.; Chang, Y. (...) et al. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*. 18. 2187-2196. DOI. 10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x.
- 📖 Conrad, A. & Roth, W. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *Journal of anxiety disorders*. 21. 243-264. DOI: 10.1016/j.janxdis.2006.08.001.
- 📖 Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro, uma perspectiva emotivo-emocional da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- 📖 Freitas, F.P; Santos, L.L; Brasil, V.V. (2013), *Os Sentimentos do Enfermeiro No Cuidado A Pacientes “Fora de Possibilidades Terapêuticas”*. Disponível em:
<http://189.59.9.179/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/o%20sentimentos%20do%20enfermeiro.pdf>. (acedido a 7/11/18)
- 📖 Georgiev, A. et al. (2012). Acute effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in chronic bulgarian patients with schizophrenia. *Psychiatria Danubina*. 24. 4. 367-372. Acedido a 21-10-2018 em:http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol24_no4/dnb_vol24_no4_367.pdf.
- 📖 Isa et al. (2013). Impact of applied progressive deep muscle relaxation training on the level of depression, anxiety and stress among prostate cancer patients: a quasi- experimental study. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 14(4). 2237-2242. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.4.2237>.
- 📖 Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta. Phaneuf, M. (2005), Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação (N. Salgueiro

- & R.P. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (*Communication entretien relation d'aide et validation*, 2002).
- 📖 Regulamento n.º356/2015 de 25 Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da Republica, 2.ª Série, Nº122 (25-07-2015) 17034-17041.
- 📖 Rodrigues, L.; Diogo, P. (2012), O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem, *Pensar Enfermagem*, 16 (1), 62-71
- 📖 Schizophrenia. *Physical Therapy*. Vol. 92. Num.1. Acedido a 21-10-2018. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/92/1/11.full.pdf>
- 📖 Simões, J., Fonseca, M., Belo, A. (2006). Relação de ajuda: horizontes de existência. *Referência*. III (3), 45-54.
- 📖 Stefanelli, M., Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Monole.
- 📖 Vancampfort, D.; De Hert, M.; Knapen, J.; Maurissen, K.; Raepsaet, J.; Deckx, S. (...) et al. (2011). Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*.25 (6). 567-575. DOI: 10.1177/0269215510395633.
- 📖 Vancampfort, D.; Probst, M.; Skjaerven, L.; Catalan-Matamoros, D.; Lundvik-Gyllensen, A.; Gómez-Conesa, A. (...) et al. (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with
- 📖 Varvogli, L. & Darviri, C. (2011). *Stress management techniques: evidence. Based procedures that reduce stress and promote health. Health Science Journal*. Vol.5. Issue 2. 74-81. Acedido a 21-10-2018. Disponível em <http://www.hsj.gr/volume5/issue2/521.pdf>

Apêndice VIII – Estudo de caso

“Coragem não é a ausência de
medo, mas antes a capacidade de agir
face ao medo “.

Nancy Anderson

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. EESMP-

Especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Introdução

A elaboração do respetivo estudo de caso retrata o desenvolvimento de competências enquanto aluna do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, com vista a ser uma futura especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria (EESMP).

O presente estudo de caso surge no seguimento de uma intervenção individual a um dos clientes que se encontra internado no serviço onde faço o meu estágio em contexto de internamento.

O cliente H. é um cliente internado no serviço de psiquiatria de um Hospital central, com o diagnóstico á entrada de “ Esquizofrenia afetiva Bipolar” e com grau de ansiedade elevado, a escolha deste cliente em específico, deveu-se ao facto da sua patologia de base constituir-se para mim como um desafio de aprendizagem, tanto a nível profissional como pessoal e por se inserir nos critérios de população a intervir definidos em projeto de estágio.

No decurso deste trabalho levou-se a cabo entrevistas de ajuda ao cliente H. tendo em conta que, a relação estabelecida durante a prestação de cuidados ao utente deve transmitir-lhe segurança e confiança, além de desempenhar uma importante função terapêutica (Phaneuf, 2005).

A relação de ajuda, enquanto intervenção autónoma, deve assumir um papel fundamental no cuidar em enfermagem, no sentido de dar resposta às necessidades concretas de cada pessoa independentemente do seu problema ou do contexto em que se desenrola a situação, como refere Townsend (2011), quando o sentimento de confiança não é concretizado o desenvolvimento da relação terapêutica torna-se mais difícil. A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a metodologia de projeto, a observação, a consulta do processo clínico do cliente, pesquisa bibliográfica assim como, entrevistas aos profissionais de saúde e ao próprio cliente. O processo de enfermagem teve por base a teoria sistémica de Betty Neuman (2011) com a respetiva identificação dos stressores, do cliente.

O modelo de Betty Neuman (numa e Fawcett, 2011) enquadra-se numa abordagem teórica sistémica que permite dar conta desta visão do ser humano enquanto um sistema aberto em permanente articulação com outros sistemas.

A elaboração do Plano de Cuidados teve por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

O processo de Enfermagem é um processo de raciocínio clínico e crítico dos Enfermeiros (Paiva e Silva, 2018), composto por várias etapas, sendo elas a colheita de dados cruciais para a identificação de um diagnóstico de Enfermagem, no sentido de implementar as intervenções de Enfermagem de forma a contribuir para a resolução ou minimização das necessidades detetadas (Carvalho, 2012).

“Conceber cuidados de enfermagem é o desígnio dos Enfermeiros no seu exercício profissional autónomo e processa-se através de um fluxo dinâmico e processos cognitivos que envolvem e requerem as capacidades de interpretação, análise, inferência, avaliação, explanação e autorregulação.” (Paiva e Silva, 2011, p.44).

A realização deste trabalho tem como finalidade:

- Desenvolver uma teoria e prática de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria fundamentada.

Estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Recolher informação sobre a história do cliente de forma holística em todas as suas vertentes, para estabelecer o processo de enfermagem (diagnósticos de enfermagem, o plano de intervenção e respetiva avaliação);
- Compreender o (s) problema (s), e/ou reconhecer as dificuldades do cliente;
- Desenvolver a técnica de entrevista;
- Ajudar o cliente a reconhecer a importância do processo terapêutico e participar nele.

1. Enquadramento teórico

A esquizofrenia é uma doença mental crónica, caracterizada por um conjunto de sintomas, como alucinações, comportamento e discurso desorganizado, alterações do pensamento e cognição (Patel et al., 2014). Afeta ainda os sentimentos, a perceção, a atenção, o humor, a linguagem e a capacidade de tomada de decisão (March et al, 2013).

As funções cognitivas são também atingidas e, num quadro de esquizofrenia, as que são mais afetadas dizem respeito, à memória de trabalho e visual, a aprendizagem, a velocidade de processamento, a atenção e concentração, e as funções executivas (Vieira, 2013)

A esquizofrenia trata-se, por isso, de uma desordem psiquiátrica complexa, onde ainda hoje se estuda a sua etiologia, devido à variedade de apresentações clínicas que assume (Silveira et al, 2012). É uma alteração psiquiátrica que afeta cerca de 1% da população mundial, numa fase precoce da vida do indivíduo, pois geralmente surge no final da adolescência ou no início da idade adulta (Ferreira, 2011).

O início precoce desta doença juntamente com o seu carácter crónico tornam-na um transtorno severo, quer para a pessoa, quer para a sua família (Patel et al., 2014). O processo de diagnóstico centra-se nos sintomas, positivos, negativos e cognitivos (Schub et al, 2014).

Pelo menos 26 milhões de pessoas vivem com esquizofrenia em todo o mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde, e muitos mais estão indiretamente afetados por ela. (Mental Health Foundation, 2014, p.2). Em Portugal e segundo um trabalho, assinado por seis investigadores do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, e do Centro de Estudos Aplicados da Católica Lisbon School of Business and Economics, em 2015, nota que até agora existia pouca informação sobre o tema. Não se conhecia a prevalência, tão-pouco os custos ou impacto socioeconómico de uma doença crónica que provoca perturbações psicóticas nos doentes que afetam a sua capacidade de trabalhar, de viver de forma independente e de cuidar de si próprios, (publico.2018/01/24)

Os investigadores fizeram os cálculos, baseando-se em dados de 2015 para Portugal continental. E chegaram a uma prevalência estimada de 48.042 pessoas com esquizofrenia — 0,57% da população portuguesa com mais de 15 anos, uma

percentagem em linha com a prevalência média na Europa, que naquele ano era de 0,52%.

Dos mais de 48 mil doentes em Portugal, estima-se que 40.142 sejam acompanhados, calculam os investigadores com base no número de consultas externas de psiquiatria, no sector público e no privado, em 2014. E que, por isso, 7900 pessoas (cerca de 16%) não estejam a ser seguidas por um médico.

Desde há muitos séculos que são encontrados relatos dos sintomas que hoje seriam compatíveis com um quadro de esquizofrenia, mas é apenas no século XVII, que os sintomas psíquicos são valorizados como inerentes à disfunção mental, começando a surgir interesse em conceituar e classificar as perturbações psiquiátricas (Vallejo, 2006 *cit in* Bambo, 2010).

Etimologicamente, o termo esquizofrenia significa *mente dividida* ou *dissociada*, pois os pensamentos e os sentimentos não se relacionam entre si de forma lógica e harmoniosa (Ferreira, 2011).

Os fatores que podem despoletar esta patologia são ainda desconhecidos, no entanto, é defendido que a carga genética e os fatores ambientais a que o indivíduo está exposto podem assumir um papel importante para o desenvolvimento de um quadro de esquizofrenia (Schub et al, 2014). A história familiar desta patologia mental aumenta o risco do seu aparecimento.

A esquizofrenia é diagnosticada em cerca de 8-10% de indivíduos com um familiar doente de primeiro grau, e o risco de desenvolver a doença é de 40% se ambos os progenitores tiverem esquizofrenia. Desnutrição fetal e a exposição a alguns vírus durante a gravidez, estão também associados ao aumento do risco de aparecimento de esquizofrenia (March et al, 2013).

A maior importância nesta patologia relaciona-se com a capacidade de insight por parte dos clientes. O insight constitui um fator central para o envolvimento da pessoa no seu processo de reabilitação e acontece quando a mesma se apercebe do impacto da doença a nível pessoal e interpessoal (Vanelli et al, 2010). Segundo Vanelli et al. (2010), o baixo nível de insight nas pessoas com esquizofrenia encontra-se associado a um prolongamento das disfunções psicóticas, a uma fraca adesão à terapêutica, a uma maior disfunção profissional, a uma redução das capacidades interpessoais e sociais.

Segundo American Psychiatric Association (APA,2002) são definidos cinco tipos de esquizofrenia: desorganizada (ou hebefrénica), catatónica, paranoide, indiferenciada e residual. A i) *esquizofrenia desorganizada ou hebefrénica* apresenta

um início precoce, antes dos 25 anos, com tendência para a cronicidade, com um comportamento regressivo e primitivo, contato com a realidade escasso, embotamento afetivo, negligência da aparência e com um comprometimento social; ii) a *esquizofrenia catatônica* caracteriza-se por alterações no comportamento motor podendo apresentar-se por estupor ou excitação, negativismo extremo, movimentos involuntários, posições bizarras prolongados no tempo; iii) a *esquizofrenia paranoide* caracteriza-se pela desconfiança social exacerbada, acompanhada por vezes de hostilidade e de agressividade, com a presença de delírios e alucinações, acompanhados por vezes da presença de vozes de comando, o que aumenta o risco de suicídio e agressividade (Townsend, 2011); iv) a *esquizofrenia indiferenciada* refere-se a um quadro de sintomas apresentados que não preenchem critérios para nenhum tipo de esquizofrenia ou enquadram-se em mais do que um tipo e a v) *esquizofrenia residual* consiste na presença de pelo menos um episódio com sintomas proeminentemente psicóticos, refere-se à fase que segue o episódio agudo, mantendo-se a evidência de doença mas sem sintomas marcados, como por exemplo, o isolamento social, a falta de preocupação pela higiene pessoal, ou o comportamento excêntrico (Townsend, 2011). No quadro sintomatológico importa realçar que os sintomas da esquizofrenia podem dividir-se em sintomas positivos e sintomas negativos: Os sintomas positivos, ou psicóticos, incluem as alucinações, as ideias delirantes e a desorganização; os sintomas negativos caracterizam-se pela redução da expressão verbal e não verbal, pela alteração dos processos cognitivos, anedonia, retraimento social e distúrbios de atenção (Favrod e Mairre, 2014).

As terapias utilizadas na esquizofrenia englobam um conjunto alargado de intervenções multidisciplinares que incluem as terapias psicológicas, como por exemplo a psicoterapia individual, a terapia de grupo e comportamental ou o treino das competências sociais; o tratamento social, como a terapia de família ou tratamento comunitário assertivo e, o tratamento farmacológico que inclui os anti psicóticos convencionais como a clorpromazina, a risperidona e o haloperidol e os anti psicóticos atípicos como a olanzapina e a quetiapina (Townsend, 2009).

Histórico de enfermagem

2.1. Identificação

O cliente H. tem 41 anos de idade, raça caucasiana, nasceu e vive em Lisboa, vive com os pais, tem como habilitações literárias o terceiro ciclo do ensino básico, 7º ano, é filho único, pai com 67 anos de idade e mãe com 68 anos.

Trabalhou como taxista durante 5 anos e agora trabalhava numa pizaria, como estafeta, até 3 semanas antes do internamento, fica de baixa por se sentir cansado. É Solteiro e sem filhos.

O cliente refere ser fumador compulsivo, o que, quando não tem tabaco fica muito ansioso.

2.1.1. História perinatal

Filho de uma gravidez planeada e muito desejada, refere que a mãe abortou aos 6 meses do seu primeiro filho, mas não sabe quais foram as causas pois a mãe não gostava de falar desse assunto, teve um parto de termo por cesariana e no hospital. Diz que a mãe deu uma queda quando estava grávida de 8 meses, deste, e caiu sobre a barriga, mas que não foi necessário recorrer ao hospital, foi alimentado com leite materno durante 3 meses.

2.1.2. Sintomas psicopatológicos na infância/adolescência

Nega sintomas psicopatológicos na infância, nomeadamente onicofagia, ecoprese, tiques ou alterações da alimentação e do sono. Sem alterações conhecidas no desenvolvimento psico-motor.

A mãe sempre foi muito protetora e controladora. Refere que tinha uma relação muito forte com os avós maternos e paternos, estes também viviam em Lisboa e perto deles pelo que passavam, muito tempo juntos. Como momento significativo e marcante que recorda da sua infância é que a sua mãe passava muito tempo triste no quarto e não tinha amigas.

2.1.3. Percurso escolar

Durante a infância diz que não gostava de estudar, mas passava sempre. Fazia amigos com facilidade, e diz que foi com 14 anos que começou a fumar com um grupo de amigos, sem que os pais soubessem, quando tinha 16 anos fumou

canabinoides, sentiu muita fome, os olhos ficaram muito vermelhos, sentia-se muito eufórico, também sentiu náuseas, refere que fumou com os amigos canabinoides mais umas 3 ou 4 vezes e nunca mais voltou a consumir.

2.2. Acontecimentos relevantes

Segundo entrevista com o cliente, refere 4 internamentos neste hospital, 1 internamento em telheiras, tendo sido o seu último internamento na clinica de São José em Janeiro de 2017.

Aos 19 anos menciona ter tido a primeira depressão e recorria aos produtos do celeiro o qual refere e com satisfação que davam resultado, diz que como tinha muita ansiedade, recorreu ao psiquiatra o qual lhe prescreveu seroxat.

Aos 28 anos tem o seu 1º internamento neste serviço de psiquiatria, com o diagnóstico de depressão, após alta foi medicado, mas deixou de tomar a medicação, Sic “eu não precisava daquilo e tinha muito sono”.

2.3. Relações familiares e sociais

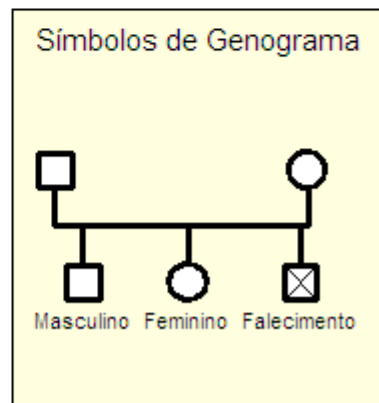
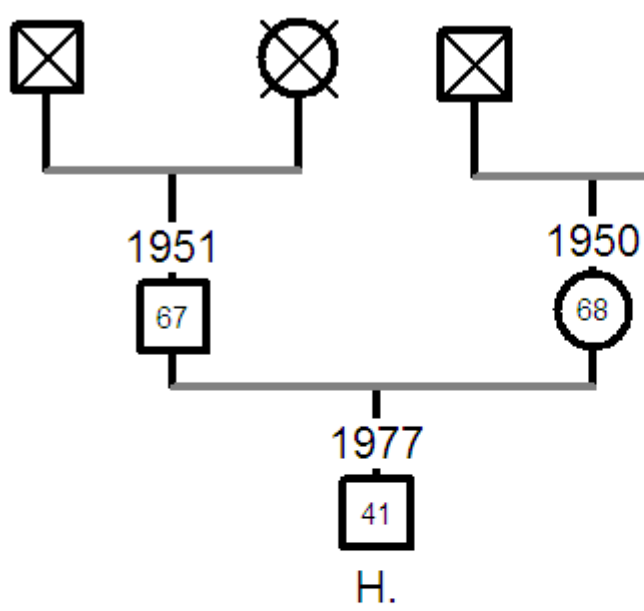
O cliente H. diz ter-se afastado dos amigos e que a relação com a mãe é conflituosa, sic” não quero falar dela”, tem uma relação mais próxima com o pai, mas este não compreende que o cliente H. está doente, referindo, que este é um preguiçoso e não quer trabalhar.

Já não tem avós paternos nem maternos, os pais, ambos também são filhos únicos. Viveu em união de fato pela primeira vez tinha 25 anos e a companheira 35 anos de idade, pelo que esta relação durou, 3 anos.

Teve uma 2º relação quando tinha 34 anos e a companheira 36 anos de idade, tendo esta relação durado 9 meses, não teve até agora mais nenhum relacionamento.

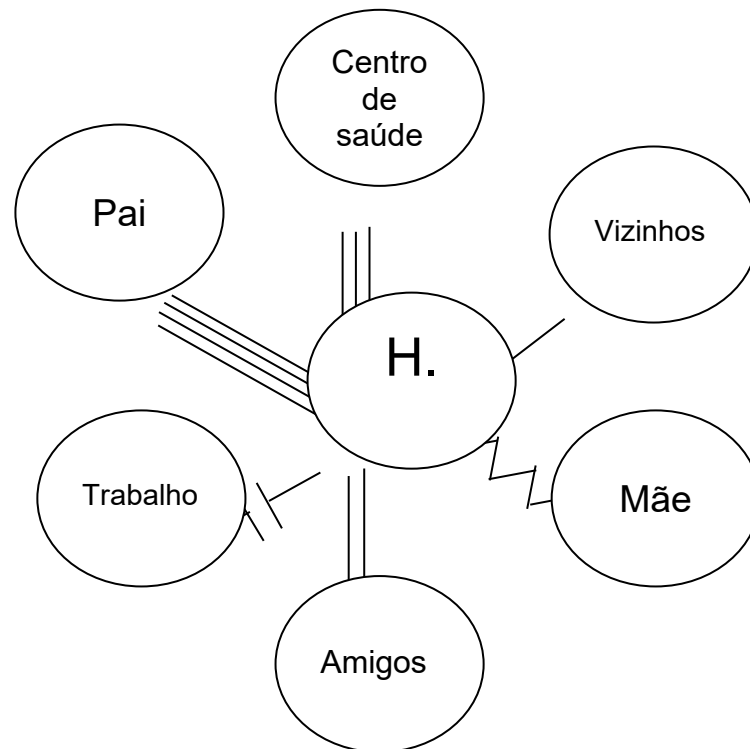
2.3.1. Genograma

De acordo com Correia, E. e Martins, G. (2009, p.20) “o genograma consiste em uma técnica que visa representar de forma gráfica o desenho familiar ou árvore familiar, é através deste instrumento que podemos obter uma visão geral da estrutura familiar”. Desta forma, foi efetuado o seguinte genograma.



2.3.2. Ecomapa

O ecomapa representa graficamente as ligações do cliente/família às pessoas e estruturas sociais do meio em que habita. Além disso, “identifica os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando-nos o equilíbrio entre as necessidades e os recursos da família.” (Agostinho, 2007, p.327).



Legenda:

- ≡ - Relação forte
- ≡ - Relação moderada
- == - Relação superficial
- - Relação muito superficial
- ⚡ - Relação conflituosa
- ⊥ - Quebra no relacionamento

2.4. Identificação dos elementos stressores segundo Betty Neuman

Verificamos através da análise do ecomapa que diversos são os sistemas que

influenciam a vida do cliente gerando-lhe alguns fatores stressores. O sistema pode ser indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social. Segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman (2011), “Os stressores são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema do cliente. (...) Podem ser forças intrapessoais que ocorrem no indivíduo; (...) forças interpessoais que ocorrem entre um ou mais indivíduos; (...) forças extra pessoais que ocorrem fora do indivíduo.”

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman (2011) o enfermeiro para realizar o diagnóstico de enfermagem deve identificar as interações dinâmicas (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) que compõem o cliente-sistema, e a presença real ou potencial de fatores de stress intrapessoais, interpessoais e extrapessoais. A identificação dos fatores de stress percebidos pelo cliente, que o próprio identifica como causadores das suas principais dificuldades, devem ser articulados com os fatores percebidos pelo enfermeiro, com o objetivo de co construir um diagnóstico de enfermagem compreensivo, segundo a mesma teoria podemos considerar doença como a desarmonia entre os diversos sistemas. O sistema do cliente é visto como estando em constante mudança e como um sistema aberto em interação recíproca com o ambiente. O papel do enfermeiro é ajudar o cliente a interagir com o ambiente, arranjando estratégias para se adaptar a ele. O modelo de enfermagem de Betty Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos (Freese 2004). Neuman foi pioneira no envolvimento da enfermagem na saúde mental em que o modelo teórico se enquadra num posicionamento holístico do ser humano. Segundo Neuman é a interação entre o sistema cliente e o ambiente que define o domínio da enfermagem, em que se articulam as dimensões fisiológica, psicológica, desenvolvimentista, sociocultural e espiritual (Neuman e Fawcett, 2011).

O modelo de Neuman assenta em quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem. A Pessoa é conceptualizada, enquanto cliente, como um sistema aberto, em constante interação com o Ambiente. Segundo Neuman, o conceito de *Pessoa* enquanto sistema, não se restringe somente ao indivíduo e pode englobar a família, o grupo, a comunidade ou uma dimensão social (Freese 2004).

Fatores de stress	
Intrapessoais:	Ansiedade pelo internamento Reconhecer a necessidade terapêutica Conhecimento e aceitação da doença
Interpessoais:	Dificuldade em relacionar-se Consumo abusivo de álcool Conflitos com a mãe
Extrapessoais:	Aceitação do internamento Falta de rendimentos por estar de baixa

2.4. Motivo de internamento

O cliente H. esteve um período bem, após alta em Janeiro de 2017 na clínica de São José, deixou de tomar a terapêutica.

Foi internado neste serviço no dia 19/9/2018 através da urgência, tendo sido trazido pelas autoridades, por agressividade, agitação e por estar a causar distúrbios na via pública, andava de roupa interior e com uma faca de mato.

Segundo história clínica, o cliente na urgência e, á observação, apurava-se ideação de Auto relação, ideação delirante de grandiosidade e persecutória, postura desinibida, aspeto descuidado, vígil, ansioso, pouco colaborante, orientado nas quatro referências, labilidade emocional, discurso coerente, fluente, organizado e sem alterações do pensamento, não se apurava alterações da percepção, insónia total, ideação de morte, sem ideação suicida, á entrada na urgência fez de imediato olanzapina 10mg comprimido orodispersíveis.

Ainda e segundo diário clínico terá abandonado a terapêutica e iniciado consumo de álcool de forma abusiva. À entrada no serviço e segundo diário clínico o cliente H. á observação, apurou-se auto relação e ideação delirante de grandiosidade e persecutória “ eu tratava sempre de tudo á minha maneira, porque as pessoas olhavam logo... eu disfarçava mas se chegasse lá sabia que ia ser

observado”, “ parecia Hollywood... também eles sabiam bem quem eu era”, tive de me esconder não se sabe o que pode acontecer”.

2.5. Diagnósticos prévios

Perturbação afetiva bipolar

Último internamento na clínica de São José Janeiro de 2017, estava medicado no ambulatório com:

- Paroxetina 20mg 1 comprimido ao dia;
- Valproato 100 mg 1 comprimido por dia;
- Alprazolam 1mg por dia;
- Clorazepan 1mg por dia;
- Amitriptilina 25 mg por dia.

Veio á urgência trazido pelas autoridades por distúrbios na via pública, segundo história clínica terá abandonado a terapêutica e iniciado consumo de álcool- padrão abusivo, pois encontrava-se alcoolizado.

2.7. Avaliação do estado mental

Aspetto, atitude e atividade:

O cliente H. é um homem com idade aparente semelhante à real, apresenta uma postura desinibida, aspeto cuidado, cabelo e unhas cortadas e limpas, vígil, atenção captável e fixável, ansioso, colaborante, orientado nas 4 referências e a maior parte das vezes labilidade emocional.

Apresenta discurso coerente, fluente, organizado, sem alterações do pensamento, nem se apura alterações da percepção.

Apetite aumentado, refere dormir bem, pois está medicado, quando entrou tinha insónia total.

Cruza o olhar com o do técnico colaborando em todo o processo inerente às entrevistas realizadas. Nestes momentos de contacto, o cliente permanece sentado, gesticulando com as mãos e curvando-se para a frente em direção ao técnico o qual está sentado numa cadeira disposta a cerca de 90° do cliente H.

Humor e emoções:

Humor depressivo nos contactos iniciais. Emoções congruentes com o humor. Num dos últimos momentos de contato apuram-se períodos de elevação do humor.

Discurso e linguagem:

Discurso fluído, lógico e coerente não apresentando quaisquer alterações.

Alterações formais do pensamento, conteúdo do pensamento e percepção:

Durante os contactos, não se apuram quaisquer alterações a nível do pensamento e/ou percepção.

Cognição:

O cliente H. está orientado auto e alo psicicamente. É possível captar e manter a sua atenção. Sem aparentes alterações a nível da cognição.

Insight e juízo crítico:

Sem alterações, o cliente reconhece que está doente embora não faça crítica para as oscilações de humor que experiência nos últimos tempos. Menciona unicamente o facto de se sentir o “maior” e outras vezes diz que ninguém o compreende e que ninguém gosta dele.

Exame físico

Sinais Vitais

Temperatura: 36,1°C

Tensão Arterial: 132/78 mm/Hg

Frequência Cardíaca: 84 batimentos por minuto

Glicémia Capilar: 78 mg/dl

Saturação de Oxigénio: 99%

Avaliação da Visão / Audição

Visão: Mantida Audição: Mantida

Avaliação Ponderal

Peso:69kg

Altura:1,68cm

Alergias

Alimentos: Desconhece

Fármacos: Desconhece

Pele e mucosas: Coradas

2.8. Terapêutica instituída no internamento

Durante o internamento, o Sr. esteve medicado com:

Haloperidol 3mg	1 Cp. ao pequeno-almoço
Acido Valproico 1000mg	½ Cp. ao pequeno-almoço e 1 Cp. ao Jantar
Olanzapina 10mg	1/2 Cp. / dia ao pequeno-almoço e 1 Cp. Deitar
Clonazepam 2mg	1 Cp. pequeno-almoço
Tiamina 100mg	1 Cp. ao pequeno-almoço

3. Plano de cuidados

O Modelo conceptual de Sistemas de Neuman revela-se transversal ao trabalho aqui desenvolvido, enquanto coerente com o pensamento sistémico holístico da enfermagem. De facto, se perspetivar o conceito de Totalidade da autora, encontra-se expresso que o cliente deve ser entendido como “um todo, cujas partes estão em interação dinâmica” (Tomey & Alligood, 2004, p. 337). Com efeito, uma apreciação completa pressupõe a avaliação da trama das inter-relações estabelecidas entre as variáveis que afetam o sistema do cliente, designadamente os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, que permitem que aquele esteja em constante mutação e possa ser percebido como “um sistema aberto, em interação recíproca com o ambiente” (Tomey & Alligood, 2004, p. 340). Para Neuman, este último apresenta-se como conceito multidimensional, ao integrar os ambientes interno (intrapessoal), externo (interpessoal) e criado (estratégias resilientes ou de *coping*) que influem e são perpetuamente influenciados pelo estado de bem-estar do cliente. Na presença de stressores ou “estímulos produtores de tensão” (Tomey & Alligood, 2004, p. 338), dependendo do seu potencial perturbador, o sistema do cliente reage em determinado grau, no sentido da integração, estabilidade (saúde) ou, no sentido oposto (entropia), num processo de esgotamento energético e de desorganização, que desloca o sistema no sentido da doença. Tal significa que cada sistema de cliente desenvolve uma variedade normal de respostas, designada de linha de defesa normal ou padrão, em virtude do qual se mede o desvio de saúde.

Tendo em consideração a situação clínica do cliente H. foram já anteriormente reconhecidos os distintos fatores de *stress* intra, inter e extrapessoais. Acredita-se que a desorganização que estes ocasionaram no cliente, enfraquecendo o *coping* protetor, culminou num desequilíbrio funcional.

Escrutinando o meta paradigma da enfermagem de Neuman (envolvendo os conceitos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem) preconiza-se o alcance de uma estabilidade ótima (homeostasia) e uma intervenção aos níveis da prevenção da desadaptação, do restabelecimento da adaptação e/ou da sua manutenção. À luz da teórica, o enfermeiro é tido como “participante ativo com o cliente e como estando relacionado com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos stressores” (Tomey & Alligood, 2004, p. 342). Nesta sequência, postula-se que a abordagem do enfermeiro deva ser unificada, regendo-se pelo Processo de Enfermagem.

A elaboração do Plano de Cuidados teve por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Como tal, este desafio possibilita aprofundar conhecimentos, o que se traduzirá em ganhos de competências profissionais. É importante que, se dê relevância à competência profissional, que é a capacidade de agir de forma eficaz numa determinada situação, bem como ser capaz de utilizar os conhecimentos e os recursos, mas sem que a prática profissional se reduza a eles, considerando que o saber fazer, as aptidões e as qualidades assumem-se como ferramentas subjacentes à construção da competência.

A apreciação clínica do enfermeiro é fundamental na identificação dos diagnósticos de enfermagem, no sentido de um planeamento de cuidados direcionados à pessoa.

Nas funções do enfermeiro, o uso de técnica de entrevista, é fundamental para perceber a mensagem que o utente quer transmitir (Pimentel, 2006).

3.1. Avaliação diagnóstica

O cuidar é a essência da disciplina de enfermagem e, implica a intervenção entre duas pessoas, a pessoa que cuida e a pessoa-alvo dos cuidados. Neste sentido, os cuidados de enfermagem são um processo interativo entre uma pessoa que tem determinado tipo de necessidades de ajuda e outra que possui capacidades para a satisfação dessas mesmas necessidades. A intervenção de enfermagem é assim, um processo intencional, com base na interação entre os intervenientes e que visa a resolução dos problemas identificados. (Chalifour, 2008; Lopes, 2006)

Na sua prática diária de cuidados de enfermagem, o enfermeiro levanta diagnósticos de enfermagem que norteiam a sua prestação de cuidados tendo em consideração as necessidades do cliente. Estas serão melhor conhecidas através da avaliação previamente efetuada pelo referido profissional de saúde ao cliente alvo dos seus cuidados. Do diagnóstico surgirão resultados esperados que levam ao planeamento de intervenções para a obtenção de determinados objetivos. Só depois é levada a cabo a implementação e conseqüente avaliação das intervenções.

A entrevista é um conceito particularmente importante no desempenho dos cuidados de enfermagem e pode ter várias funções. Chalifour (2009, p.59) refere que “A entrevista é um tipo particular de interações verbais e não-verbais formais entre um interveniente e um cliente ou um grupo de clientes, ao longo das quais os

participantes utilizam determinados modos de fazer e estar em função da compreensão dos seus papéis, do contexto, das suas características, do assunto tratado, dos objectivos visados e do tempo que acordam para este fim”.

Este tipo de permuta é influenciada por vários fatores sejam eles inerentes ao cliente, ao profissional de saúde ou ao contexto onde decorre. Assim, o entrevistador tem de ter em consideração estes fatores com o intuito de atingir os objetivos a que se propõe. Destacam-se aspetos como a escuta, o questionamento, o aprofundamento, a análise do comportamento e das palavras da pessoa, a interpretação do que é dito e observado, a clarificação e validação das nossas perceções e das da pessoa, a reflexão sobre o que se compreende, a identificação do problema e o emergir de soluções (Phaneuf, 2005).

Salienta-se ainda que, em psiquiatria, a entrevista deve também servir para “avaliar o doente e propor-lhe meios susceptíveis de o ajudar a melhorar a sua condição” (Phaneuf, 2005, p.250).

A autora que tem vindo a ser referida, define vários tipos de entrevista consoante os objetivos delineados para a mesma e o local onde decorre. Neste trabalho, iremos focar-nos essencialmente nos dados obtidos pela realização de entrevistas de ajuda. Neste sentido, importa defini-la e recorrendo a Phaneuf (2005, p.289) “Trata-se de uma comunicação profissional para a qual a enfermeira estabelece um processo de suporte para a pessoa cuidada ou para os seus próximos a fim de os ajudar a enfrentar as dificuldades inerentes à doença e ao seu tratamento ou às dificuldades existenciais que prejudicam a sua adaptação à situação vivida. (...) Visa ajudá-los a compreender esta situação e aceitá-la com serenidade, a tornarem-se a carga e a tornarem-se autónomos, quando isso é possível ou a atravessarem os últimos momentos da vida com dignidade”.

O plano de cuidados tem como objetivo refletir os diagnósticos esperados, as metas a atingir bem como as intervenções relacionadas. Desta forma, “o atendimento traçado no plano padronizado (...) representa o cuidado responsável ao qual o cliente tem direito” (Carpenito-Moyet, 2009).

O plano de intervenção teve por base o levantamento dos diagnósticos segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Durante a colheita de dados foram levantados vários focos:

- Risco de processo familiar

- Risco de uso abusivo de álcool
- Auto controle da Ansiedade
- Adesão ao regime terapêutico
- Aceitação do estado de saúde

PLANO DE CUIDADOS

Diagnósticos	Objetivos	Intervenções
<p>Foco: Risco de processo familiar Juízo: comprometido</p>	<p>Promover o envolvimento familiar no processo de tratamento do cliente, o pai e nomeadamente a mãe</p>	<p>Realizar entrevista familiar (de acordo com o definido pelo serviço), ou sempre que se justifique;</p> <p>Informar a família, o pai e nomeadamente a mãe, dos objetivos específicos do programa terapêutico promovendo o seu envolvimento;</p> <p>Dar à família pai e mãe um papel ativo no processo terapêutico.</p>
<p>Foco: Risco de uso abusivo de álcool Juízo: privado</p>	<p>Manter a abstinência.</p>	<p>Realizar educação para a saúde;</p> <p>Alertar para o risco do consumo de álcool</p> <p>Ensinar sobre o processo da doença;</p> <p>Vigiar sinais de privação (tremores, ansiedade, agitação, sudorese).</p>
<p>Foco: Auto controle ansiedade Juízo: ineficaz</p>	<p>Diminuir os níveis de Ansiedade.</p>	<p>Encorajar auto controle da ansiedade;</p> <p>Encorajar a comunicação expressiva de emoções;</p> <p>Gerir ambiente físico;</p> <p>Ensinar sobre técnicas de relaxamento nomeadamente relaxamento progressivo de Jacobson;</p> <p>Executar técnicas de relaxamento nomeadamente relaxamento progressivo de Jacobson;</p> <p>Orientar por antecipação a situação de crise;</p> <p>Realizar psicoeducação sobre gestão da ansiedade e hábitos de</p>

		vida saudáveis (técnicas de Relaxamento e adesão ao regime terapêutico).
Foco: Adesão ao regime terapêutico Juízo: Conhecimento não demonstrado	Promoção da adesão ao regime terapêutico.	Ensinar sobre a importância da toma da terapêutica; Incentivar a adesão ao regime terapêutico; Explicar complicações da não adesão ao regime terapêutico, corre o risco de novo internamento; Instruir sobre a adesão ao regime terapêutico; Validar conhecimentos sobre adesão ao regime terapêutico.

3.2. Resultados da intervenção

A análise dos resultados teve por base a avaliação global do estado de saúde, a observação do estado mental do cliente H. através das várias entrevistas. Através da avaliação verificou-se uma melhoria da sintomatologia ansiosa, com motivação para diminuir o consumo de álcool e usar estratégias pessoais (relaxamento e outras), para diminuir o estado de ansiedade. Foi reforçada a importância do equilíbrio e bem-estar, e a importância de adesão ao regime terapêutico, e ainda desenvolver uma maior interação social.

Pela observação das interações, foi possível compreender que estas foram facilitadoras no sentido de promover no cliente a segurança necessária para que este verbalizasse os seus sentimentos e emoções, os seus receios e o que acreditava serem os seus principais problemas. De algum modo, foi possível explicitar a importância da mobilização da técnica de resolução de problemas. Inicialmente, foi explicitado ao cliente em que consiste esta abordagem, levando-a a compreender a

importância da mesma para aquilo que destaca como sendo os seus principais problemas atualmente, ou seja, a solidão, a ansiedade, os consumos de álcool e os seus problemas económicos.

4. Considerações finais

Ao finalizar o presente trabalho importa destacar os aspetos conclusivos do mesmo. Neste sentido é relevante mencionar a importância que a entrevista tem no estabelecimento e manutenção de uma relação terapêutica cujos objetivos podem ser variados de acordo também com o tipo de entrevista.

Ainda corroborando a posição de Phaneuf (2005, p. 257) a entrevista:

“Não será demais insistir no facto de que este encontro se deve desenrolar como uma conversa normal em que a pessoa se sinta aceite, compreendida e à vontade, pois que é graças a este clima criado que se desenvolve a relação de confiança, a aliança terapêutica essencial a qualquer entrevista” (Phaneuf, 2005, p. 257).

Neste sentido, é importante que o enfermeiro seja capaz de oferecer ao cliente cuidados centrados no mesmo tendo em consideração as características deste e as suas necessidades/solicitações (Chalifour, 2009).

Desta forma considero que a realização deste estudo de caso, reconheceu não só a importância no mobilizar e consolidar conhecimentos adquiridos no âmbito da especialidade em saúde mental e psiquiatria como também no desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área. Do mesmo modo, reconheceu particular destaque como forma de reflexão sobre a prática de cuidados concluída durante o estágio com vista a melhorar a qualidade dos mesmos acima de tudo ao nível dos benefícios para o cliente.

No decorrer do acompanhamento que realizei ao cliente H. foi para mim perceptível que H. tem dificuldade em expressar os seus pensamentos, opiniões e emoções e que na relação com o pai e mãe existem lacunas de comunicação, no que toca às expectativas de cada um nas relações e na gestão de conflitos. Pareceu-me também que H. está num conflito de desenvolvimento da sua identidade, isto reportando à relação de proximidade/dependência com o pai e conflito com a mãe.

Enquanto aluna a intervenção com o cliente H, refletida no presente trabalho, contribuiu muito positivamente para o meu caminho de autoconhecimento e consciência, isto é, no meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional. Abriu-me horizontes para o desenvolvimento de uma relação terapêutica, pensar sobre o que é, os seus denominadores e a apostar numa relação de confiança e parceria.

Contribuiu também para a avaliação, planeamento e implementação de cuidados no âmbito da saúde mental e psiquiatria.

Fundamentando há minha intervenção estiveram subjacentes os meus

objetivos de projeto para estágio.

Acreditando que “a perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (Benner, 2001, p.32), o desenvolvimento de competências de EESMP torna-se importante no estágio e este trabalho contribuiu para o meu crescimento como Enfermeira Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria.

Referências

- 📖 Agostinho, M (2007). Ecomapa. *Revista portuguesa de clinica geral*, 23, 327- 330.
- 📖 Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- 📖 Carpenito-Moyet, L.J. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica* (11ª edição), Porto Alegre: Artemed
- 📖 Carvallho, J (2012). Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem centradas no processo familiar da pessoa com esquizofrenia. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Nº 8, Dezembro 2012, p.52-57.
- 📖 Chalifour, Jacques. – A Intervenção Terapêutica: *Estratégias de Intervenção*. Lusodidacta, Loures; 2009.
- 📖 Chalifour, Jacques. – A Intervenção Terapêutica: *Os fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. Lusodidacta, Loures; 2008.
- 📖 Coelho, C.S., & Palha, J.P. (2006). *Treino de habilidades sociais aplicado a doentes com esquizofrenia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- 📖 Correia, E. C., Martins, G. T. (2009). Genograma: um instrumento de avaliação em Saúde Mental. *Revista das Faculdades Santa Cruz*, volume 7, nº2, 17-29. Acedido a 14/10/2019. Disponível em: <http://www.santacruz.br/v4/download/revista-academica/13/cap3.pdf>
- 📖 Direção Geral de Saúde (2013). *Portugal Saúde Mental em Números – Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa: Direção Geral de Saúde
- 📖 Enfermagem. Curso de Doutoramento em Enfermagem, Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Porto, 2011. [Consultado em Outubro de 2018]. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>
- 📖 Favrod, J. e Maire, A. (2014). *Recuperar da Esquizofrenia. Guia Prático para Profissionais*, Loures: Lusociência.
- 📖 Ferreira, Ana Isabel Soares – Esquizofrenia e Análises Forenses: desenvolvimento de um método analítico para quantificação de fármacos psicotrópicos por LC-MS/MS – *Dissertação de Mestrado em Química Forense*. Departamento de Química, Universidade de

Coimbra, 2011

- 📖 Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas, in Tomey, A. e Alligood, M. (org). *Teorias de Enfermagem e a Sua Obra: modelos teorias de enfermagem. 5ª Edição* Lusociência: Loures, p. 335-376.
- 📖 Mental health foundation – Schizophrenia: the facts – 2014 [Consult .Novembro 2018]. Disponível na Internet: URL:<http://mentalhealth.org.uk/our-work/world-mental-health-day/world-mental-health-day-2014/> >
- 📖 Neuman, B. e Fawcett, J. (edt) (2011). *The Neuman Systems Model.*(5ª edição), Boston: Pearson.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (2014). *CIPE® Versão 2011 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 📖 Paiva e Silva. M. (2018). *Intenções Dominantes nas Conceções de Enfermagem*. Curso de Doutoramento em Enfermagem, Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Porto, 2011. [Consultado em Outubro de 2018]. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>
- 📖 Patel, Krishna; Cherian, Jessica; Gohil, Kunj; Atkinson, Dylan – *Schizophrenia: overview and treatment options* – P&T, vol. 39, nº. 9, Setembro 2014
- 📖 Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Almedina
- 📖 Rother, T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista. Enfermagem* 2007; 20(2):v-vi.
- 📖 Schub, Tanja; March, Penny – Schizophrenia: disorganized type - *Cinahl Information Systems* – EBSCO Publishing, Dezembro 2014
- 📖 Silveira, C.; Teixeira, J.; Leite, A. (2012). More than one century of schizophrenia: na evolving perspective. *The Journal of Nervous and Mental Disease* – Volume 200, nº. 12, Dezembro 2012 (
- 📖 Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. (Modelos e teorias de Enfermagem)*. 5ª Edição. Loures: Lusociência.

- 📖 Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª Edição. Loures: Lusociência.
- 📖 Vanelli, I., Chendo, I., Levy, P., Figueira, M., Góis, C., Santos, J. e I. Markova (2010), Adaptação para português da Escala de Insight Marková e Berrios, *Acta Médica Portuguesa*, 23: 1011-1016.
- 📖 Vieira, J. (2013). *Reabilitação cognitiva na Esquizofrenia*. Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE, vol. 11, nº. 2, Dezembro.
- 📖 Santos, S. C. e Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.

Referências eletrónicas

- 📖 <https://www.publico.pt/2018/01/24/sociedade/noticia/quase-oito-mil-esquizofrenicos-podem-estar-sem-acompanhamento-1800360>

Apêndice IX- Atividades extra curriculares

“O esforço é saudável e indispensável,
mas sem os resultados não significam nada”.

Paulo Coelho

INTRODUÇÃO

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2012), a utilização da evidência para informar as nossas ações é uma forma crítica e de fácil viabilidade para que o sistema de saúde seja melhorado. Considera ainda que usando uma abordagem baseada na evidência permite que desafiemos e sejamos desafiados e que consigamos rever constantemente a nossa prática e que procuremos novas formas, mais eficazes e eficientes de fazer as coisas, aumentando assim o acesso aos cuidados e bem-estar.

Pelo que é importante a frequência em eventos científicos, sempre a pensar em crescer como pessoa e como enfermeira.

A vontade de aprender e dar resposta ao projeto de uma forma mais evidente frequentou cursos relacionados com técnicas de relaxamento e ansiedade, (Anexo III e Anexo IV); o qual deram contributos muito positivos para a execução das sessões de relaxamento com os clientes com doença mental e ansiedade, que me foram confiados.

Assim, neste percurso de aprendizagem que leva à aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP), ao mesmo tempo com a realização do mestrado, procurou participar em eventos científicos na área da especialização. Na medida em que está contemplado nas competências específicas deste profissional que “incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática” (OE, 2011, 8670),

É pertinente destacar que a prática baseada na evidência, deve ser uma conduta a seguir com vista a aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste evento, I encontro da rede de saúde Mental de Sintra, os principais ganhos associam-se à tomada de consciência do trabalho desenvolvido no concelho de Sintra, na área da saúde mental e psiquiatria bem como alguns benefícios das intervenções adotadas. Falou-se essencialmente em intervenções em termos comunitários o que me suscitou maior curiosidade pois é uma área que não domina e que sentiu necessidade de desenvolver.

A participação nestes eventos foram de extrema importância, pois possibilitaram aprender com os outros e aprender a refletir pois é importante conhecer novas realidades.

1. Atividades

Durante a frequências nas aulas da unidade curricular (UC) de desenvolvimento pessoal e profissional teve conhecimento, do 7º encontro de Psicodrama, dia 26 de Maio 2018, realizado em Coimbra, o que foi uma necessidade a frequência deste encontro, (Anexo I), visto ser tudo novidade e assim adquiriu um pouco mais de conhecimentos nessa área.

Também foi muito importante para o seu crescimento pessoal e profissional a participação das XIII Jornadas Portuguesas de Medicina e Espiritualidade, nos dias 2 e 3 de Junho de 2018, na faculdade de Medicina de Lisboa (Anexo II).

Como o meu projeto é sobre a gestão da ansiedade através das técnicas de relaxamento, tive necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área o que após pesquisa encontrei e realizei um curso de técnicas de relaxamento, com duração de 16 horas, no mês de Junho, 2018. Ministrado pela empresa EVOLUI.COM (Anexo III).

Não menos importante não pode deixar de referir a participação no I encontro da rede de saúde Mental de Sintra, nos dias 17 e 18 de Outubro de 2018, no Auditório Acácio Barreiros do Centro Cultural Olga Cadaval. (Anexo V), pois a abordagem destas temáticas, promoveram o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, pois deve-se ter em conta na autonomia e tomada de decisão do profissional de enfermagem.

No seu atual percurso de aprendizagem que leva à aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP), concomitantemente com a realização do estágio, esta procurou participar nestes eventos científicos que na área da especialização, foram da maior importância para esta, pois como Santos (2013) afirma que “ a autonomia profissional da enfermagem é uma questão ainda não resolvida, tanto do ponto de vista teórico como da prática.” (p.62).

A frequência no curso de relaxamento foi ao encontro do que pretendia obter através da realização do seu projeto de estágio que transportará para a prática de cuidados, intervenções de enfermagem para a gestão da ansiedade através da técnica de relaxamento. Julga ter sido benéfico a participação neste tipo de eventos pois possibilitou-lhe aprender e aprofundar novos conhecimentos sendo que somos um ser sempre em formação.

Referências

- 📖 Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência a ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- 📖 Santos, M. (2013). *Enfermagem à procura de si: Integrando Modalidades Terapêuticas Não Convencionais no Processo de Cuidados*. Loures: Lusociência
- 📖 Favrod, J. & Maire, A. (2013). *Recuperar da esquizofrenia: Guia prática para profissionais*. (G. Toletti Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original em francês *Se rétablir de la Schizophrénie*, 2012).
- 📖 Ordem dos Enfermeiros (OE). Regulamento N°129/2011 de 18 de Fevereiro (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde mental*. *Diário da República 2ª Série*, N°35 (18-02-2011), 8669- 8673.

ANEXOS

Anexo III – Certificado do curso de técnicas de relaxamento, com duração de 16 horas, no mês de Junho, 2018. Ministrado pela empresa EVOLUI.COM

EVOLUI.COM

Cação e Melo - Consultores de Gestão, Lda.
Ilha da Morraceira
3090-707 Figueira da Foz
NIF: 506.336.042

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Maria Alice Mota** natural de Pombal, nascido(a) em 20 de Julho de 1962 com o número de Cartão de Cidadão 06599916-9zy5 válido até 15 de Outubro de 2020, concluiu com aproveitamento o curso de Técnicas de Relaxamento em 23 de Junho de 2018 com a duração total de 16 horas, tendo obtido a classificação final de muito bom.

Unidades de Formação/Módulos/ Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação 0..5
Técnicas de Relaxamento	16:00	muito bom (5)
Nota Final		muito bom (5)

Figueira da Foz, 29 de Junho de 2018

O responsável pela Entidade Formadora,

EVOLUI.COM

Certificado nº 738/2018 de acordo com o modelo publicado na Portaria 474/2010
Certificado emitido no SIGO
SIGO:6270176-C39016-ID71243-F1018-P6382



Anexo IV – Declaração da inscrição no curso “introdução às perturbações ansiedade”, com início a 15 de Junho de 2018 e fim dia 28 de Junho 2018, tendo uma duração de 8 horas, ministrado pela empresa EVOLUI.COM

Declaração

Para os devidos efeitos, Cação e Melo, Consultores de Gestão, Lda. (NIF: 506 336 042), entidade certificada pela DGERT, declara que **Maria Alice Mota** portador(a) do Cartão de Cidadão **06599916-9zy5** válido até **2020-10-15** encontra-se inscrito(a) no curso:

Curso	Início e fim	Duração
Introdução às Perturbações de Ansiedade	De 15 a 28 de junho de 2018	8 horas

Em caso da avaliação final ser positiva, será emitido um Certificado de Formação Profissional deste curso no prazo de 15 dias úteis após a data de fim do mesmo.

Figueira da Foz, 27 de junho de 2018

Anexo V – Frequentou a sessão “controle de situações agressivas no local de trabalho”, decorreu no dia 26/9/2018, no serviço em contexto internamento com duração de 2 horas

Este anexo não é exposto para garantir a confidencialidade da instituição em causa

Anexo VI – Certificado da participação do I encontro da rede de saúde Mental de
Sintra, nos dias 17 e 18 de Outubro de 2018, no Auditório Acácio Barreiros do
Centro Cultural Olga Cadaval

I ENCONTRO
REDE DE SAÚDE MENTAL DE SINTRA



CERTIFICADO

Certifica-se que:

Marcia Alice da Silva Mota

participou no **I ENCONTRO DA REDE DE SAÚDE MENTAL DE SINTRA**, promovido pelo Hospital Professor Fernando Fonseca, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa/CINTRA, Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra e Câmara Municipal de Sintra, nos dias 17 e 18 de outubro de 2018, com duração de 14 horas, tendo tido lugar no Auditório Acácio Barreiros do Centro Cultural Olga Cadaval.

Pela Organização,

[Handwritten signature]



Anexo VII – Foi formadora com o tema “Gestão dos resíduos hospitalares, que decorreu no dia, 23/ 10/2018, em contexto internamento, com duração de 1 hora

Este anexo não é exposto para garantir a confidencialidade da instituição em causa

ANEXOS

Anexo I – STAI Questionário de Autoavaliação desenvolvida por Charles D. Spielberger forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia STAI-Y1- Y2

STAI Questionário de Auto-Avaliação
 Desenvolvida por Charles D. Spielberger
 Forma adaptada por
 Danilo R. Silva e Sofia Correia
STAI Forma Y-1

Data: ___ / ___ / ___

Instruções: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Nada	Um Pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Estou descansado	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

STAI Questionário de Auto-Avaliação
 Desenvolvida por Charles D. Spielberger
 Forma adaptada por
 Danilo R. Silva e Sofia Correia

STAI Forma Y-2

Instruções: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias.

Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

	Quase Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Quase Sempre
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24. Quem me dera ser feliz como os outros parecem sê-lo	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	1	2	3	4

Anexo II – Escala visual analógica adaptada da escala de faces de dor de wong baker, para avaliar o bem-estar durante o relaxamento

ESCALA DE RELAXAMENTO



0 - Muito Relaxado



1 - Relaxado



2 - Pouco Relaxado



3 - Alguma Tensão



4 - Muito Tenso



5 - Extremamente Tenso

Anexo III - Guião das sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson,
(Adaptado)

GUIÃO DAS SESSÕES DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO DE JACOBSON (1977) – ADAPTADO

Vamos iniciar a nossa sessão de relaxamento recordando algumas coisas importantes faladas no último encontro, para que o relaxamento seja eficaz. Quem precisar vai á casa de banho antes de iniciarmos, não esquecer deixar os telemóveis desligados, algum ruído ou barulho que possa acontecer durante o relaxamento devem ignorá-lo e concentrarem-se só em vocês, e ouvirem a música e a minha voz.

Agora, descalçam os sapatos e calçam as meias de lã, deitam-se nos colchões de barriga para cima, com os braços ao longo do corpo, com as pernas descruzadas de maneira a estarem confortáveis.

1.Face

Vamos concentrar-nos músculos do rosto. Sem abrir os olhos, e ao meu sinal, (quando disser agora), levante as sobrancelhas com força, puxe-as para cima tanto quanto puder. Sinta a tensão subir através da testa até ao crânio. Insista.

Agora deixe toda a tensão sair, descontraia as sobrancelhas. Repare como é a sensação, à medida que os músculos vão ficando cada vez mais relaxados.

Faça um grande sorriso e forçado, estique todos os músculos das maçãs do rosto, puxando os cantos da boca para traz. Insista, com força. Repare na sensação que é os músculos tornarem-se tensos.

Descontraia esses músculos (agora). Aprecie as sensações agradáveis associadas ao relaxamento da face. Liberte a tensão nesta zona do corpo e aperceba-se de como é bons os músculos se tornarem descontraídos e relaxados cada vez mais profundamente.”

2.Pescoço

Vamos relaxar os músculos do pescoço e ao meu sinal, puxe o queixo para o peito mas sem o deixar tocar no peito. Sinta a tensão nos músculos que está a forçar. Mantenha essa tensão.

Relaxem volte à posição inicial, (agora). Todos os músculos desta zonam vão ficando cada vez mais e mais relaxados. Sinta apenas as sensações de profundo e completo relaxamento fluindo por esses músculos. Tente rodar, muito lentamente, a

sua cabeça para um e outro lado. Rode muito devagar a cabeça e aperceba-se da descontração dos músculos do pescoço. Pare. Reconheça a diferença entre o pescoço estar contraído e descontraído.

3.Peito e ombros

Focalize-se nos músculos do peito e ombros e ao meu sinal, inspire bem fundo e sustenha a respiração, puxe os ombros para traz, (agora). Mantenha mais um pouco.

Expire e respire normalmente, Descontraia-se. (agora). Repare como estão estes músculos, muito mais agradável esta posição de relaxamento.

4.Mãos

Vão focalizar a vossa atenção nos músculos das mãos e ao meu sinal, fecham as mãos, apertam-nas com força, contraíam as vossas mãos. Sintam toda a tensão acumulada nas vossas mãos. (agora).

Ao meu sinal vão relaxar as mãos, descontraírem todos os músculos das mãos e vão Sentir as vossas mãos muito leves, (agora). Focalizem a sensação nos músculos das mãos à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados. Percebam a diferença entre a tensão e a descontração das vossas mãos.

5.Braços

Vão focalizar a vossa atenção nos músculos dos braços e ao meu sinal.

Assentem os vossos cotovelos com força no colchão e puxem-nos para vocês. Insistam na força dos cotovelos contra o colchão, contraíam os vossos braços, (agora).Sintam como é a tensão nesses músculos, quando são puxados e ficam duros. Sintam toda a tensão acumulada nos vossos braços.

Ao meu sinal relaxam de uma vez os braços., baixam-nos e colocam-nos ao longo do corpo (agora). Descontraíam os músculos dos braços. Sintam os vossos braços muito leves. Focalizem as sensações nos músculos dos braços à medida que eles vão ficando mais e mais relaxados. Percebam agora a diferença entre a tensão

e a descontração dos vossos braços.

Não mexam mais, nem as mãos nem os braços. Sintam os membros superiores leves.

6.Abdómen

Sem mexer o resto do corpo e ao meu sinal, façam força na barriga, (agora). Contraíam toda a zona do abdómen, com força.

Ao meu sinal soltam e respiram normalmente, deixando a tensão da zona da barriga sair (agora). Relaxem.

7.Pés

Vamos passar para os músculos dos pés e ao meu sinal, estiquem os pés e virem-nos para dentro. Dobrem os dedos dos pés para dentro. Façam força e sintam os músculos dos pés muito contraídos (agora), Apreciem a sensação de tensão nos pés.

Ao meu sinal, relaxam os pés, descontraíam-nos e sintam como eles ficam relaxados. (agora). Comparem esta sensação com a anterior e vejam a diferença entre tensão e descontração.

8.Pernas

Vão focalizar a vossa atenção nos músculos das pernas e ao meu sinal,

Dobram as pernas e assentam os pés no colchão, apenas com os calcanhares insistem na força dos pés contra o colchão, (agora). Contraíam as vossas pernas. Reparem como é a tensão nesses músculos, quando são puxados e ficam duros. Sintam toda a tensão acumulada nas vossas pernas.

Ao meu sinal relaxam as pernas, baixam-nas e esticam-nas de novo. (agora) Descontraíam todos os músculos das pernas. Sintam as vossas pernas muito leves. Sintam as sensações de descontração nos músculos das pernas à medida que elas vão ficando mais e mais relaxadas. Perceba agora a diferença entre a tensão e a descontração das suas pernas.

Já relaxaram os músculos das mãos, dos braços. Deixem que eles continuem a relaxar. Relaxaram os músculos da face e do pescoço. Continuem a permitir que eles se mantenham profundamente relaxados. Permitam que os músculos do peito, ombros e abdómen se tornem ainda mais profundamente relaxados. Tal como os músculos das pernas e pés. Deixem-nos estar completamente relaxados e leves.

Agora vou começar a contar, de trás para a frente, de 4 até 1. Quando disser 4 comecem a mexer lentamente as pernas e os pés... 4... quando disser 3 podem com calma mexer os braços e as mãos... 3... quando ouvir 2, mexam a face e o pescoço devagar... 2... quando eu disser 1 abra os olhos... 1...

Devagar vão esticando e mexendo o corpo todo, espreguiçam - se sem pressa, fazem só quando o corpo mandar e quando sentirem que estão preparados. Lentamente colocam-se noutra posição também confortável.