



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Promoção da Literacia em Saúde Mental:
psicoeducação e autogestão da doença**

Elisabete Maria Cordeiro Vitorino Dias Fragoso



**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**Promoção da Literacia em Saúde Mental:
psicoeducação e autogestão da doença**

Elisabete Maria Cordeiro Vitorino Dias Fragoso



Orientadora: Professora Doutora Lídia Susana Mendes Moutinho



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação.
Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

À Professora Orientadora Lúcia Moutinho, por ter agarrado este projeto, pela motivação constante, a supervisão, os desafios colocados e a confiança depositada que me fizeram crescer e acreditar.

Ao Professor Luís Nabais pelos deslumbrantes ensinamentos.

Às minhas Orientadoras de estágio que acreditaram no meu projeto e nas minhas competências.

Grata a todos os colegas que de forma indireta colaboraram, e às pessoas que participaram nos diferentes momentos e sem elas não teria sido possível a aplicação deste estudo.

Às minhas queridas amigas agradeço todo o apoio, entendimento e os preciosos reforços positivos.

À Ana, minha companheira desta aventura, que o destino cruzou os nossos caminhos, a minha profunda gratidão pelos momentos compartilhados.

À Elsa, que manteve a sua energia positiva e influenciadora desde sempre, a minha Mestre.

Ao Zé e ao Guilherme, apesar da distância estiveram sempre presentes.

À minha Família, tão especial e muito significativa em cada momento, rejubilando sempre com as minhas escolhas e conquistas, a minha eterna gratidão.

Um profundo e sentido agradecimento ao João, à Maria e Marta pelo amor, apoio incondicional e incentivo ao longo destes anos, pelos sacrifícios e a paciência a que esta tão desejada e adiada especialização no seu exigente percurso os obrigaram.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAD - Comportamentos Aditivos e Dependências

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COVID-19- Coronavírus Disease 2019

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HD- Hospital de Dia

ICN- International Council of Nurses

IG - Imaginação Guiada

LSM – Literacia em Saúde Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

RESUMO

A psicoeducação é uma estratégia de intervenção fundamental para o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enquadra-se como boa prática na promoção da literacia em saúde mental, proporciona a capacitação da pessoa com doença mental, possibilita a compreensão dos processos de saúde e o envolvimento ativo no tratamento com o intuito de potenciar o empoderamento para a autogestão da doença. Existem diferentes programas psicoeducativos de acordo com o local onde é realizada, a pessoa ou o grupo a quem se aplica, sendo também possível a utilização de diferentes atividades criativas na sua dinamização.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (2019) encontra evidências na contribuição das atividades criativas na promoção da saúde e a prevenção da doença mental e física, bem como o tratamento ou a gestão de condições agudas e crónicas que surgem ao longo da vida. As atividades criativas facilitam a autoexpressão, interação social, comunicação, estimulação sensorial e alívio emocional.

Promover a literacia em saúde mental, nomeadamente a autogestão da doença mental foi o objetivo geral deste projeto.

Recorreu-se à aplicação de um programa psicoeducativo com recurso a mediadores expressivos no contexto de internamento e comunitário.

Da análise da aplicação do programa constatou-se o incremento do conhecimento a nível da identificação de sinais de alerta. O uso do álcool e estratégias de *coping* apresentaram maior *deficit* de conhecimento.

Concluiu-se que resultaram ganhos em saúde como a promoção do autoconhecimento, a capacitação para a tomada de decisão informada. Demonstrou-se a possibilidade de aplicar um programa psicoeducativo para a autogestão da doença em contexto de internamento. As atividades criativas revelaram-se facilitadoras no processo de capacitação na autogestão da doença mental. A intervenção produziu melhorias ao nível da literacia em saúde mental.

Palavras-chave: literacia em saúde mental, psicoeducação, autogestão, mediador expressivo.

ABSTRACT

Psychoeducation is a key intervention strategy for the specialist nurse in mental health and psychiatric nursing. It is a good practice in the promotion of mental health literacy, provides empowerment to people with mental illness, allows for the understanding of health processes and the active involvement in treatment with the purpose of empowering them to self-manage the disease (OE, 2021). There are different psychoeducational programmes according to the place where it is carried out, the person or the group to whom it is applied, and it is also possible to use different creative activities in its dynamisation (Godoy et al., 2020).

The WHO report (2019) finds evidence in the contribution of creative activities in health promotion and the prevention of mental and physical illness, as well as the treatment or management of acute and chronic conditions that arise throughout life. Creative activities facilitate self-expression, social interaction, communication, sensory stimulation and emotional relief (Vaartio-Rajalin et al., 2021).

The overall objective of this project was to promote mental health literacy, namely self-management of mental illness.

A psycho-educational programme was applied using expressive mediators in the inpatient and community contexts.

The analysis of the application of the programme showed an increase in knowledge regarding the identification of warning signs. Alcohol use and coping strategies showed a greater knowledge deficit.

It was concluded that health gains resulted as the promotion of self-knowledge, empowerment for informed decision making. The possibility of applying a psychoeducational programme for disease self-management in inpatient settings was demonstrated. The creative activities proved to be facilitators in the process of empowerment in self-management of mental illness. The intervention produced improvements in mental health literacy.

Key words: mental health literacy, psychoeducation, self-management, expressive mediator

Índice

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1 Literacia em saúde mental.....	12
1.2 A Psicoeducação.....	13
1.3 A Autogestão da doença.....	15
1.4 O Uso do álcool e perturbação mental	17
1.5 Psicoeducação e Literacia em Saúde Mental	19
1.5.1 Mediadores expressivos	20
1.6 Contributos dos modelos de enfermagem para a literacia em saúde mental - Teoria das transições.....	23
2. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO.....	25
2.1 Internamento Hospitalar – caracterização	27
2.2 Hospital de Dia - caracterização.....	28
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	30
3.1 Contexto de internamento	30
3.1.1 O autoconhecimento	31
3.1.2 A construção da relação terapêutica	33
3.1.3 A intervenção psicoterapêutica - Relaxamento por Imaginação guiada.....	37
3.1.4 O programa psicoeducativo	38
3.2 Contexto comunitário.....	39
3.2.1 Intervenção Psicoeducacional.....	40
3.2.2 Outras intervenções	43
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
4.1 Relaxamento por Imaginação Guiada	45
4.2 Avaliação do Programa Psicoeducativo	46
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EESMP.....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	65
APÊNDICE 1 - Consentimento informado	66

APÊNDICE 2 - Grelha de observação da técnica de intervenção psicoterapêutica relaxamento por imaginação guiada.....	68
APÊNDICE 3 - Avaliação dos Resultados da Técnica de Imaginação Guiada.....	70
APÊNDICE 4 - Dados sociodemográficos.....	72

INTRODUÇÃO

Na última década a Europa tem manifestado um reconhecimento para a importância da saúde mental identificando como uma prioridade nos programas de saúde. Constituindo-se a saúde mental como fundamental para o bem-estar das pessoas, as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos e com conseqüente impacto significativo para a sociedade e para a economia. As perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9 %, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus (D.L. n.º 113/2021).

O Programa Nacional de Saúde Mental 2017-2020 (DGS, 2017) destaca como objetivos: desenvolver ações de prevenção da doença mental, de promoção da saúde mental e combate ao estigma; realizar ações de sensibilização, informação e de formação, dirigidas à população em geral, profissionais envolvidos, utentes e famílias. Assume-se assim, a literacia em saúde mental (LSM) como ponto fundamental e em concertação com o Plano de Ação de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) e as Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e o Bem-Estar na Europa (2016).

A LSM é um conceito multidimensional, fulcral para a adoção de comportamentos associados à prevenção e manutenção da saúde mental (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2021). É elementar que a pessoa possa reconhecer precocemente os sinais de alerta da sua doença, adote estratégias em determinadas situações, conheça os tratamentos disponíveis e saiba como e a quem pedir ajuda.

A psicoeducação como ferramenta fundamental para os Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) enquadra-se como boa prática na promoção da LSM, possibilitando a capacitação da pessoa com doença mental e do cuidador/família, permitindo a compreensão dos processos de saúde, e o envolvimento ativo no tratamento com o intuito de potenciar o empoderamento para a autogestão da doença (OE, 2021). Perante isto, é patente a necessidade de criar as condições essenciais

para uma intervenção especializada de enfermagem no domínio psicoeducativo, no sentido de envolver a pessoa como participante ativo no seu processo de transição de saúde-doença concebendo o empowerment para uma efetiva autogestão da doença.

Dada a pertinência desta problemática em estudo, ao longo do ensino clínico quer em contexto de internamento quer em contexto comunitário a intervenção foi focalizada para a promoção da autogestão da doença, com o objetivo geral de promover a LSM assente numa intervenção psicoeducativa recorrendo a mediadores expressivos.

O presente relatório tem como objetivos a descrição das atividades realizadas, a demonstração das competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo da prática especializada em Enfermagem de Saúde Mental bem como o desenvolvimento de competências nos domínios do planeamento, da implementação e dinamização de atividades, da comunicação e apresentação de resultados de evidência científica tendo em vista as competências inerentes para a obtenção do grau académico de Mestre em Saúde Mental.

Na elaboração deste relatório seguiu-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, partindo da evidência científica existente para a prática clínica, e conseqüentemente para as competências desenvolvidas na realização de cada uma das atividades. Este é constituído inicialmente pelo enquadramento teórico que fundamenta a evidência e no qual se consolida o projeto individual de estágio e o referencial teórico que assentou a intervenção especializada; a descrição do projeto individual de estágio; as atividades desenvolvidas nos contextos do ensino clínico; a análise e discussão dos resultados obtidos; análise do desenvolvimento de competências do EEESMP. Por fim, tecem-se as considerações finais e apresentam-se as referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Literacia em saúde mental

Para a OMS, a literacia em saúde “implica o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a qualidade de vida durante o ciclo de vida” (OMS, 2013, p.4).

Desta forma, a literacia em saúde é a capacidade de aceder, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde; tomar decisões acertadas e aderir a comportamentos de saúde no decorrer do ciclo de vida; navegar no sistema de saúde, cuja complexidade é crescente.

De acordo com os dados do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2020, 5 em cada 10 pessoas da população portuguesa têm níveis reduzidos de Literacia em Saúde (Direção Geral da Saúde [DGS], 2018). O conceito de LSM tem implícito o conceito mais amplo de literacia em saúde. No final dos anos 90, Jorm e colaboradores (1997), mencionam a LSM como um conjunto de dimensões relacionadas com a capacidade de reconhecer as perturbações mentais específicas ou diferentes tipos de stresse psicológico; conhecimentos e crenças sobre causas e fatores de risco para as doenças mentais; conhecimento e crenças sobre as intervenções apropriadas de autoajuda; conhecimento das intervenções profissionais disponíveis; atitudes que facilitam o reconhecimento e a adequada procura de ajuda; o conhecimento sobre procura de informação em saúde mental (Jorm *et al.*, 1997, citado em Rosa, 2013).

O conceito tem evoluído ao nível dos seus componentes e atualmente inclui dimensões como: o conhecimento de como prevenir as perturbações mentais; o reconhecimento do desencadear da doença; o conhecimento das opções de ajuda e tratamentos disponíveis; o conhecimento de estratégias de autoajuda para os problemas menos graves; as competências para prestar a primeira ajuda

a outras pessoas em situação de crise ou em desenvolvimento de uma perturbação mental (Jorm, 2014).

A LSM tem recebido atenção crescente como uma estratégia útil para promover a identificação precoce de perturbações mentais, reduzir o estigma e melhorar os comportamentos de procura de ajuda. Jorm (2014) considera que a população em geral sabe muito sobre as ações que podem realizar para reduzir os problemas de saúde física. No entanto, o conhecimento das ações que podem ser tomadas para reduzir os problemas de saúde mental é geralmente mais limitado, embora esses problemas sejam tão comuns que todos estarão expostos a eles nalgum momento das suas vidas, sejam eles próprios afetados ou tendo contacto próximo com outra pessoa afetada.

1.2 A Psicoeducação

A recuperação da doença mental é um processo que envolve a tomada de decisão pessoal em diferentes áreas. Os EEESMP estão numa posição única para auxiliar as pessoas na avaliação do seu estado de saúde e na integração de comportamentos de saúde nos seus projetos de recuperação. O uso de instrumentos de avaliação, técnicas de entrevista motivacional e a planificação da recuperação podem ajudar as pessoas a tomarem decisões sobre a sua saúde, experimentar novos comportamentos e integrar estilos de vida saudáveis num plano de recuperação e atividades (Camann, 2010).

Diversos estudos têm comprovado a eficácia das intervenções psicoeducativas em diferentes campos de ação, quer seja na redução da sintomatologia, quer no aumento da compreensão e adesão aos tratamentos. Godoy *et al.* (2020) referem que a psicoeducação não se refere apenas à definição de um diagnóstico, mas também procura abordar situações quotidianas na vida das pessoas, que se tornam complexas pelo desconhecimento e pela falta de familiaridade com a crise não-normativa. Desta forma, este modelo é conceptualizado como um instrumento de mudança, porque envolve os processos cognitivos, biológicos e sociais particulares de cada um, a fim de garantir a autonomia e melhorar a qualidade de vida.

De acordo com a literatura a psicoeducação como instrumento de intervenção tem mostrado resultados significativos na redução do tempo de recidiva da pessoa com doença mental e a melhoria da qualidade de vida (Godoy et al., 2020).

Para a OE (2015) é igualmente uma maneira de aumentar a compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos. A psicoeducação é delineada para ser parte de um plano global de tratamento e não é por si só um tratamento. Como por exemplo, o conhecimento de uma doença é essencial para a pessoa e para a sua rede de apoio no sentido de conseguirem conceber os seus próprios planos de prevenção de recaídas e de estratégias de gestão da doença.

A psicoeducação envolve o fornecimento de informações claras, precisas, acessíveis, atualizadas e sem jargões, e pode incluir treino de competências. A psicoeducação contemporânea enfatiza o contexto no qual as informações ou habilidades são oferecidas, privilegiando uma abordagem holística e baseada em pontos fortes, enfatizando a saúde, a colaboração, a confrontação, o empoderamento, a escolha, a aprendizagem entre pares e auto-responsabilidade (Gordon & Kenny, 2018).

Atualmente existem diferentes formas de psicoeducação, cuja intervenção tanto pode ser individual como em grupo (doentes, familiares, pessoas significativas ou mistos). (Townsend, 2011; Gordon & Kenny, 2018). A intervenção em grupo tem muitas vantagens, o poder do grupo é utilizado para promover a mudança e o apoio, à medida que os membros se desafiam uns aos outros (muitas vezes é mais eficaz do que a intervenção do líder), refletem-se uns aos outros, praticam a escuta reflexiva, ajudam nas questões-chave, testemunham o progresso dos outros e recebem feedback sobre o seu próprio progresso (Gordon & Kenny, 2018).

A quantidade de sessões previstas, o conteúdo, estratégias e métodos também variam de acordo com o tipo de participantes. Os temas discutidos relacionam-se nomeadamente com as características da doença em questão, tipos de tratamento, identificação de sintomas e sinais de crise, para além das questões específicas relacionadas com a doença, particularmente o abuso de substâncias e o estigma social. Os diversos recursos utilizados na abordagem

psicoeducativa devem ser adequados às características da pessoa/grupo, podendo ser utilizados vídeos, áudios, panfletos, técnicas de relaxamento, mediadores expressivos com diversos recursos técnicos, etc. (Godoy *et al.*, 2020)

Num sentido amplo, a psicoeducação refere-se ao “conhecimento” dado às pessoas que convivem com a doença mental. A abordagem psicoeducativa permite a compreensão da própria condição mental e autoconhecimento das próprias forças, dos recursos e habilidades de confrontação, a pessoa adquire competências para lidar com o problema e contribui para o seu próprio bem-estar. Com a compreensão das causas e efeitos dos problemas a psicoeducação aumenta a percepção e a interpretação da pessoa sobre o problema, influenciando positivamente as suas emoções e o seu comportamento. Assim, a psicoeducação pode concorrer para mudanças essenciais que no processo da autogestão da doença promovam a implementação de hábitos saudáveis e a adesão ao tratamento. (Godoy *et al.*, 2020)

1.3 A Autogestão da doença

O conceito de autogestão tem sido conceptualizado como parte integrante do autocuidado focalizado na gestão do impacto da doença e “pode ser aplicado a atividades de promoção da saúde bem como a atividades relacionadas com a doença aguda ou com a doença crónica, no entanto existe evidência da sua relação mais frequente com a doença crónica” (Galvão *et al.*, 2013 p.228). Também é referido que a autogestão pode ser entendida como uma competência e um processo utilizado de forma consciente para se alcançar o controlo da doença em vez da pessoa ser controlada por ela.

Tendo em linha de conta que a doença crónica origina níveis elevados de morbidade e de custos associados à utilização de cuidados de saúde, estes podem ser minimizados pela implementação de programas de autogestão (Galvão & Janeiro, 2013). Estes programas de autogestão da doença pressupõem o envolvimento ativo da pessoa no sentido da autonomização e

tomada de decisão informada com intervenções que promovam as competências pessoais.

Segundo Chodosh *et al.* (2005) as intervenções consistem no retorno positivo, no ensino, na criação de situações em contexto de simulação, na negociação, etc. A eficiência dos programas de autogestão geralmente é avaliada em termos de ganhos de saúde físicos, psicológicos e sociais, como o conhecimento, a utilização da medicação, a autoeficácia, os comportamentos de autogestão, a utilização dos serviços de saúde e a qualidade de vida (Galvão & Janeiro, 2013). O desenvolvimento de competências de autogestão “conduzem à capacidade de agir, ao empowerment e à resiliência que permitem lidar com contrariedades ou retrocessos” (Slade, 2012, p. 40).

O Regulamento da OE (n.º 356, 2015) refere-se ao conceito empowerment como “um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (OE, 2015, p. 17039). Surgindo das crenças sobre a capacidade de agir com comportamentos que têm uma influência positiva na vida das pessoas (Slade, 2012).

A condição do *empowerment* na pessoa com doença mental não está restrita e sujeita apenas às suas relações humanas mas também ao ambiente em que a mesma está inserida e aos recursos internos que a própria consegue reconhecer ter. É então fundamental ajudar a pessoa a adquirir conhecimentos e competências para saber escolher no sentido de desenvolver a autonomia latente, muitas vezes condicionada pelos efeitos da terapêutica farmacológica e condições ambientais em que a pessoa está, e criar a autonomia manifesta com a capacidade de escolher, de decidir tornar-se saudável, isto é, “ter esperança, transcendendo preocupações, realizando opções, advogando e avaliando recursos” (Meleis, 1993).

No sentido de maximizar o bem-estar e autocuidado da pessoa com doença mental o enfermeiro especialista promove a realização de um plano global que integre a avaliação e valorização do potencial de cada cliente no autocuidado, bem como a implementação de intervenções potenciadoras da autonomia (OE, 2015).

Contudo, para o desenvolvimento dos processos de adaptação face às situações de vida e condição de saúde mental compete ao EEESMP a

identificação e mobilização de recursos para colaborarem na reabilitação psicossocial; a concepção de estratégias de empoderamento que permitam à pessoa com doença mental desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de adaptação, de forma a eliminar ou reduzir os riscos decorrentes da sua perturbação mental, utilizando técnicas psicoeducativas psicoterapêuticas, que facilitem respostas adaptativas à sua condição de saúde mental; a promoção do desenvolvimento integral da pessoa e a possível recuperação, capacitando-a para a conquista de autonomia e funcionalidade visando o alcance do equilíbrio e bem-estar dentro das limitações inerentes à sua condição mental (OE, 2015).

A criação e implementação de estratégias de empoderamento e programas que capacitem e promovam competências para a autogestão da doença mental são critérios para a operacionalização deste conceito, privilegiando-se neste processo a relação enfermeiro-doente.

1.4 O Uso do álcool e perturbação mental

A perturbação por uso de álcool (PUA) está entre as principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Estima-se que 95 milhões de pessoas vivam com dependência de álcool em todo o mundo. A PUA refere-se ao controle prejudicado sobre o uso de álcool, levando à dependência com consequências psicológicas, sociais e físicas. Essas perturbações são altamente incapacitantes, associadas a muitas comorbilidades físicas e psiquiátricas, e são responsáveis por 10% da carga de doenças relacionadas ao uso de substâncias e perturbações mentais. (Castillo-Carniglia *et al.*, 2019). Os problemas relacionados ao uso de álcool e a sua associação com perturbações psiquiátricas são comuns. As perturbações do humor, como a depressão, as perturbações de ansiedade, as perturbações de conduta, o *deficit* de atenção e hiperatividade, a esquizofrenia e o tabagismo são as comorbilidades mais comuns associadas ao abuso de substâncias psicoativas (Gonçalves *et al.* 2003; Portugal *et al.*, 2010;).

O álcool é uma das três áreas prioritárias de saúde pública do mundo. A evidência disponível para validar esta afirmação é vasta, diversa e convincente. Embora apenas metade da população mundial beba álcool, é a terceira causa

mundial de problemas de saúde e morte prematura. O álcool contido nas bebidas é a droga psicoativa mais consumida no mundo, um produto milenar e tradicional, presente em praticamente todas as sociedades contemporâneas. A Região Europeia da OMS continua a ter o nível mais alto de consumo de álcool *per capita* em todo o mundo (OMS, 2018).

Portugal tem um dos níveis mais elevados de consumo de álcool, este ocupa o quinto lugar entre todos os fatores de risco para morbidade e mortalidade, ficando acima de outros fatores de risco como por exemplo, a obesidade / excesso de peso, hiperglicemia, ingestão de sal ou dislipidemia (Ministério da Saúde, 2015).

Segundo dados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (2016-2017) o álcool foi a substância psicoativa com maior prevalência de consumo experimental ao longo da vida, entre a população geral em Portugal com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos. Por outro lado, também é preocupante o aumento nos últimos anos das proporções dos internamentos com diagnóstico principal ou secundário atribuído ao consumo de álcool, atingindo os valores mais elevados dos últimos sete anos (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências [SICAD], 2020).

Leal da Costa (2020) refere que o consumo de álcool não está apenas associado ao risco de perda de até 14 anos de vida face ao que seria normalmente esperado, como se associa também à perda de qualidade de vida e incapacidade neurológica e psíquica. De um modo geral, o uso, mesmo que em pequenas doses, de bebidas alcoólicas pode gerar consequências mais sérias do que as vistas em doentes sem comorbilidade (Alves *et al.*, 2004).

Os problemas ligados ao álcool coexistem frequentemente com outras doenças psiquiátricas havendo repercussões na funcionalidade e quotidiano da pessoa com doença mental. Perante isto o projeto de tratamento torna-se num processo complexo e moroso que resulta em várias dificuldades na gestão da doença pelo que os riscos associados e a vulnerabilidades emergem (Gonçalves *et al.* 2003).

Face ao que foi exposto, considerou-se oportuno incluir esta problemática como temática necessária num programa de intervenção psicoterapêutica eficaz

por parte do EEESMP, capaz de responder às necessidades das pessoas. A psicoeducação como estratégia de intervenção baseada em pontos fortes e focada no presente desenvolve as técnicas estruturadas de resolução de problemas promovendo consequentemente a autogestão da doença mental (Lemes & Ondero Neto, 2017).

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2015) são elementos importantes face à promoção da saúde mental, entre outros: o diagnóstico da situação de saúde mental e dos recursos específicos, reais e potenciais do cliente; o reforço dos fatores que aumentam os recursos das pessoas em relação à sua saúde mental e a promoção da LSM. Considerando a abordagem holística, suportada na relação de ajuda, tem em conta as necessidades e as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

1.5 Psicoeducação e Literacia em Saúde Mental

É entendido que o EEESMP ocupa uma posição privilegiada, pois, na sua essência do cuidado, contribui para o empoderamento da pessoa com doença mental e de seus familiares para lidarem de forma eficiente com a doença. De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMP (O.E, 2018), os enfermeiros especialistas desenvolvem e implementam projetos de promoção e proteção da saúde mental e de prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos, mobilizando competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

A psicoeducação surge assim como uma estratégia de intervenção promotora da LSM, estando regulamentado o desenvolvimento de intervenções psicoeducacionais pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Regulamento OE n.º 356/2015). No contexto da LSM a intervenção psicoeducativa é uma modalidade de intervenção que tanto pode ser aplicada a um grupo como a uma só pessoa. Para ser considerada como uma intervenção psicoeducativa de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica deve ser realizada por um EEESMP e “visar a literacia em saúde mental relativa à capacitação do formando para comportamentos promotores de saúde

dependendo o seu prolongamento no tempo do portador de doença, do cuidador, da família e/ou da comunidade” (Amaral, Almeida, e Sousa, 2020, p.174).

Tendo em linha de conta que o comportamento de saúde é suportado por um conjunto de crenças e sentimentos, com a possibilidade de mudança, é importante que o enfermeiro especialista possa identificá-los e intervir em integração com a pessoa/família, e promover comportamentos de adaptação mais positivos e saudáveis. Integrar a psicoeducação em saúde mental no processo terapêutico é o objetivo, modificar os significados dos factos sobre as perturbações mentais e capacitar as pessoas para a compreensão dos diagnósticos de enfermagem do âmbito do conhecimento (Amaral, Almeida, e Sousa, 2020).

Numa ótica psicoeducativa, pretende-se fornecer informação e formação relevante, ou seja, promover o reconhecimento de doenças ou perturbações mentais; o conhecimento e crenças acerca de fatores de risco, das causas da sua situação de saúde, de diferentes formas de intervenção, de intervenções existentes por parte dos profissionais, de atitudes que promovam o reconhecimento e a procura de ajuda adequada, do modo como se pode aceder a informação sobre a saúde mental e por conseguinte, ir de encontro às componentes da LSM (O.E., 2021).

Ao considerar-se o empoderamento dinâmico e variável, e assumir que uma pessoa é capaz de aprender a usar habilidades para influenciar os episódios da vida, mesmo em situações de crise, esta estratégia de intervenção desempenha um papel fundamental na compreensão dos problemas e no apoio à tomada de decisão informada.

1.5.1 Mediadores expressivos

Nas ciências da saúde modernas as artes desempenham um papel significativo e podem ser usadas para interpretar habilmente as emoções, ajudando a pessoa a compreender-se melhor e aos outros (Blomqvist *et al.*, 2007).

O relatório da Rede de Evidências de Saúde da OMS publicado em 2019, aponta para a importância do “ papel das artes na melhoria da saúde e do bem-estar” e demonstra como as intervenções artísticas podem ajudar a melhorar a saúde e o bem-estar, contribuir para a prevenção de uma variedade de doenças mentais e doenças físicas e apoio no tratamento ou gestão de uma série de condições agudas e crônicas que surgem ao longo da vida. Considera que as artes, incluindo artes cênicas, artes visuais, *design* e artesanato, artes digitais e eletrônicas, literatura, atividades e eventos culturais, desempenham um papel crucial na garantia de vidas saudáveis e na promoção do bem-estar. E como tal, as intervenções artísticas são consideradas como opções de tratamento de baixo risco, altamente rentáveis, integradas e holísticas. É referido também que o acesso às artes no hospital e/ou na comunidade pode ajudar a melhorar a experiência e os resultados nos cuidados e na recuperação (OMS, 2019). O relatório da Rede de Evidências de Saúde da OMS (2019) refere que os programas de comunicação em saúde que usam as artes melhoram a literacia em saúde, melhorando a consciencialização sobre saúde, estimulam para uma alimentação saudável e a reduzir comportamentos de risco como o uso de drogas e álcool. Evidencia também que as artes podem igualmente ser usadas para reduzir o estigma em torno da saúde, garantir atitudes positivas em relação às pessoas com doença mental e física e promover a resiliência entre as pessoas com problemas de saúde (OMS, 2019).

Importa ressaltar que não se trata de arte-terapia pois esta é caracterizada como uma intervenção especializada, um método de tratamento psíquico que utiliza mediadores artísticos no contexto de um processo terapêutico específico resultando numa relação terapêutica própria baseada na interação entre o criador, o trabalho artístico (criação) e o/a arte-terapeuta/psicoterapeuta (Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia, 2022).

Para Ferraz & Dalman (2012) trata-se da utilização de um mediador expressivo, que se entende por toda a ação, atividade, instrumento, técnica ou consigna que é proposta ao participante para o levar a expressar-se livremente. Para estes autores através da educação expressiva é alcançada uma educação holística pela integração de: som, toque, cheiro, sorriso, ritmo, corpo, voz, movimento, cor, pintura, representação, dança, imaginação, escrita, riso, tinta,

papel, performance, simbolismo, modelagem, etc., além do olhar, do sentir, do fazer, do experimentar, ou seja, trabalhar o ser integralmente com todos os seus sentidos, possibilidades e formas de expressão, quer em contexto de sala de aula até à educação comunitária. Defendem que a criatividade e a facilidade de expressão de ideias e concepções na educação expressiva são fatores importantes para o desenvolvimento das atividades e construção do conhecimento por parte dos participantes.

Na perspectiva da intervenção de enfermagem Vaartio-Rajalin, *et al.*, (2021) afirmam que as atividades artísticas podem ser adequadas a todos os contextos, podem promover a centralidade da pessoa e resultados de enfermagem mensuráveis, e devem ser consideradas como uma parte essencial dos cuidados de saúde e de enfermagem, da educação de enfermagem e dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Para além do enfoque nos sinais e sintomas de um problema de saúde ou de uma doença, deve haver um enfoque no potencial (competências ou pontos fortes) e na satisfação (áreas, ações e atividades que tragam um sentimento gratificante). Numa perspectiva geral, isto deve incluir intervenções de saúde e cuidados de enfermagem centrados na pessoa e intervenções não-farmacológicas que utilizem a arte. A arte, nas suas diferentes formas, permite reviver experiências. Isto pode ter uma influência positiva na saúde mental, criando oportunidades de identificação e auto-análise, uma experiência emocional positiva e a catarse. (Gomes, in Cutcliffe & Santos, 2018)

Estudos como o de Martín Carrasco *et al.* (in Godoy *et al.*, 2020) concluem que a chave para a efetividade das intervenções está na participação dos participantes. Por outro lado, o trabalho personalizado e individualizado enriquece o vínculo e promove a expressão de elementos subjetivos, proporcionando resultados qualitativos para a vida do paciente, que nem sempre são abordados num esquema convencional. (Godoy *et al.*, 2020).

1.6 Contributos dos modelos de enfermagem para a literacia em saúde mental -Teoria das transições

O foco de atenção do EEESMP visa a promoção da saúde mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição que são geradores de sofrimento ou doença mental (OE, 2010). Assim, é fundamental a adaptação dos modelos teóricos de enfermagem e a sua inclusão no processo de cuidados.

A Teoria das Transições de Meleis esclarece que, para que a pessoa possa transitar para uma nova fase da vida, é fundamental que compreenda novos aspetos, o que implica a aprendizagem de novos conhecimentos, a mudança de comportamentos, e que modifique a forma como se define a si mesmo, ou seja, apresenta ferramentas importantes para que as transições, que ocorram em diferentes fases da vida, sejam saudáveis. (Meleis *et al.*, 2000)

O processo de diferentes e várias transições é complexo e particular, podendo estar relacionadas com uma mudança da fase de desenvolvimento da pessoa, com alguma situação de vida, com um processo de saúde/doença, ou com questões que envolvam o seu ambiente social, político ou económico. (Meleis *et al.*, 2000) Para a compreensão do que é experienciado pela pessoa é essencial que o profissional de enfermagem identifique as características pessoais, da sociedade e comunidade em que a pessoa está inserida, uma vez que estes condicionantes podem facilitar ou dificultar o processo de transição que envolve a reconstrução da sua identidade, a modificação de comportamentos e a compreensão de novas capacidades na sua vida (Meleis *et al.*, 2000).

É fundamental apurar quais os indicadores que apontam como a pessoa responde ao processo de transição, no sentido de identificar se o mesmo promove a saúde e bem-estar ou, desencadeia riscos e situações de vulnerabilidade. Os indicadores podem estar relacionados com a forma como a pessoa, que vivencia esse processo, interage com as pessoas ao seu redor, como familiares e profissionais de saúde; como a pessoa está situada no tempo, bem como as estratégias utilizadas nesse processo (Meleis *et al.*, 2000). Para avaliar os resultados neste processo é importante avaliar a forma como a pessoa

domina as novas habilidades e como reconstrói a sua identidade, definindo, assim, um processo de transição saudável (Meleis *et al.*, 2000).

Recentemente, Meleis (2019) realçou para a importância de como uma pessoa percebe a mudança, o seu significado e a disponibilidade de apoio e recursos influencia profundamente as experiências e as suas respostas. As pessoas são influenciadas pela preparação que recebem para as mudanças previstas, bem como pela continuidade dos cuidados ao longo do processo até que os resultados da mudança sejam incorporados no seu quotidiano. Estas alterações exigem um processo de adaptação, recalibração e desenvolvimento de novas competências e capacidades para satisfazer as novas exigências impostas pelas alterações. Exigem igualmente a mobilização de recursos internos e externos e um apoio tangível e intangível ao seu ambiente. Os enfermeiros estão no centro destas mudanças e no processo de transição, e sempre apoiam os indivíduos que se preparam e enfrentam mudanças; também fornecem informações, competências e apoio semelhantes durante o internamento e na alta, preparando indivíduos e famílias para gerir os seus próprios cuidados. Por outras palavras, facilitam as transições dos doentes e capacitam-nos através da clareza, informação, competências e recursos, continuando os processos de cura e recuperação e melhorando o bem-estar e a qualidade de vida (Meleis, 2019).

Para Bittencourt *et al.* (2018) com a teoria das transições é então possível que os enfermeiros tenham ferramentas que auxiliem a compreensão dos fatores envolvidos num processo de transição na vida de um indivíduo e que possibilitem a promoção da saúde.

Os cuidados de enfermagem prestados com a pessoa com doença mental, tendo em vista a sua capacitação, autonomia, respeitando os seus ritmos, acreditando nas capacidades e forças que os processos de mudança exigem, contribuem para a LSM. Por tudo o que foi anteriormente exposto este foi o referencial teórico que suportou a intervenção de enfermagem especializada.

2. PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

O projeto individual de estágio foi na sua generalidade orientado para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMP com o intuito da promoção da LSM, nomeadamente a autogestão da doença mental através da aplicação de um programa psicoeducativo tendo como foco a pessoa com doença mental em contexto de internamento e em contexto comunitário. Contudo, sendo o projeto flexível e dinâmico, as atividades perspetivadas no mesmo foram reformuladas, havendo necessidade de acrescentar ou até de retirar determinadas intervenções tendo em conta a realidade dos contextos e essencialmente centradas nas necessidades da pessoa ou grupos intervenientes.

O estágio em contexto de internamento decorreu no período de 11 de outubro a 10 de dezembro de 2021 num hospital distrital da região de Lisboa e Vale do Tejo, e posteriormente em contexto comunitário, mais concretamente no hospital de dia da mesma instituição hospitalar, no período de 13 de dezembro a 25 de fevereiro de 2022.

Tendo em conta a especificidade da prática do EEESMP destaco:

- Intervenção terapêutica individualizada à pessoa com doença mental em fase aguda, com o objetivo de:
 - Realizar consulta de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;
 - Executar entrevista de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;
 - Ajudar na consciencialização do estado de doença;
 - Capacitar a pessoa para a autogestão no processo de saúde/doença;
 - Promover a adesão e a gestão do tratamento;
 - Mostrar disponibilidade e oferecer apoio e suporte emocional.

- Intervenção psicoterapêutica de relaxamento por imaginação guiada:
 - promover relaxamento e autoconhecimento;
 - diminuir os níveis de stress/ansiedade;

- promover um bem-estar geral;
 - favorecer relação terapêutica enfermeiro-utente.
- Intervenção psicoeducativa dirigida a grupos, visando a promoção da literacia em saúde mental:
 - promover o autoconhecimento;
 - promover autoconsciência dos fatores protetores da doença;
 - ajudar a identificar estratégias de coping para lidar com os sintomas;
 - capacitar para a tomada de decisão informada;
 - promover a consciencialização da necessidade de pedir ajuda nas diferentes fases da doença.

O Programa psicoeducativo foi pensado e delineado para ser aplicado quer em contexto de internamento quer no comunitário, a partir de estratégias motivacionais recorrendo a mediadores expressivos e métodos pedagógicos dirigidos a grupos.

Como objetivo geral do programa psicoeducativo pretendia:

- Promover a LSM assente numa intervenção psicoeducativa especializada em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica focalizada para a autogestão da doença.

Os objetivos específicos:

- Identificar as necessidades psicoeducativas da pessoa/grupo com doença mental;
- Promover a adesão da pessoa com doença mental ao programa psicoeducativo;
- Esclarecer a importância da intervenção psicoeducativa à pessoa com doença mental para a melhoria da autogestão da doença;
- Mostrar a eficácia da implementação do programa psicoeducativo na promoção da LSM para a autogestão da doença.

Considerou-se a intervenção em grupo aberto uma vez que o tema a abordar em cada sessão seria único e sem prosseguimento temático. Foram preconizados critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes:

- Critérios de inclusão:

Adultos com mais de 18 anos; do sexo masculino ou feminino; saber ler e escrever; ter experiência de doença mental; apresentar interesse em participar nas sessões.

- Critérios de exclusão:

Pessoa com atividade delirante e/ou alucinatória; doença degenerativa ou outra condição de saúde que impedisse a participação nas atividades; não saber comunicar na língua portuguesa.

A avaliação das necessidades foram realizadas nas duas primeiras semanas bem como a seleção e motivação dos participantes para a construção do grupo. Inicialmente delineou-se um programa constituído por 4 sessões (excluindo a sessão de esclarecimento do programa), mas com a continuidade do mesmo, pelo carácter flexível do programa, centrado nas necessidades e pelo interesse manifestado pelos elementos do grupo foi acrescentada uma quinta sessão em contexto de internamento. A duração de cada sessão foi organizada aproximadamente para 60 minutos, com frequência semanal no turno da tarde, com os seguintes temas:

- 0) Introdução ao Programa;
- 1) Alteração do estado mental – sinais prodrómicos;
- 2) Gestão da doença - fatores protetores da doença mental;
- 3) Tratamento não farmacológico - estratégias de *coping*;
- 4) Capacitação para a tomada de decisão informada – manutenção do tratamento e o uso do álcool;
- 5) Pedido de ajuda – recursos familiares e institucionais.

2.1 Internamento Hospitalar – caracterização

De forma sintetizada a unidade de internamento hospitalar do local de estágio possui a lotação de vinte camas para internamento misto, sendo que um quarto individual adquire as funções de isolamento sempre que necessário (neste caso devido ao plano de contingência implementado no hospital esteve sempre ocupado para efeitos de isolamento profilático entre o acolhimento da pessoa no internamento e o resultado do teste COVID). Para além das áreas de trabalho essenciais a um internamento existe também a sala de convívio, a sala de terapia ocupacional e um espaço exterior delimitado cujo objetivo principal é para os doentes com hábitos tabágicos poderem fumar em horas definidas. As visitas dos familiares e os horários das mesmas foram restringidos a dois períodos por semana, durante meia hora à terça e sábado e apenas a uma pessoa com agendamento prévio, imposto pelo plano de contingência do hospital devido à situação pandémica pela *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*; por dia cada doente tinha direito a fazer dois contactos telefónicos a realizar no turno da tarde através do telefone do serviço.

A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros de cuidados gerais, enfermeiros EESMP, médicos psiquiatras, terapeuta ocupacional, assistente social e assistentes operacionais. As intervenções de enfermagem especializada de âmbito grupal foram suspensas no internamento, porém foi-me permitido realizar as que me propus tendo em conta o número reduzido de pessoas a incluir nas intervenções deste cariz.

2.2 Hospital de Dia - caracterização

O Hospital de Dia (HD) do Serviço de Psiquiatria do referido Hospital é uma unidade de reabilitação psicossocial, em regime de internamento parcial, com o intuito da recuperação da pessoa com doença mental grave mediante um Plano Individual de Cuidados. Funciona de segunda a sexta-feira no período das 9-16h.

A equipa de profissionais deste serviço é composta por médico Psiquiatra, enfermeiras, psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social e assistente operacional.

Recentemente o HD sofreu remodelações, e com o apoio dum projeto financiado foi ampliado, possibilitando a criação de diferentes espaços de oficinas de arte com o objetivo da reabilitação da pessoa com doença mental grave através das suas capacidades artísticas (pintura, restauro, costura, etc.) é dinamizado, em modo de voluntariado, por um professor de artes com a supervisão da EEESMP. Investiu-se também num programa de reabilitação cognitiva, cujo objetivo é reduzir o impacto da doença a nível da memória e concentração é dinamizado pela terapeuta ocupacional e pela enfermeira EESMP cabendo a avaliação do programa a esta última. Para além destes existe a loja solidária de acesso livre a toda a comunidade, a funcionar três dias da semana, cujo atendimento é assegurado pelos utentes do HD sob a supervisão da enfermeira EESMP; o projeto de oficinas de culinária sob a orientação de um *Chef* de cozinha com a supervisão da Terapeuta Ocupacional e da EEESMP. Todos estes projetos de reabilitação psicossocial têm como objetivo de promover a inclusão social.

A par disto o HD contempla no seu modelo de intervenção Programas adaptados a cada utente: de Reabilitação nas Psicoses, de Reabilitação nas Perturbações Afetivas, de Intervenção Precoce na Psicose e Programa de Psicoeducação nas Psicoses. Durante o período de estágio e devido ao plano de contingência do hospital o número de utentes nas diferentes ofertas foi limitado e a sua frequência no HD também foi espaçada.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Face aos objetivos delineados no projeto, pretendo neste capítulo relatar os aspetos em contexto de estágio bem como o início do desenvolvimento das competências de EEESMP e mestre em enfermagem previstas pela OE. Convém ressaltar que apesar da minha experiência em saúde mental, mais concretamente na área dos comportamentos aditivos e dependências em contexto de ambulatório, ao longo do ensino clínico procurei manter sempre uma postura de abertura, ciente das minhas competências relacionais, mas também do meu nível de proficiência de iniciada, conforme refere Benner (2000), no que diz respeito às competências da enfermagem especializada. Neste sentido, para além das atividades já definidas foi possível desenvolver outras que surgiram como novas oportunidades de aprendizagem. Estas partiram de propostas previamente acordadas com as enfermeiras orientadoras nos dois contextos de estágio inicialmente em ambiente hospitalar e posteriormente em contexto comunitário.

3.1 Contexto de internamento

Em contexto de internamento é de salientar a multiplicidade de situações que foram alvo de intervenção e que me proporcionaram diferentes oportunidades de aprendizagem para a sistematização e gestão dos cuidados especializados de enfermagem à pessoa com doença mental em fase aguda.

A integração na equipa multidisciplinar foi facilitadora na medida em que já tinha decorrido um estágio neste local de internamento, contudo, o contexto pandémico em que nos encontrávamos foi sentido por mim como um fator limitador no contacto com a família da pessoa internada pois, as visitas destas durante o internamento, estavam reduzidas quer em tempo quer no número de dias inviabilizando o contacto com as mesmas nos turnos em que realizei o ensino clínico.

Neste campo de ação foi-me possível desenvolver competências e habilidades nos seguintes domínios:

- avaliação das necessidades da pessoa com doença mental em fase aguda;
- identificação e mobilização de fatores promotores da recuperação tendo em conta as condições facilitadoras/inibidoras de transição;
- estruturação e implementação de planos de cuidados individualizados no sentido de obter indicadores de processo e de resultados em saúde;
- intervenção em grupo terapêutico com o intuito de aplicar um programa psicoeducativo e promover a LSM.

3.1.1 O autoconhecimento

No decurso do ensino clínico foram vários os momentos que possibilitaram uma reflexão crítica e por conseguinte a elaboração de jornais de aprendizagem sobre determinadas experiências que de certa forma foram relevantes e possibilitaram o desenvolvimento do meu autoconhecimento. Assumindo-se como uma ferramenta, a elaboração do jornal de aprendizagem permitiu numa postura crítico-reflexiva sobre as situações da práxis de enfermagem, adotar um comportamento e um olhar diferente sobre os acontecimentos, ações e/ou reações, contribuindo para a consciencialização das minhas próprias ações e consequentemente na melhoria da prestação de cuidados. A título de exemplo traduzo nestes excertos, de um jornal de aprendizagem, a interação com uma senhora num episódio de crise de ansiedade que motivou um momento de reflexão:

Durante esta interação foram vários os sentimentos que experienciei. Senti empatia com a senhora pela sua história de vida, o sofrimento que já passou quer do ponto de vista físico quer psicológico numa idade tão jovem (...). E pelo duplo isolamento a que foi submetida (encontra-se em isolamento profilático porque está a aguardar resultado do teste para a Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) mas, para além disso tem indicação médica para não frequentar as atividades de terapia ocupacional quando este

terminar), sendo provavelmente o fator potenciador destas manifestações de ansiedade recorrentes.

(...) O sentimento de impotência também me assolou a mente quando terminámos o relaxamento por imaginação guiada e apesar de ter assumido que se sentia mais relaxada e tranquila a senhora continuou a preferir a ingestão do medicamento, momentaneamente também senti frustração e uma incapacidade em ajudar a resolver uma crise quando decidi utilizar uma intervenção psicoterapêutica. Contudo, este pensamento foi imediatamente refletido pois na realidade consigo compreender o quanto é complexo gerir as emoções numa crise de ansiedade, especialmente quando se criou o hábito de ser resolvida com um comprimido e, se tivesse competências para gerir as crises de ansiedade certamente que não tinha feito ingestão voluntária (...). Por outro lado, o tempo que intercede no desenvolvimento da relação terapêutica também influencia a aceitação por parte da senhora da necessidade de haver continuidade da intervenção não farmacológica, e essa era a minha intenção, desenvolver com a doente esta abordagem mas, o tempo que esteve internada não o permitiu.

A capacidade de ver para além do comportamento exterior e entender a situação do ponto de vista do cliente é de acordo com Townsend (2010) a criação de uma relação empática, é ver para além do comportamento externo e entender a situação do ponto de vista da pessoa, pode-se com precisão perceber e compreender o significado e a relevância dos pensamentos e sentimentos da mesma. A empatia é considerada uma das características mais importantes numa relação terapêutica. Por outro lado, a transformação pessoal é simplificada quando o profissional é aquilo que é, quando as suas relações com o cliente são autênticas e sem máscara nem fachada, expressando abertamente os sentimentos e as atitudes que fluem nele (Rogers, 2010). Num pensamento metacognitivo, ou seja, a autoapreciação e o autocontrole cognitivo como forma de pensamento permitiu-me compreender que ao refletir sobre as interações que tive consegui entender a relevância do meu autoconhecimento no desenvolvimento pessoal e profissional, e como estas dimensões podem influenciar a relação terapêutica. Considerada esta como uma interação particular entre duas pessoas contribuindo cada uma para a procura e a

satisfação de uma necessidade de ajuda, o profissional adota um modo de estar e de fazer e comunica-o em função dos objetivos a alcançar. Os objetivos estão ligados ao pedido do cliente e à compreensão que o profissional tem dessa dificuldade. Para tal, é primordial que o EEESMP consiga ter um conhecimento profundo sobre si mesmo, estar mais consciente dos seus sentimentos e conseguir aceitá-los de forma a contribuir para o desenvolvimento da relação terapêutica, sendo esta feita de trocas, exige uma abertura recíproca onde cada um dá e recebe. (Chalifour, 2008).

Em suma, o autoconhecimento é muito importante para o meu desenvolvimento pessoal e um dos grandes benefícios é ter à minha disposição respostas que permitam compreender porque penso, como penso, porque e como ajo de determinada maneira, porque sou, como sou, a prática de me conhecer melhor faz com que tenha controle sobre as minhas emoções independentemente de serem positivas ou não. Como diz Phaneuf (2001) a tarefa do autoconhecimento nunca está terminada e os meios para nos conhecermos são ilimitados; a reflexão, a tomada de consciência da nossa personalidade e o feedback dos outros possibilita a nossa descoberta, o que somos, como somos e o que precisamos fazer para melhorar sendo a introspeção o instrumento para o autoconhecimento.

O autoconhecimento num propósito de enfermagem especializada em saúde mental, independentemente do *setting* terapêutico e, tendo como base a relação de ajuda, o que realmente importa é que a reflexão conduza à ação e que esta remeta de novo à reflexão, como meio e modo de descristalizar a minha conduta (Nunes, 2013). Esta postura crítico-reflexiva da prática, permitiu então compreender como intervir de outra forma em situações similares e reconhecer o que se fez bem e melhorar o que pode ser modificado, conseguindo alcançar de forma continuada o desenvolvimento profissional bem como os objetivos em função do pedido de ajuda.

3.1.2 A construção da relação terapêutica

No seguimento do que já foi referido e não havendo segmentação nos cuidados de enfermagem, ir ao encontro do outro com o intuito de estabelecer

com ele uma relação significativa supõe primeiro tomar conhecimento, construir dela uma imagem mais precisa. Esse conhecimento do outro permite fazer emergir uma realidade nova, isto é o reflexo do que é esta pessoa na sua maneira de ser, de sentir e de se comportar. No domínio dos cuidados de enfermagem a representação que formamos da pessoa junto da qual intervimos deve ser suficientemente clara para que possamos compreendê-la e ajudá-la (Phaneuf, 2005). Ainda sobre isto, Chalifour (2008) acrescenta que ajudar a pessoa, é ajudá-la a tomar consciência da sua necessidade, a aceitá-la, e, ajudá-la a encontrar a melhor maneira de utilizar a sua energia para que possa responder, assente numa relação de ajuda marcada pela aceitação, compreensão, acolhimento e esperança ao longo das diferentes fases da mesma.

Neste sentido o Estudo de Caso oferece a possibilidade de ampliação da visão, apreendendo a pessoa na sua integridade e no seu contexto. Esta metodologia permite a análise da dinâmica dos processos na sua complexidade, o que constitui a sua condição específica de contribuição à construção do conhecimento científico (Pereira *et al*, 2009) e é feita investigação aprofundada da realidade a partir do interesse em compreender os fenómenos complexos, na busca do entendimento das características de acontecimentos quotidianos, numa perspetiva holística e significativa para o conhecimento visando compreender a singularidade e globalidade dos casos, paralelamente (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

O estudo de caso clínico consolida então as ações de enfermagem, proporciona uma visão individual e personalizada, na qual a pessoa é vista como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas; proporciona um elo entre as diversas áreas que intervêm junto da pessoa; possibilita uma familiarização do profissional de enfermagem com a literatura científica, utilizada para sustentar as suas decisões; contribui na formação de um corpo concreto de conhecimento de enfermagem, pois os registos e arquivos dos estudos de casos podem ser utilizados como referência futura e conseqüentemente contribui para melhorar o desempenho da equipe de enfermagem (Galdeano *et al*, 2003).

Na elaboração do estudo de caso realizei entrevista de avaliação diagnóstica, as entrevistas de ajuda em diferentes momentos, foram consultados

os registos clínicos de enfermagem e diários clínicos de outros internamentos e os atuais. Na exposição do caso clínico tive em apreciação os antecedentes pessoais/familiares e de saúde, caracterização familiar, aspetos físicos, história psiquiátrica pessoal/familiar, avaliação através do exame do estado mental. Os diagnósticos de enfermagem tiveram por base a taxionomia de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a análise da prática seguiu o modelo da Teoria das Transições. Os focos de enfermagem foram identificados, e as intervenções definidas com o objetivo de: (1) promover a adesão ao tratamento, (2) ajudar a desenvolver respostas adaptativas com vista à recuperação da saúde mental, (3) ajudar a inteirar-se dos défices na saúde mental causados pelos fatores de risco, (4) promover o empoderamento com vista ao desenvolvimento dos seus conhecimentos e dos fatores de proteção face à doença mental, (5) capacitar para o autocuidado e (6) capacitar para a tomada de decisão informada.

A escolha da situação teve por base o interesse em querer aprofundar conhecimentos acerca da perturbação afetiva bipolar, por outro lado durante a interação com a pessoa em questão apercebi-me que empoderar a pessoa para a autogestão da doença seria verdadeiramente importante. Em todo o processo a pessoa selecionada para este estudo de caso teve uma participação ativa: a construção do Genograma e Ecomapa com a própria pessoa possibilitou a consciencialização das relações, dos apoios familiares, bem como dos seus recursos institucionais e sociais; participou na construção dos objetivos propostos e nas estratégias definidas.

Ao longo da vida todas as pessoas vivenciam processos de transição, sendo estas um resultado da mudança de vida, na saúde, relacionamento e ambiente; as transições são determinadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem, podendo ser explicados através de processos e ou de resultados obtidos (Meleis, *et al.*, 2000). As pessoas com perturbação afetiva bipolar no decurso da transição para a doença passam por uma condição de crise difícil e angustiante face à mesma. Pelo que é importante como enfermeira especialista ajudá-las na consciencialização do seu estado de doença, esta relaciona-se com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento de uma experiência de transição pela própria pessoa. Assim, o estado de consciência

reflete-se no grau de congruência entre o que se sabe sobre os processos e as respostas esperadas. (Meleis *et al.*, 2000)

A condição do empowerment na pessoa com perturbação afetiva bipolar não está circunscrita e sujeita apenas às suas relações familiares e sociais, mas também ao ambiente em que a mesma está inserida e aos recursos internos que a própria reconhece ter. É então fundamental em conjunto com a pessoa, ajudá-la a adquirir conhecimentos e competências para saber escolher no sentido de desenvolver a autonomia latente, a capacidade de escolher e de decidir tornar-se saudável pelas opções que toma.

A entrevista e o estudo de caso são primordiais para a avaliação aprofundada, pois durante a realização da primeira, e na elaboração do estudo de caso, pude compreender a complexidade da história de vida desta pessoa e o sofrimento subjacente à mesma. Apesar do momento agudo da doença, a relação terapêutica estabelecida nesta interação permitiu a aceitação da intervenção e o suporte para o processo de consciencialização da necessidade de mudança de comportamento.

Dada a importância da continuidade de cuidados e tendo o EEESMP uma visão da mesma deve por isso promover a capacitação da pessoa de uma forma contínua e estruturada, de maneira a assegurar que a resposta reabilitacional seja o mais eficaz possível (OE, 2021). Não sendo um procedimento instituído neste serviço de internamento, entendi que após a alta deveria ser feita uma consulta de enfermagem para *follow-up* ao fim de um mês com o objetivo de monitorizar a situação, uma intervenção breve focalizada na adesão ao tratamento, e o *feedback* dado pela própria pessoa e pela família foi positivo; posteriormente na reunião da equipa comunitária (no ensino clínico em contexto comunitário) tive a oportunidade de efetuar o ponto da situação com a enfermeira da respetiva Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e traçarmos algumas estratégias para dar continuidade aos indicadores de processo (como por exemplo a necessidade de manter a medicação *depôt*) e de resultado (local e hora para a adesão à administração da medicação dado que retomou as atividades laborais) que tinham sido previamente identificados e decididos com a própria durante o internamento. Neste sentido, é muito importante a pessoa sentir que tem apoio profissional de referência nas várias

fases da doença, o acompanhamento de proximidade é uma mais-valia, sendo deste modo importante a articulação com os serviços especializados e os vários intervenientes no processo a nível comunitário, para que haja o acompanhamento efetivo das pessoas com doença (OE, 2021).

3.1.3 A intervenção psicoterapêutica - Relaxamento por Imaginação guiada

Diferentes técnicas de relaxamento podem ser utilizadas na promoção da saúde mental. A técnica de Imaginação Guiada (I.G) apresenta-se como um método de indução de relaxamento pela imaginação de representações relaxantes através da leitura de um guião. (Guerra *et al.*, 2013)

Esta intervenção psicoterapêutica pode ser utilizada no tratamento na autogestão da doença e redução da ansiedade. (Payne, 2010)

É escassa a literatura que mostre resultados sobre a eficácia da técnica em doentes internados em serviço de psiquiatria. Contudo, a aplicação deste programa de I.G. num serviço de psiquiatria promoveu a aquisição de competências na utilização de técnicas de relaxamento no dia-a-dia perante situações identificadas como desencadeadoras de *stress*/ansiedade e de autocontrolo.

A intervenção psicoterapêutica de I.G. foi aplicada aos doentes internados no serviço de psiquiatria do hospital, constituída por 4 sessões, com a duração de 50-60 minutos. Foram definidos como critérios de exclusão o estado confusional, síndrome demencial, atividade alucinatória/delirante e acuidade auditiva reduzida.

O consentimento informado foi previamente solicitado e garantida a confidencialidade a todos os participantes.

Para a concretização desta sessão foi fundamental criar o ambiente favorável à realização do relaxamento, sobretudo num espaço amplo, confortável, com temperatura adequada, pouca luz e silencioso. O relaxamento é preconizado para que seja efetuado num colchão individualizado, mas devido à implementação do plano de contingência e às exigências sanitárias de prevenção da COVID-19, a utilização do ginásio ficou suspensa e o relaxamento

foi feito com a pessoa sentada numa cadeira na sala da terapia ocupacional, no turno da tarde.

Os textos com referência a cenários bucólicos campestres ou fim de tarde na praia foram previamente acordados com o grupo de acordo com a preferência da maioria; as músicas escolhidas de cariz relaxante e alusivas ao cenário correspondente proporcionaram e facilitaram a evolução do relaxamento.

A avaliação de cada sessão foi realizada através da utilização de uma grelha de observação (apêndice 2), pela avaliação dos sinais vitais (antes e após o relaxamento), e pela aplicação de um questionário sobre sentimentos vivenciados durante a sessão.

3.1.4 O programa psicoeducativo

A aplicabilidade do programa psicoeducativo ao grupo teve o seu início em contexto de internamento e decorreu em diferentes fases:

1^a- Seleção dos participantes tendo em consideração os critérios de inclusão e exclusão;

2^a- Sessão de esclarecimento do programa ao grupo de pessoas seleccionadas e que aceitaram participar. O tempo que mediou o início do ensino clínico até esta fase favoreceu o constructo da relação terapêutica com a maioria das pessoas durante as intervenções de enfermagem facilitando de certa forma a motivação para participarem.

3^a- Desenvolvimento e planeamento das sessões temáticas com recurso a mediadores expressivos /atividades criativas previamente seleccionadas como seja através do desenho, colagem, moldagem com pasta, jogo interativo. Elaboração do “*kit* das atividades” com todo o material necessário para as diferentes intervenções: canetas de cor, papel para desenho, recortes coloridos, recortes de imagens, colas, caixas de cartão e pasta de moldagem. O jogo pedagógico interativo foi elaborado em computador, impresso em papel e entregue a cada participante utilizando-se uma abordagem mista tendo em conta as condições higieno sanitárias pela COVID-19.

4^a- Realização das sessões planeadas com as devidas adaptações. Como referido anteriormente, a quinta sessão foi realizada de forma imprevista uma

vez que foi solicitada pelos participantes em contexto de internamento; fazendo-me acompanhar do “Kit das atividades” e, após validação com a orientadora de estágio, foi decidido momentaneamente aproveitar o pedido e efetuar uma outra intervenção.

5ª- Avaliação do programa ao longo da aplicação do mesmo e no final de todas as sessões realizadas; discussão dos resultados com as respetivas orientadoras de estágio.

A descrição desta intervenção será pormenorizada nas atividades desenvolvidas em contexto comunitário tendo em conta que o programa psicoeducativo aplicado foi o mesmo.

3.2 Contexto comunitário

As atividades desenvolvidas neste contexto de ensino clínico decorreram num serviço de hospital de dia dirigido a pessoas adultas com doença mental de acordo com um plano individual de cuidados e reabilitação psicossocial.

Constatou-se a existência de diferentes subgrupos de pessoas a frequentar o HD consoante as oficinas de atividades terapêuticas em que estavam integrados. Neste sentido optou-se por intervir junto do grupo que integrava o treino de competências sociais e cuja frequência no HD era diária. As intervenções de enfermagem neste programa de treino de competências permitem o desenvolvimento de adaptações às situações de vida e condição de saúde mental criando estratégias de empoderamento e capacitação com a própria pessoa que lhe permitam a exequibilidade das mesmas como por exemplo, aprender o circuito e horários dos autocarros urbanos de forma a aumentar a adesão ao HD e diminuir o isolamento social, gerir o dinheiro, etc.

A inclusão na equipa multidisciplinar e aceitação do grupo permitiu identificar as necessidades, aproveitar as oportunidades e intervir nos momentos como por exemplo, promover a socialização através da ingestão de um café, ou proporcionar um passeio nas imediações do hospital promovendo momentos de bem-estar quer em grupo quer de forma individualizada; potenciar as capacidades e fatores de adaptação da pessoa com doença mental de forma a

reduzir ou eliminar os riscos associados à doença, todas estas intervenções foram facilitadas pelo desenvolvimento e vinculação da relação terapêutica.

Ao longo deste ensino clínico foram desenvolvidos jornais de aprendizagem que permitiram a reflexão da ação e o *continuum* desenvolvimento profissional e pessoal.

No sentido de promover a inclusão social e reduzir o estigma foi pensada uma intervenção socioterapêutica em que estava preconizada uma visita com o grupo de utentes do HD ao centro da cidade para apreciar a arte urbana em diferentes locais da mesma. Devido às condições atmosféricas que se verificaram a intervenção teve que ser cancelada e optou-se por fazer uma visita ao átrio do hospital e apreciar uma exposição de pintura realizada por outros utentes da oficina de arte bruta do HD.

3.2.1 Intervenção Psicoeducacional

Como já foi referido, esta intervenção psicoterapêutica teve uma primeira aplicação no contexto de internamento e posteriormente foi implementado em contexto comunitário; quer num ou noutro local começou sem constrangimentos, prosseguindo de acordo com o planeamento apresentado em projeto, e teve sempre implícitos os princípios ético-deontológicos em cuidados de saúde (OE, 2015). A definição dos critérios de inclusão e exclusão para a formação dos dois grupo-alvo permitiram respeitar o princípio da beneficência e não-maleficência, tendo também em linha de conta que a pessoa com doença mental possui determinadas vulnerabilidades próprias da sua individualidade e que podem comprometer a sua autonomia e funcionalidade em determinada fase da doença. Foi minha intenção ao longo do desenvolvimento do programa a proteção individual de cada pessoa inserida no grupo, e sempre que necessário foram desenvolvidas algumas intervenções individuais potenciando assim o princípio da justiça e da vulnerabilidade.

Na sessão (0) optou-se por utilizar uma dinâmica de grupo para promover a apresentação de cada participante, simultaneamente estimular a coesão grupal e assumirem o compromisso do que é partilhado em cada sessão fica no grupo, estabelecendo-se assim o princípio da confidencialidade. Para além disto, o

consentimento informado (Apêndice 1), livre e esclarecido por parte de cada elemento que integrou o grupo foi acautelado com a assinatura de contrato terapêutico, estando prevista a possibilidade de desistência sempre que o entendessem e em qualquer momento, respeitando-se assim o princípio da autonomia.

Na 1ª sessão utilizou-se uma dinâmica de grupo com o intuito de identificar e aumentar os conhecimentos acerca dos sinais de alerta da doença. Para promover a expressão de sentimentos, com recurso à técnica expressiva do desenho solicitou-se que reproduzissem a sua paisagem preferida, durante a qual se colocou música relaxante. Durante a reflexão e na partilha de sentimentos positivos associados foi importante reconhecerem que através do desenho, música ou imaginar lugares podem aliviar ou diminuir sintomas e que estes até podem ser comuns a outras pessoas.

Promover a autoconsciência dos fatores protetores da doença foi o objetivo da 2ª sessão através da “caixa do eu”. Recorrendo a uma caixa de cartão branca e com tampa, cada elemento colou recortes de papel colorido decorando as faces da caixa interna e externa; selecionando os seus fatores protetores (recortes de imagens relacionados com alimentação, sono, exercício físico, laser, cuidados com a imagem, medicação etc.) e colocou dentro da caixa. Além do impacto visual, esta técnica permitiu trabalhar como algumas pessoas cuidam da parte externa e não cuidam da interna e vice-versa; e refletir sobre a importância dos seus fatores protetores e a possibilidade do desenvolvimento de outros para a prevenção de crises que exacerbem a doença.

Na 3ª sessão o objetivo prendia-se com ajudar a identificar estratégias de *coping* para lidar com os sintomas e os problemas do quotidiano. Recorrendo a imagens alusivas a estratégias de *coping* mental, físico, emocional e espiritual, cada pessoa selecionou as suas e colou numa folha as que pratica e as que gostava de praticar com a respetiva legenda. A realização desta atividade conduziu à identificação e autoconsciência das estratégias a utilizar para lidar com a sintomatologia, também foi uma experiência interessante pois os elementos do grupo compreenderam e sintetizaram que nem sempre o que é melhor para mim pode ser para o outro.

O *empowerment* e a capacitação para a tomada de decisão informada acerca do uso do álcool e a sua interação na manutenção da doença foram os objetivos da 4ª sessão, através de uma aplicação informática foi criado um jogo pedagógico interativo, com perguntas e seleção da resposta certa que possibilitou a discussão para verbalizarem os conhecimentos, experiências, argumentarem as decisões e as possíveis consequências das mesmas. As ideias preconcebidas e os mitos associados a esta temática foram debatidos exaustivamente pelos participantes assumindo que a falta de informação em determinados aspetos pode originar decisões com consequências imprevisíveis nomeadamente no que diz respeito à interação medicamentosa com o uso do álcool. No final da sessão foi proporcionado um momento de expressão criativa livre com recurso a pasta de moldagem, no sentido de desencadear simbolicamente uma ocasião prazerosa e relaxante.

Promover a consciencialização para a necessidade de pedir ajuda nas diferentes fases da doença foi o objetivo da última e 5ª sessão. Através de imagens representativas de família, amigos, instituições e profissionais de saúde refletiu-se sobre as escolhas e a importância de se pedir ajuda, o que se pode prevenir em relação a possíveis recaídas e os ganhos em saúde quando se aceita e reconhece a necessidade de ajuda. Pelo que reportaram ficou evidente que nas primeiras situações de surto da doença o arrastamento do pedido de ajuda foi muito tardio com exacerbação de sintomas tendo por vezes sido necessário internamentos compulsivos. Por outro lado, também foi ressaltado pelos intervenientes que aos primeiros sinais de alerta identificados solicitar o apoio da família e da equipa de saúde de referência faz toda a diferença no tempo de remissão dos sintomas e de possíveis internamentos.

Yalom e Leszcz (2006) afirmam que o terapeuta também contribui muito para o sentido de estrutura do grupo em internamento, pelo seu estilo pessoal e da sua presença. Townsend (2011) também defende que o tema a abordar deve ser do conhecimento e domínio do enfermeiro e deve ter a capacidade de reproduzir o tema numa linguagem acessível a todos os elementos do grupo. Enquanto dinamizadora do grupo foi importante a tomada de consciência das minhas capacidades para a utilização dos recursos e a experiência anteriormente adquirida, para ir ao encontro das potencialidades e objetivos da

intervenção psicoeducativa mantendo uma atitude decidida e segura contribuindo deste modo para a tranquilização dos participantes a confiarem no grupo e onde se sentissem compreendidos e aceites em cada sessão.

Ciente de que num grupo aberto, e especialmente em contexto de internamento a probabilidade de rotação dos participantes seria elevada foi muito relevante a estrutura do programa em temáticas não sequenciais o que facultou maior eficiência e objetividade em cada uma das sessões com consequentes benefícios para os mesmos; por outro lado, o envolvimento de cada participante nesta intervenção terapêutica foi evidenciada pelas partilhas de experiências, pelo manifesto interesse em quererem continuar, pela adesão demonstrada nas diferentes sessões e em qualquer contexto.

A utilização dos mediadores expressivos/atividades criativas facilitou a autoexpressão, a interação social, a comunicação das interessantes e diversas partilhas de experiências, possibilitou o alívio emocional e catarse¹ num ambiente protegido, propício à criatividade e à livre expressão (Vaartio-Rajalin *et al.*, 2021). Ao disponibilizar recursos e atividades criativas diversificadas que pudessem ser objeto de identificação por parte de cada participante e em cada sessão, possibilitou que comunicassem a partir dos mesmos; permitiu desconstruir o modo de cuidar assistencialista que a pessoa com doença mental espera em contexto de internamento. Aliado a isto, os fatores terapêuticos identificados por Yalom e Leszcz (2006) tais como a universalidade (a problemática é extensiva ao outro), a aprendizagem interpessoal, o altruísmo (apoiar e ajudar o outro aceitando-o como é) e incutir a esperança, proporcionados pelos próprios participantes facilitaram os processos de capacitação e por conseguinte a LSM.

3.2.2 Outras intervenções

Na fase final deste ensino clínico, e apesar de ser à margem do projeto mas indo ao encontro da partilha e da translação do conhecimento na área da saúde mental, foi-me proposto o desafio pela Professora Orientadora de apresentar um

¹ Catarse - a sensação de alívio decorrente da partilha de um pensamento ou emoção. (Sequeira, 2016)

póster científico no Congresso “Mais acesso, melhor saúde: capacitar populações vulneráveis” organizado pela Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. Na perspetiva de que a Literacia em Saúde também se transpõe pelos conhecimentos que os profissionais de saúde desenvolvem e adquirem no seu desenvolvimento profissional considerei que seria muito oportuno aproveitar o momento para divulgar o trabalho desenvolvido em relação à capacitação da pessoa com doença mental através do relaxamento por imaginação guiada. Não sendo a primeira vez em que participei como preletora em congressos científicos, foi estreia a criação e apresentação de um póster científico, valeu a experiência da co-autora, pois resumir muito num curto espaço é tarefa difícil. Contudo ficou a gratificação pela confiança depositada e a satisfação pessoal e profissional de contribuir um pouco para a comunidade científica, na certeza porém de que muito mais poderei fazer para continuar a cooperar.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Relaxamento por Imaginação Guiada

A intervenção psicoterapêutica de Relaxamento por Imaginação Guiada (I.G.) foi aplicada a 11 doentes internados no serviço de psiquiatria, dos quais dois participaram mais do que uma vez.

A avaliação foi realizada através da utilização de uma grelha de observação (apêndice 2), avaliação dos sinais vitais (antes e após o relaxamento), e questionário sobre sentimentos vivenciados durante a sessão. Através da grelha de observação constatou-se que 90% dos participantes apresentaram respiração regular e profunda, com concentração/atenção elevada, sem dificuldade no cumprimento das instruções. Apenas 2% apresentaram sinais de tensão latente ou inquietação/agitação psicomotora. A monitorização dos sinais vitais antes e após o relaxamento mostrou uma diminuição na tensão arterial e frequência cardíaca (apêndice 3).

No final de cada sessão 100% dos participantes referiram ser uma atividade do seu interesse, de fácil realização, que proporcionou momentos agradáveis e de relaxamento; e consideraram a hipótese de a utilizar no seu dia-a-dia. Em relação aos sentimentos vivenciados durante o relaxamento 100% identificou bem-estar físico, 86% bem-estar mental e 72% conforto durante a implementação da técnica. Pontualmente cerca de 14% referiu sonolência, e 7% inquietação, ansiedade e tensão com dor muscular.

Depreende-se então que esta intervenção psicoterapêutica proporciona bem-estar físico e mental com impacto no sistema nervoso autónómico, que se traduziu pela diminuição da tensão arterial e frequência cardíaca. Esta intervenção psicoterapêutica demonstrou ser eficaz na capacitação da pessoa com doença mental, como estratégia a utilizar para lidar com situações de *stress*/ansiedade. Conclui-se que o relaxamento por IG realizada pelo EEESMP beneficia a pessoa internada num serviço de psiquiatria.

4.2 Avaliação do Programa Psicoeducativo

A avaliação desta intervenção foi realizada em dois momentos uma vez que os parâmetros de avaliação sofreram alterações do contexto de internamento para o contexto do Hospital de Dia tendo em linha de conta as características dos grupos em cada local.

O Programa Psicoeducativo aplicado no internamento contou com 5 intervenientes num total de 17 participações.

Caracterizado à partida como grupo aberto e com temáticas específicas por sessão, nem todos os intervenientes usufruíram do mesmo número de sessões justificado pela alta clínica.

Da avaliação sociodemográfica (apêndice 4) deste grupo salienta-se que:

- A maioria dos participantes era do género masculino (60%).
- Com intervalo de idades compreendido entre os 64 e os 25 anos, sendo a média de idade aproximada de 43 anos.
- 60% dos elementos tinham como estado civil de solteiro, 20% casado e 20% em união de facto.
- 100% dos elementos eram alfabetizados, dos quais 80% com equivalência ao ensino secundário e 20% com o segundo ciclo do ensino básico.
- 40% dos elementos com trabalho ativo, 40% em situação de desemprego e 20% dos elementos do grupo encontrava-se em situação de reforma.

A assiduidade ao Programa foi elevada, a adesão para participar nas sessões recorrendo às atividades expressivas foi de 87.5%, apenas 1 pessoa recusou participar numa sessão.

A avaliação foi realizada através da utilização de questionário antes e após a sessão, constituído por duas partes: avaliação sociodemográfica e conhecimentos sobre saúde mental.

No início de cada sessão foi feita a avaliação diagnóstica: em 2 temas foi aplicado questionário de conhecimentos antes e após a sessão; nas restantes

questionou-se o que sabiam acerca do assunto aplicando uma escala de *likert* de 0-4, em que se considerou 0-nada, 1-pouco, 2-normal, 3-muito e 4-muitíssimo.

No total das participações 70% consideraram ter um conhecimento normal, 18% muito e 12% pouco.

No final de cada sessão foi feita a avaliação da atividade com indicadores da importância do tema e o que considerou ter aprendido cada participante, aplicando a mesma escala de *likert*.

Da avaliação do programa constatou-se que:

- no indicador da importância do tema 65% considerou “muitíssimo importante”, 30% “muito” e apenas 5% considerou “normal”;
- o maior deficit de conhecimento incidiu sobre a temática do álcool e estratégias de *coping*;
- o maior nível de conhecimento constatou-se na identificação dos sinais de alerta;
- em termos gerais houve um incremento no indicador conhecimento, 60% considerou ter aprendido muitíssimo, 20% muito e 20% normal;
- do total das participações 80% consideraram estar “muito confortável” a realizar a atividade e os restantes 20% responderam “confortável”.

O Programa Psicoeducativo aplicado em contexto comunitário contou com 22 participações de 5 intervenientes, por se manter um grupo aberto um dos intervenientes não participou em todas as sessões. Da avaliação sociodemográfica deste grupo salienta-se que:

- A maioria dos participantes era do género feminino (43%).
- Com intervalo de idades compreendido entre os 73 e os 32 anos, sendo a média de idade aproximada de 53 anos.
- 80% dos elementos tinham como estado civil de solteiro.
- 100% dos elementos eram alfabetizados, dos quais dois com equivalência ao ensino secundário, dois com o terceiro ciclo, um com segundo ciclo do ensino básico e zero com o ensino superior.

- 80% dos elementos do grupo encontrava-se em situação de reforma, apenas um elemento se encontrava em situação de desemprego.

Neste contexto foram realizadas as quatro sessões inicialmente propostas uma vez que foi realizada uma intervenção pela enfermeira EESMP do HD alusiva ao tema do pedido de ajuda.

A necessidade de mudança de estratégia após apreciação diagnóstica da situação levou a que se alterasse também a forma de avaliação: grupo familiarizado com intervenções psicoeducativas, faixa etária mais elevada, os participantes contestaram na primeira sessão o preenchimento dos questionários em dois momentos referindo “isto é muito papel para preenchermos”. Nas sessões seguintes a avaliação foi realizada apenas no final de cada sessão com a aplicação de um questionário com respostas múltiplas alusivas a cada temática abordada.

A assiduidade ao Programa foi de 100%, dos que aceitaram participar ninguém faltou ou recusou participar.

Da avaliação do programa constatou-se que:

- no indicador da importância do tema 100% considerou “muito importante”;
- o maior *deficit* de conhecimento incidiu sobre a temática do álcool;
- o maior nível de conhecimento constatou-se na identificação dos sinais de alerta;
- 90% respondeu de forma acertada;
- do total das participações 90% considerou estar “muito confortável” a realizar as atividades e 10% confortável.

Pode-se presumir que os participantes em qualquer contexto estavam motivados para este tipo de intervenção, tendo em consideração as seguintes verbalizações: “afinal até tenho jeito”, “sabe bem mexer no barro, é relaxante”, “vai haver outra sessão?”, “vamos fazer mais atividades?”, “é muito importante falarmos destas coisas”, “estava tão concentrado a desenhar que nem dei conta do tempo passar”.

Depreendeu-se também que em contexto comunitário, pelas características deste, o grupo de participantes estava familiarizado quer com programas psicoeducativos quer com as atividades expressivas facilitando deste modo a concretização do mesmo.

Verificou-se que através da aplicação desta intervenção psicoterapêutica pelo EEESMP resultaram ganhos em saúde tais como: a promoção do autoconhecimento, o incremento de conhecimentos, a capacitação para a tomada de decisão informada, a expressão de sentimentos em conformidade com Gordon & Kenny, 2018; Godoy *et al.*, 2020. Para além disto, foi possível demonstrar a importância e a possibilidade de aplicar um programa psicoeducativo para a autogestão da doença em contexto de internamento capacitando a pessoa com doença mental.

Concluimos que o recurso aos mediadores expressivos permitiu o envolvimento ativo da pessoa no seu processo de tratamento, revelaram-se facilitadores e viabilizaram maior espontaneidade, criatividade entre as pessoas e no grupo como um todo, favorecendo um espaço para reflexão e novas aprendizagens no processo de capacitação para a autogestão da doença mental conforme Pozzobon & Marin, 2021; Vaartio-Rajalin *et al.*, 2021. A intervenção parece ter produzido melhorias ao nível da LSM.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO EESMP

Conforme a área de especialidade os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de competências específicas que, segundo o Regulamento n.º 515/2018 da OE, “na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EEESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.”

O ensino clínico deu início a uma trajetória de obtenção de competências específicas do EEESMP, através de um percurso de aprendizagem que permitiu o desenvolvimento das minhas habilidades e competências relacionais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados. Conforme mencionado por Chalifour (2008), sendo eu um sistema aberto possuo também características pessoais, experiências de vida e de trabalho diversificadas, com habilidades de contacto e de comunicação pelo que nesta trajetória de aprendizagem apesar de toda a experiência relacional que tenho na intervenção à pessoa com comportamentos aditivos e dependências (CAD), foi importante a tomada de consciência da minha pessoa durante a relação terapêutica e na realização das diferentes intervenções impedindo interferências quer com a pessoa cuidada quer como elemento integrante da equipa multidisciplinar. Ampliar “um forte sentido de autoconsciência e auto entendimento” (Townsend, 2011, p. 130) foi possível através da elaboração dos jornais de aprendizagem, das reflexões e partilha de conhecimentos realizadas com as EEESMP nos diferentes contextos de estágio, bem como as sucessivas supervisões com a professora orientadora, proporcionando simultaneamente a monitorização das reações e respostas comportamentais ao longo do processo terapêutico, aprimorando o pensamento crítico mas também as competências e habilidades necessárias para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Benner (2001) afirma que a planificação consciente e deliberada que caracteriza o nível de competência especializada, ajuda a ganhar eficiência e

organização. Neste sentido, e tendo como centralidade a pessoa com doença mental em diferentes etapas do tratamento, planejaram-se e desenvolveram-se intervenções psicoterapêuticas no sentido de criar um processo de transição relacionadas às experiências de saúde ou de doença da pessoa. Salienta-se neste campo de ação a concretização do estudo de caso clínico como forma de sistematização destas intervenções, realizando uma análise holística da situação, pormenorizada e reflexiva possibilitando a avaliação e compreensão global para o delinear de estratégias adequadas e intervenções exequíveis com a pessoa no âmbito da saúde mental.

Desenvolveu-se um programa psicoeducativo, e implementaram-se intervenções com o intuito de promover a LSM capacitando a pessoa/grupo pelo conhecimento, compreensão e autogestão da doença mental. Por outro lado, proporcionar à pessoa o uso da técnica de imaginação guiada como intervenção psicoterapêutica alternativa e complementar ao tratamento possibilitou também a libertação de tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes passíveis de serem aplicadas pela própria pessoa.

Como já foi referido anteriormente no terceiro capítulo ficou por desenvolver a intervenção em termos de apoio aos familiares da pessoa com doença mental, admitindo a mais-valia para a maioria das pessoas a quem prestei cuidados de enfermagem no sentido de promover a LSM referente quer às intervenções farmacológicas quer às opções não farmacológicas, e a possibilidade de capacitar através de apoio e/ou intervenções psicoeducativas sistematizadas à pessoa significativa e/ou família.

Ressalvo que o ensino clínico foi na sua generalidade focado na pessoa adulta e idosa, visto que não foi possível prestar cuidados em todos os estádios de desenvolvimento do ciclo de vida. Contudo, defendendo que a intervenção para a promoção da saúde mental e a prevenção da doença deve ser o mais precocemente possível é minha intenção manter-me integrada na equipa de Prevenção no local onde exerço funções, para além disso, considero que num futuro próximo consiga intervir e aplicar estratégias para a capacitação de crianças e jovens de uma comunidade escolar inserida em Unidade de Cuidados na Comunidade.

Em última análise, considero que o projeto traçado com conseqüente implementação nos diferentes contextos do ensino clínico competiu para o desenvolvimento e aquisição das competências de EEESMP.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão de uma transição implica que a pessoa atingiu um período de maior estabilidade em relação ao que tinha inicialmente, e uma característica importante da transição é que esta é essencialmente positiva (Meleis, 2000). Em concordância com a autora, nesta fase de transição educacional e profissional em que me encontro, foram várias as mudanças ao longo deste desenvolvimento de competências especializadas, esta transição situacional como processo dinâmico exigiu uma série de respostas (aprendizagens, consolidação e aplicação de conhecimentos), adaptações (pessoais, familiares, profissionais e como estudante), autoconhecimento e autoconsciência das mudanças que foram ocorrendo para conseguir alcançar os resultados pretendidos como o desenvolvimento das competências específicas de EEESMP e as que conferem ao grau de mestre.

Os contextos em que os cuidados de enfermagem são prestados influenciam a prática de enfermagem, pelo que, apesar da longa experiência na área dos comportamentos aditivos e dependências, sair da zona de conforto e experienciar novos contextos e novas temáticas foi fundamental para o salto qualitativo e abrangente da minha intenção em adquirir uma intervenção especializada em enfermagem de saúde mental.

Em 2012 o Conselho Internacional de Enfermeiros declarou que os enfermeiros estão bem posicionados para fornecer informação relevante acerca dos contextos e é primordial esta compreensão para inovar serviços locais e desenvolver novas formas de trabalhar. Pese embora as evidências em contexto comunitário, promover a LSM através do Programa Psicoeducativo em contexto de internamento foi uma experiência empreendedora uma vez que é escassa a literatura sobre a intervenção psicoeducativa do EEESMP recorrendo a atividades criativas na sua dinamização, neste contexto e na população portuguesa. As intervenções realizadas possibilitaram à pessoa com doença mental a reflexão e partilha de experiências sobre a gestão da doença, e a identificação de competências a desenvolver em termos de autocuidado. O

recurso às atividades criativas como método de intervenção permitiu traduzir de forma simbólica e metafórica um modo de ensino e aprendizagem, revelando-se facilitadoras no processo de capacitação na autogestão da doença mental e otimizar a saúde e o bem-estar baseado num relacionamento terapêutico. Os resultados obtidos neste estudo indicam esta intervenção terapêutica como uma proposta válida na promoção da LSM.

Pelo curto intervalo de tempo que mediou a aplicação do programa e a possibilidade de monitorizar em consulta de *follow-up* a aplicação dos conhecimentos adquiridos pela pessoa com doença mental, seria relevante validar a eficácia desta intervenção e a eficiência no que se refere ao custo-benefício deste Programa.

Com o intuito de pretender sempre a melhoria da qualidade dos cuidados e centrados na pessoa, as características pessoais e profissionais, o autoconhecimento ampliado, e a aplicação de todo o saber que adquiri e desenvolvi ao longo dos anos quer ao nível da intervenção do tratamento quer no âmbito da intervenção em grupos para a prevenção dos comportamentos aditivos e dependências (CAD) foram no seu conjunto fatores facilitadores que contribuíram para o sucesso do programa psicoeducativo em qualquer contexto do ensino clínico.

Na perspetiva do contínuo desenvolvimento pessoal e profissional visando a melhoria dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental existem implicações previstas para a prática a curto e médio prazo, que destaco como principais objetivos:

- Integrar a equipa da UCC em mobilidade parcial e desenvolver programas de promoção de saúde mental à criança e jovem no âmbito da saúde escolar e da restante comunidade; prestar cuidados especializados à pessoa com doença mental e seus familiares, integrados em Equipa de Cuidados Continuados Integrados em contexto domiciliário e assumir o papel na equipa de gestora de caso no campo de ação da saúde mental.

- Iniciar funções como interlocutora entre a comunidade do concelho da Unidade de Cuidados na Comunidade e a Equipa Comunitária de Saúde Mental (ECSM) do Hospital como enfermeira de referência e facilitadora na comunicação entre a pessoa/família e as equipas de saúde envolvidas; numa

abordagem de proximidade acompanhar a pessoa/família de forma segura, tranquila e ajudar na resolução de problemas relacionados com o impacto da doença mental; proporcionar a informação necessária para a autogestão da doença tendo em conta o potencial da pessoa para a recuperação e a sua capacitação para a mudança, não esquecendo o envolvimento do cuidador informal, caso exista; avaliar e monitorizar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico; identificar precocemente os sinais de alerta e os possíveis efeitos secundários da medicação e articular com a ECSM; desenvolver estratégias para intervenção em rede com o objetivo da manutenção do regime terapêutico.

- Assumir o papel de gestora de caso da pessoa com CAD.

- Promover a LSM da pessoa com CAD replicando o programa psicoeducativo no contexto profissional em benefício deste grupo-alvo de intervenção.

- Colaborar com a Comunidade Científica através da partilha de conhecimentos, da participação e submissão de trabalhos científicos em Congressos.

- Proporcionar formações em serviço nos dois locais de exercício de funções.

- Manter a colaboração com a Escola Superior de Saúde através do acompanhamento e supervisão clínica de alunos de enfermagem.

A conclusão saudável de uma transição é determinada pela medida em que as pessoas demonstram domínio das habilidades e comportamentos necessários para gerir as suas novas situações (Meleis, 2020), posto isto considero que no término desta transição educacional, de desenvolvimento pessoal e profissional saliento a capacidade de integrar, aplicar e comunicar conhecimentos, constituindo a base de desenvolvimento para a aplicação na prática clínica refletindo sobre as implicações ético-sociais que pudessem ocorrer pela tomada de decisão na resolução de problemas. Assim, termino esta etapa com sentimento de gratidão, de motivação em continuar a investir no desenvolvimento profissional, e satisfação académica e pessoal encarando todos os desafios como oportunidades de aprendizagem e melhoria contínua, mantendo ao longo da carreira de EEESMP uma atitude flexível e sensível a

novas evidências vivendo com um grau de incerteza, parafraseando Yalom e Leszcz (2006) como sendo “uma tarefa nada pequena”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, A. (2010). *Prescrições de enfermagem em saúde mental mediante a CIPE*. Lusociência.
- Amaral, C., Almeida, E. & Sousa, L. (2020). Intervenção psicoeducativa. In F. Sampaio & C. Sequeira (Eds.) *Enfermagem em saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções*. (1ª ed., p. 174-176). Lidel.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5ª ed. revisão de texto. Climepsi
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática divina de Enfermagem*. Quarteto editora.
- Berkman, N., Sheridan, S., & Donahue, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *In Annals of Internal Medicine*, (7) DOI: 10.1059/0003-4819-155-2-201107190-00005
- Bittencourt, M., Marques, M., Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*. 18, 125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Brown, N. W. (2011) *Psychoeducational groups: process and practice*. (3rd ed.). Routledge,
- Blomqvist, L., Pitkälä, K., & Routasalo, P. (2007). Images of loneliness: Using art as an educational method in professional training. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(2), 89-93. DOI: 10.3928/00220124-20070301-05
- Bucho, J. (2009). *Arte-terapia: Criação e transformação*. TuttiRév Editorial.
- Camann, M. A. (2010). The Psychiatric Nurse's Role in Application of Recovery and Decision-Making Models to Integrate Health Behaviors in the Recovery Process. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 532-536. DOI: 10.3109/01612841003687316

- Castillo-Carniglia, A., Keyes, K.M., Hasin, D.S., & Cerdá, M. (2019). Comorbilidades psiquiátricas no perturbaçãodo uso de álcool. *Lancet Psychiatry*, 6. DOI: 1068–1080. 10.1016 / S2215-0366 (19) 30222-6
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica - Estratégias de intervenção*. Lusodidacta.
- Chodosh, J., Morton, S., & Mojica, W. (2005) Meta-analysis: chronic disease selfmanagement programs for older adults. *Ann Intern Med*, 143(6):427-38, DOI: 10.7326 / 0003-4819-143-6-200509200-00007
- Coelho, A., Parola, V., Fernandes O., Querido, A. & Apóstolo, J. (2018). Construção de um programa de imaginação guiada em doentes internados em unidades de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (17), 23-32. <https://doi.org/10.12707/RIV17082>
- Coelho, J. e Sousa, L. (2020). *Relaxamento*. . In F. Sampaio & C. Sequeira (Eds.) *Enfermagem em saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções*. (1ª ed., p 202-207). Lidel.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012) – *Combater a Desigualdade: da Evidência à Ação*. Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Saúde (2019). “*Sem mais tempo a perder - Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década.*”
- Crockett, T. (2020). “*Expressive Arts Therapy and The Loneliness Epidemic- A Critical Review of Literature*”. Expressive Therapies Capstone Theses.
- Cutcliffe, J., & Santos, J. (2018) - *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century A Person-Centred Evidence-Based Approach*. Springer.
- Despacho n.º 3802/2015 de 16 de abril. Diário da República, n.º 74/2015 - II Série. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Direção Geral da Saúde (2018) - *Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021*.DGS

- Ferraz, M., & Dalmann, E. (2012) *Metodologias expressivas na comunidade*. Tutitrev Editorial.
- Figueiredo, M. & Amendoeira, J. (2018) O Estudo de Caso como Método de Investigação em Enfermagem. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI (2), 102-107.
- Furtado, A., Machado, P., & Carneiro, M. (2019) A técnica de Imaginação Guiada na gestão da ansiedade materna durante a gravidez: revisão integrativa. *Revista Enfermería Global*, 53.
- Galdeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (2003) Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371-375.
- Galvão, M., & Janeiro, J. (2013) O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *REME - Revista Mineira de Enfermagem*; 17.1. 232-236. DOI:10.5935/1415-2762.20130019
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005
- Gomes, J. (2018). Psychiatric/Mental Health Nursing and Mental Health Promotion: An Eight Steps Path. In J. Cutcliffe, J. Santos (Eds.), *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century A Person-Centred Evidence-Based Approach*. Springer.
- Gordon, E. & Kenny, M. (2018). Group Work in Psychiatric/Mental Health Nursing: The Case for Psychoeducation as a Means to Therapeutic Ends. In J. Cutcliffe, J. Santos (Eds.), *European Psychiatric Mental Health Nursing in the 21st Century A Person-Centred Evidence-Based Approach*. Springer.
- Gonçalves, A., Luís, M. & Sena, R. (2003). Doença mental e uso de álcool e outras drogas: dificuldades relatadas por mulheres cuidadoras em família. *Revista Mineira de Enfermagem*, 7(1), 14-20.
- Guerra, M., Lima, L., & Torres, S. (2013). *Intervir em Grupos na Saúde* (2ª Ed.). Climepsi Editores.

- Hamer, A., Kessler, F. & Ratto, L. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros perturbações psiquiátricas. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 26(1), 51-53.
- International Council of Nurses. (2021). CIPE Versão 2019- *Classificação Internacional Para A Prática De Enfermagem*. Edição portuguesa: Ordem dos Enfermeiros
- Jorm, A. (2014). Mental Health Literacy: Promoting Public Action to Reduce Mental Health Problems. In L. Loureiro, *Literacia Em Saúde Mental – Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Monografia 8 ISBN: 978-989-97031-8-6.
- Leal da Costa, F. (2020). *Como Adoecem os Portugueses — saúde, estilos de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos e Fernando Leal da Costa, Edição eBook: Guidesign.
- Lemes, C. & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25 (1), 17-28. Doi.org/10.9788/TP2017.1-02
- Loureiro, A. (2018). *Literacia e Saúde Mental Positiva: Tradução e validação de um instrumento de avaliação em literacia de saúde mental*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Loureiro, L. (2013). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista Enfermagem Referência*, 13 (3), 59-66.
- Loureiro, L. (2014). *Literacia Em Saúde Mental – Capacitar as Pessoas e as Comunidades para Agir*. Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Monografia Número 8 ISBN: 978-989-97031-8-6.
- Mariano. C. (s.d). Holistic Nursing: Scope and standards of practice. *Jones and Bartlett Publishers*, 53 - 84.
- Meleis, A. (2019). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigacion en Enfermeria: Imagen y Desarrollo*, 21 (1),1-6.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, Eun-Ok, Hilfinger, M., De Anne, K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range. *Theory-*

- Advances in Nursing Science*, 23 (1).
- Meleis, A., Sawyer, L., Messias, D., Im, E., & Shumacher, K. (2000). Experiencing Transitions an Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23, 12-28. DOI: [10.1097 / 00012272-200009000-00006](https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006).
 - Mendes, R., Espanha, R., & Ávila, P. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal – 2015 Relatório Síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.
 - Mumba. M, & Snow D. (2017). Nursing Roles in Addiction Care. *Journal of Addictions Nursing*, 3, 166-168.
 - Nunes, L.M., Jólluskin G. (2007). *Drogas e Comportamentos de adição. Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. (2ª ed.). Edições Universidade Fernando Pessoa.
 - Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem - "cinco estrelas" revisitadas. VIII Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar Leiria-Pombal (1-14).
 - Okan, O., Rowlands G., Sykes, S. & Will, J. (2020). Shaping Alcohol Health Literacy: A Systematic Concept Analysis and Review. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 4(1), 202.
 - Ordem dos Enfermeiros (2015). “*Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*”; Regulamento n.º 356/2015.
 - Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
 - Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento n.º 515/2018: Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* publicado em Diário da República nº151/2018, 2ª Série. Nº151 de 7 de agosto de 2018, 21427-21430.
 - Ordem dos Enfermeiros (2019). *Padrão Documental de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*.

- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Guia Orientador de Boas Práticas de Cuidados de Enfermagem Especializados na Recuperação da Pessoa com Doença Mental Grave*. ISBN: 978-989-8444-57-8 1.^a edição digital: Junho.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2017). “*Depression and other common mental disorders: global health estimates.*” WHO.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2017). *mhGAP training manuals- for the mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings – version 2.0* p. 318-383.
- Payne, R. & Donaghy, M. (2010). *Payne’s Handbook of Relaxation Techniques - A Practical Guide for the Health Care Professional*. Churchill Livingstone Elsevier. Fourth edition.
- Pereira, L., Godoy D. & Terçario, D. (2009). Estudo de Caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), 422-429.
- Phaneuf, M. (2001). Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado. Quarteto Editora.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Lusociência.
- Pinheiro, A. L. (2018). Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental – tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Portugal, F., Corrêa, A. & Siqueira, M. (2010). Alcoolismo e comorbidade em um programa de assistência aos dependentes de álcool. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição em Português), 6 (1), 1-13. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i1p1-13>.
- Pozzobon, M, & Marin, A. (2021). Recursos expressivos e desempenho escolar: intervenção em grupo multifamiliar. *Revista de Psicologia*, 30 (2), 1-15.
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa* (7^a ed.). Moraes Editora.

- Rosa, A. (2013). *Literacia em Saúde Mental em Adolescentes. Desenvolvimento de um Instrumento de Avaliação*. Tese de Doutoramento-Universidade do Porto.
- Sampaio, F., Peres, M., Graça, R., Barreto, A., Teixeira, S., & Fernandes, M. (2017). Programas de intervenção psicoterapêutica grupal: implementação e avaliação num contexto da prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Spe. 5), 87-92.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 1), 103-108.
- Sampaio, F., Sequeira C. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções*. Lidel, 1ª edição.
- Sampaio, F., Sequeira, C, & Lluch-Canut, T. (2020) Intervenção psicoterapêutica em enfermagem. In F, Sampaio, & C. Sequeira, *Enfermagem em saúde Mental- Diagnósticos e Intervenções*, (1ª edição) p 171-173, Lidel,
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências (SICAD) (2019). *Relatório Anual 2019: A Situação do País em Matéria de Álcool*. Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências. Divisão de Estatística e Investigação e Direção de Serviços de Monitorização e Informação.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Edições Técnicas, Lda.
- Slade, M. (2011). *100 Modos de Apoiar a Recuperação Pessoal: Um Guia para Profissionais da Saúde Mental*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Sociedade Portuguesa de Arte-Terapia (2022, agosto). *O que é a arteterapia?*. <https://arte-terapia.com/>
- Sousa, J., Santos, M.J., Magueta, L.G., Lopes, M.S.P, & Brites, L. (2021). *Emoções, artes e intervenção - perspetivas multidisciplinares*. Almedina.

- Teixeira, J.C.A; Meireles, J.P.C. & Carvalho, J. C. (2010). A Teoria das Transições em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, 45-52.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6ª Edição), Lusociência.
- União Europeia (2016). *Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia*. EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing.
- Vaartio-Rajalin, H., Santamaki-Fisher, R., Jokisalo, P. & Fagerstrom, L. (2021). Art making and expressive art therapy in adult health and nursing care: a scoping review. *International Journal of Nursing Sciences*, 8 (1), 10 102-119. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.011>
- World Health Organization Regional Office for Europe (2013). *Health literacy The solid facts*.
- World Health Organization (2019 a). *Health Evidence Network synthesis report 67 - What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. Regional Office for Europe.
- World Health Organization Regional Office for Europe (2019 b). *Intersectorial action: the arts, health and well-being*.
- World Health Organization (2019 c). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health*.
- Yalom, I. & Leszcz, M. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. (5ª edição). Artmed.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

No âmbito do desenvolvimento do Projeto "Psicoeducação: autogestão da doença" no estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Saúde de Lisboa, que compreende a realização de sessões de relaxamento, e, cinco sessões de psicoeducação mediadas por técnicas expressivas (desenho, colagens, etc.) solicito a sua participação neste plano de intervenção.

Toda a informação partilhada ao longo do processo e após terminar o Programa é protegida pelo segredo profissional e confidencialidade.

Poderá deixar o Programa em qualquer momento sendo a sua participação voluntária.

Declaro ter compreendido as informações transmitidas e aceito participar.

Assinatura: _____

Data ____ / ____ /2022

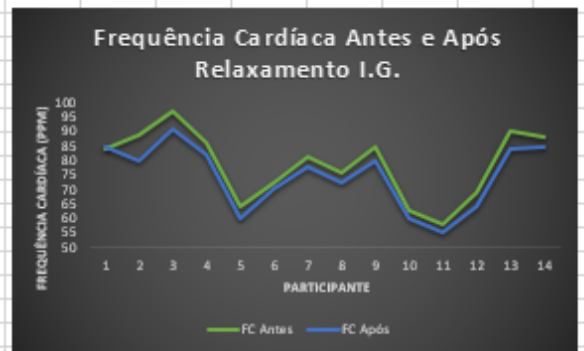
APÊNDICE 2 - Grelha de observação da técnica de intervenção psicoterapêutica relaxamento por imaginação guiada

Grelha de observação Data: ____/____/20__

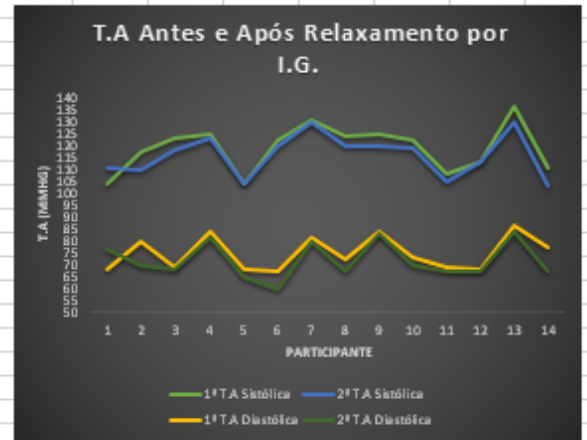
Nome (P. Inicial nome)	Indicações		Concentração				Sinais de facilidade / resistência em relaxar								Observações
	Não cumpre	Cumprir	Muito difícil	Difícil	Razoável	Elevada	Adormece	Respiração regular e profunda	Inquietação/agitação o psicomotora	Sinais de tensão latente	Verborreico	Risco descontextualizado	Irritabilidade	Hostilidade	
															Avaliação da T.A e F.C antes (1ª) e após (2ª) o relaxamento
P1															1ª TA- / FC- 2ª TA- / FC-
P2															1ª TA- / FC- 2ª TA- / FC-
P3															1ª TA- / FC- 2ª TA- / FC-
P4															1ª TA- / FC- 2ª TA- / FC-
P5															1ª TA- / FC- 2ª TA- / FC-
P6															1ª TA- / FC- 2ª TA- / FC-

APÊNDICE 3 - Avaliação dos Resultados da Técnica de Imaginação Guiada

Participação	FC Antes	FC Após
1	84	85
2	89	80
3	97	91
4	86	82
5	64	60
6	72	70
7	81	78
8	76	72
9	85	80
10	63	60
11	58	55
12	69	64
13	90	84
14	88	85



Participação	1ª T.A Sist	2ª T.A Sistó	1ª T.A Diast	2ª T.A Diastólica
1	104	111	68	76
2	117	110	80	70
3	123	118	69	68
4	125	123	84	81
5	104	104	68	65
6	122	120	67	60
7	131	130	81	80
8	124	120	72	67
9	125	120	84	83
10	122	119	73	70
11	108	105	69	67
12	113	113	68	67
13	137	130	86	84
14	111	103	77	67



APÊNDICE 4 - Dados sociodemográficos

Dados Sociodemográficos Internamento/Hospital Dia							
		Internamento			Hospital de Dia		
Género		nº	%	nº	%		
Masculino		3	60	2	28,6		
Feminino		2	40	3	42,9		
Outro		0	0		0		
TOTAL		5	100	5	100		
Idade		Max.	Min.	Média	Max.	Min.	Média
		64	25	42,8	73	32	52,5
Escolaridade		nº	%	nº	%		
1º ciclo do ensino básico		1	20	0	0,0		
2º ciclo do ensino básico		0	0	1	20,0		
3º ciclo do ensino básico		0	0	2	40,0		
Ensino secundário		4	80	2	40,0		
Ensino superior		0	0	0	0,0		
TOTAL		5	100	5	100,0		
Profissão		nº	%	nº	%		
Estudante		0	0		0,0		
Trabalhador por conta de outrem		2	40		0,0		
Trabalhador por conta própria		0	0		0,0		
Desempregado		2	40	1	20,0		
Reformado		1	20	4	80,0		
TOTAL		5	100	5	100,0		
Estado civil		nº	%	nº	%		
Solteiro		3	60	4	80,0		
Casado		1	20	0	0,0		
Divorciado		0	0	1	20,0		
União de facto		1	20	0	0,0		
TOTAL		5	100	5	100,0		