



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

**Ansiedade em Pessoas com Humor Depressivo:  
Intervenções do Enfermeiro Especialista**

**Ana Cristina Mendes Ribeiro**

---

**Lisboa  
2023**



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

**Ansiedade em Pessoas com Humor Depressivo:  
Intervenções do Enfermeiro Especialista**

**Ana Cristina Mendes Ribeiro**

**Orientador: Professor Doutor Joaquim Manuel de Oliveira Lopes**

---

**Lisboa  
2023**

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida.”

Sócrates

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar o meu mais sincero agradecimento a todos aqueles que contribuíram para que a concretização deste trabalho fosse possível:

A todos os docentes da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que tive a honra de conhecer, pelos conhecimentos científicos partilhados, tornando-se uma mais-valia para a minha vida profissional.

À Professora Doutora Ana Melo, pela orientação inicial no projeto, pela disponibilidade, incentivo e conhecimento transmitido.

Ao Professor Doutor Joaquim Lopes, um agradecimento especial pela orientação nesta segunda etapa, pela disponibilidade, ensinamentos, motivação, permitindo o meu crescimento pessoal e profissional.

Às Enfermeiras Orientadoras gratidão por todo o apoio, força, dedicação, confiança e ânimo, principalmente por todos os ensinamentos e valores que me inculcaram.

À Katia Santos pela amizade, momentos de partilha e discussão, força, ânimo, compreensão e palavras de incentivo para continuar.

A todos os meus amigos pela compreensão e pela força demonstrada em todos os momentos.

A todos os colegas pelo apoio, compreensão e companheirismo.

Um agradecimento especial a todos os clientes, sem eles nada seria possível.

À minha família, em especial aos meus pais e irmão pelo carinho, força, apoio e dedicação, por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

Muita Gratidão a todos!

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÔNIMOS, SIGLAS E SÍMBOLOS

APA - *American Psychological Association*

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EBSCO - *Elton Bryson Stephens Company*

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

et al. - E outros

Fc - Frequência Cardíaca

Fr - Frequência Respiratória

HD - Hospital de Dia

ICN - *International Council of Nurses*

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*

n.º - Número

NOC - Nursing Outcomes Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RE - Relatório de estágio

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SARS-CoV-2 - Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2

sic - Citando textualmente as palavras de um cliente

TAd - Tensão Arterial Diastólica

TAs - Tensão Arterial Sistólica

TIG - Técnica de imaginação guiada

WHO - World Health Organization

## RESUMO

Este relatório visa descrever o percurso formativo realizado ao longo do estágio, num serviço de psiquiatria e hospital de dia, onde se implementou um projeto de intervenção com o objetivo de reduzir a ansiedade em clientes com humor depressivo. Analisa também a aquisição e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) e de Mestre.

A temática da ansiedade é cada vez mais prevalente na sociedade, com um grande impacto na vida quotidiana, pode manifestar-se de modo negativo e tornar-se patológica, sendo um problema primordial a nível nacional e é perentória a atuação do EEESMP na implementação de intervenções para reduzir os sinais e sintomas da ansiedade.

Os objetivos do estágio consistiram em 1) adquirir competências na redução da ansiedade em pessoas com humor depressivo, 2) desenvolver competências na dinamização de sessões de grupo com as técnicas de relaxamento e psicoeducativas, 3) identificar, implementar e avaliar as intervenções especializadas para a redução da ansiedade, 4) desenvolver competências de diagnóstico e terapêutica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Neste relatório utilizou-se uma abordagem descritiva e reflexiva, onde são descritas, analisadas, avaliadas e refletidas as intervenções de âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional desenvolvidas em grupo, com pessoas com ansiedade e humor depressivo.

Tomando em consideração os indicadores NOC, bem como os dados qualitativos alcançados através das expressões dos participantes. A comparação do pré e pós sessões de relaxamento demonstraram uma redução da ansiedade.

Os resultados obtidos em contexto de estágio comprovam a eficácia das técnicas de relaxamento e a intervenção psicoeducativa na redução da ansiedade em pessoas com humor depressivo e o seu autocontrolo, assim como facilitadoras na relação terapêutica enfermeiro-cliente.

**Palavras-chave:** Ansiedade, Humor Depressivo, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Relaxamento, Psicoeducação.

## ABSTRACT

This report aims to describe the training course carried out during the internship, in a psychiatry service and day hospital, where an intervention project was implemented with the objective of reducing anxiety in clients with depressive mood. It also analyzes the acquisition and development of Nurse Specialist, Nurse Specialist in Mental Health and Psychiatric Nursing (EESMP) and Master's skills.

The theme of anxiety is increasingly prevalent in society, with a great impact on everyday life, it can manifest itself negatively and become pathological, being a major problem at a national level and the performance of the EESMP in the implementation of interventions to reduce the signs and symptoms of anxiety.

The objectives of the internship consisted of 1) acquiring skills in reducing anxiety in people with a depressed mood, 2) developing skills in facilitating group sessions with relaxation and psychoeducational techniques, 3) identifying, implementing, and evaluating specialized interventions for reduction of anxiety, 4) to develop diagnostic and therapeutic skills in Mental Health and Psychiatric Nursing.

In this report, a descriptive and reflective approach was used, in which the psychotherapeutic and psychoeducational interventions developed in groups with people with anxiety and depressive mood are described, analyzed, and reflected.

Considering the NOC indicators, as well as the qualitative data achieved through the expressions of the participants. Comparison of pre and post relaxation sessions demonstrated a reduction in anxiety.

The results obtained in the internship context prove the effectiveness of relaxation techniques and psychoeducational intervention in reducing anxiety in people with depressed mood and their self-control, as well as facilitating the nurse-client therapeutic relationship.

**Keywords:** Anxiety, Depressive Mood, Mental and Psychiatric Health Nursing, Relaxation, Psychoeducation.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>14</b>
1.1. A PROBLEMÁTICA DA ANSIEDADE E HUMOR DEPRESSIVO .....	15
1.2. ANSIEDADE .....	16
1.3. HUMOR DEPRESSIVO.....	18
1.4. INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE .....	19
1.4.1. Técnicas de Relaxamento .....	19
1.4.2. Psicoeducação .....	23
1.5. REFERENCIAL DE ENFERMAGEM: MODELO DE BETTY NEUMAN.....	25
<b>2. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....</b>	<b>27</b>
2.1. CONTEXTO INTERNAMENTO.....	27
2.1.1. Caraterização do serviço .....	27
2.2. CONTEXTO COMUNITÁRIO - HOSPITAL DE DIA.....	28
2.2.1. Caraterização do serviço .....	28
<b>3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS E INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>29</b>
3.1. OBJETIVOS .....	29
3.2. CONTEXTO DE INTERNAMENTO .....	29
3.2. CONTEXTO DE HD .....	35
<b>4. METODOLOGIA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
4.1. CONTEXTO DE INTERNAMENTO .....	40
4.2. CONTEXTO DE HD .....	43
<b>5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS.....</b>	<b>49</b>
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ...</b>	<b>51</b>
6.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	51
6.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMP .....	53
6.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	58

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	60
-------------------------------	----

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## ANEXOS

ANEXO I - RESULTADOS NOC PARA NÍVEL DE ANSIEDADE

ANEXO II - RESULTADOS NOC PARA AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE

## APÊNDICES

APÊNDICE I - AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE RELAXAMENTO

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1. AVALIAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA - INTERNAMENTO.....</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICO 2. AVALIAÇÃO TENSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA - INTERNAMENTO .....</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICO 3. AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA - INTERNAMENTO .....</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICO 4. AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA - INTERNAMENTO.....</b>	<b>43</b>
<b>GRÁFICO 5. AVALIAÇÃO DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA - INTERNAMENTO .....</b>	<b>43</b>
<b>GRÁFICO 6. AVALIAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL SISTÓLICA - HD.....</b>	<b>45</b>
<b>GRÁFICO 7. AVALIAÇÃO TENSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA - HD .....</b>	<b>46</b>
<b>GRÁFICO 8. AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA - HD .....</b>	<b>46</b>
<b>GRÁFICO 9. AVALIAÇÃO DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA - HD .....</b>	<b>46</b>
<b>GRÁFICO 10. AVALIAÇÃO DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA - HD .....</b>	<b>47</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1.</b> AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS NOC PARA O NÍVEL DE ANSIEDADE - INTERNAMENTO .....	40
<b>TABELA 2.</b> AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS NOC PARA O AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE - INTERNAMENTO.....	41
<b>TABELA 3.</b> AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS NOC PARA NÍVEL DE ANSIEDADE - HD.....	43
<b>TABELA 4.</b> AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS NOC PARA O AUTOCONTROLO DA ANSIEDADE - HD.....	45

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, foi proposto a elaboração de um Relatório de Estágio (RE) subordinado à temática “Ansiedade em Pessoas com Humor Depressivo: Intervenções do Enfermeiro Especialista”, detalhando as intervenções desenvolvidas ao longo dos estágios em dois contextos: Internamento e Hospital de Dia (HD) de Psiquiatria de dois hospitais na área metropolitana de Lisboa.

O presente relatório visa espelhar e descrever criticamente todo o percurso de aprendizagem, com a aquisição e consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de competências nas diversas áreas de atuação de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, bem como as competências de Mestre.

A definição da temática surge como resultado do contacto diário na minha prática de cuidados com clientes em estado de ansiedade, demonstrando-me o quanto é importante o desenvolvimento de competências de Enfermagem especializadas nesta área, não só para intervir junto dos mesmos, mas também para atuar na prevenção da ansiedade, pela melhoria contínua da qualidade dos cuidados que se prestam às pessoas com ansiedade e humor depressivo, face à prevalência elevada da ansiedade e perturbações do humor em Portugal.

As perturbações de ansiedade são as que apresentam uma prevalência mais elevada (16,5%), seguida pelas perturbações do humor, com uma prevalência de 7,9%. A despesa financeira no seu tratamento e perda de produtividade chega a atingir mais de 450 mil milhões de euros/ano na União Europeia (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2019).

O primeiro ano da pandemia de SARS-Cov-2, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25% (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2022).

Segundo o Relatório Mundial da Saúde Mental (OMS, 2022) verificamos que entre todas as perturbações mentais, as perturbações da ansiedade são as mais prevalentes e presentes na vida adulta. Deste modo, a nossa opção assentou no tema sobre a ansiedade em pessoas com humor depressivo: intervenções do enfermeiro especialista. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EEESMP) através da intervenção terapêutica revela um papel fulcral na gestão da ansiedade,

capacitando o cliente com técnicas e estratégias que ajudem a reduzir os níveis de ansiedade e melhorando a qualidade de vida.

O modelo teórico de Enfermagem para sustentar a minha prática é o modelo teórico de Betty Neuman, pois é uma das pioneiras no envolvimento da Enfermagem na saúde mental em que o modelo teórico se enquadra na visão holística do ser humano, sendo a pessoa um sistema aberto que está em permanente interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes fatores de stress, que o afetam e podem levar ao desequilíbrio (Neuman, 1995).

A pessoa está inserida numa família e numa comunidade e neste modelo as intervenções vão potenciar os recursos do cliente para atingir novamente o equilíbrio do seu sistema, tendo como objetivo reverter o desequilíbrio (potenciando os recursos do cliente e trabalhando com ele para que atinja novamente o equilíbrio). Na fase de equilíbrio (permite ao cliente manter a sua homeostasia por um período mais prolongado) (Neuman, 1995). Assim, cada cliente será detentor da capacidade de atingir o equilíbrio do próprio sistema, estando em constante interação com o ambiente, dando resposta aos diversos fatores de stress.

Ao longo do RE irei descrever e analisar as intervenções realizadas nos dois contextos de estágio, de modo a possibilitar perceber quais as intervenções do EEESMP que poderão dar resposta à questão de partida: Como podem o relaxamento e a psicoeducação contribuir para a redução da ansiedade no cliente com humor depressivo?

Este RE encontra-se dividido em seis partes, a primeira parte engloba o enquadramento conceptual, que fundamenta a intervenção e identifica os principais conceitos e o modelo teórico de enfermagem utilizado, em seguida é feita uma caracterização dos contextos de estágio, posteriormente são descritas as atividades desenvolvidas e uma reflexão sobre as mesmas. Seguidamente é realizada uma análise e discussão dos resultados obtidos, na quinta parte são apresentadas as questões éticas/deontológicas e limitações do trabalho e, logo depois uma análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, específicas do EEESMP e de Mestre. Finalizado com uma breve conclusão, referências bibliográficas, anexos e apêndices pertinentes. O presente RE foi elaborado de acordo com as normas de apresentação de citações e referências bibliográficas de acordo com o estilo científico APA (2020), 7ª Edição e com o Novo Acordo Ortográfico Português em vigor.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Ao longo deste capítulo é apresentada a problemática em estudo para dar resposta à questão de partida, sendo os conceitos-chave deste RE a Ansiedade, Humor Depressivo, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), Relaxamento e Psicoeducação e as intervenções especializadas que a evidência científica revela como eficazes na redução da ansiedade, como o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, treino autogénico de Schultz e a técnica de imaginação guiada (TIG).

Para a elaboração deste enquadramento conceptual foi realizada pesquisa em livros da área de Saúde Mental e Psiquiátrica, documentos da Ordem dos Enfermeiros (OE), da Direção Geral de Saúde, Organização Mundial de Saúde (OMS), *American Psychiatric Association*, literatura cinzenta e no motor de busca da EBSCO (*Elton Bryson Stephens Company*), com acesso a duas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

Outro contributo importante foi a realização de uma revisão integrativa da literatura (RIL) elaborada em trabalho de grupo pois era uma temática de interesse comum e por outro lado contribuir para o nosso RE. A revisão com o título “O Relaxamento como técnica de redução da ansiedade da pessoa com doença mental: Revisão Integrativa da Literatura” cujo objetivo visa identificar a evidência científica sobre os resultados obtidos com a utilização das técnicas de relaxamento na redução da ansiedade na pessoa com doença mental em que recorreremos as bases de dados eletrónicas (CINAHL e MEDLINE) em junho de 2022, com as palavras-chave ansiedade, perturbações da ansiedade, saúde mental, relaxamento, técnicas de relaxamento e também com os respetivos termos em inglês (*anxiety, anxiety disorders, mental health, relaxation, relaxation techniques*).

Após a pesquisa com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão obteve-se uma amostra final de sete estudos, em que verificamos que a evidência científica analisada demonstra resultados favoráveis com a utilização de técnicas de relaxamento na redução da ansiedade na pessoa com doença mental, devendo portanto ser implementadas como intervenção psicoterapêutica para tratamento da ansiedade, sendo reforçado com a exposição contínua à intervenção.

## 1.1. A problemática da Ansiedade e Humor Depressivo

A ansiedade e a depressão não são quadros clínicos opostos, na prática clínica demonstram uma estreita relação, não só pelas similitudes a nível fisiopatológico e terapêutico, quer a nível físico e cognitivo, com a presença de medo, insegurança, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, entre outros, mas também pelo facto da ansiedade poder estar na base do desenvolvimento da depressão ou a ansiedade poder surgir como elemento de outras perturbações, como a depressão (Pinto et al., 2015).

Deste modo, existem autores que mencionam não existir ansiedade sem depressão, nem depressão sem ansiedade, embora sejam problemas de saúde mental distintos e, na prática da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), torna-se benéfico compreender estas duas problemáticas de modo distinto para não prejudicar o correto diagnóstico e, por conseguinte, o plano e a evolução do tratamento (Pinheiro, 2018).

A depressão e a ansiedade estão relacionadas, ocasionando uma redução da capacidade de a pessoa funcionar devidamente em sociedade e aumenta o risco de surgirem patologias orgânicas e a morte. Estas duas patologias apresentam sintomas idênticos, físicos e cognitivos, como o medo, cansaço, dificuldade de concentração, irritabilidade, insegurança, angústia, entre outros (Montgomery, 1993). Assim para o autor supracitado o diagnóstico diferencial entre depressão e ansiedade torna-se complexo, uma vez que a maior parte das pessoas exibe quadros mistos e nas perturbações depressivas, a ansiedade manifesta-se como um sintoma frequente e muitas vezes numa fase inicial, é um indicador da sua gravidade.

No primeiro ano da pandemia de Covid-19, 53 milhões de pessoas desenvolveram depressão, outros 76 milhões tiveram ansiedade, totalizando assim 129 milhões, enquanto que em 2019, a OMS estimava que quase 1 bilhão de pessoas viviam com algum transtorno mental, sendo que a ansiedade representava 31% desse total e a depressão, 28,9% (OMS, 2022).

Assim é importante existir uma dedicação no tratamento destas patologias, assente na terapêutica farmacológica e intervenção psicoterapêutica ou o complemento de ambas, proporcionando uma melhoria da saúde, bem-estar, capacidade de trabalho da pessoa, assim como a nível económico.

## 1.2. Ansiedade

Ao longo da história, a ansiedade tem sido estudada por vários autores, em 1813, Landré-Beauvais definiu ansiedade “como uma síndrome composta por aspetos emocionais e por reações fisiológicas” (Conforme citado por Vianna et al., 2010, p. 39).

Ansiedade é definida segundo o International Council of Nurses [ICN] (2019) como uma “emoção com características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”. Citando Herdman e Kamitsuru (2018), a taxonomia *North American Diagnosis Association* (NANDA) define a ansiedade como um sentimento vago e desconfortável, acompanhado por uma reação autonómica, uma preocupação causada pela antecipação de um risco, encarado como um alerta para o perigo iminente.

A ansiedade é “caraterizada por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente acompanhado por sintomas autonómicos, como cefaleia, palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal” (Kaplan et al., 1997, p. 545). Sendo uma resposta transitória e adaptativa a uma ameaça e, é isso que frequentemente prepara o organismo para reagir numa determinada situação, é a chamada “luta ou fuga” fundamental para o comportamento da pessoa, sendo essencial para a sua sobrevivência (Sadock et al., 2017).

A ansiedade é um estado emocional de tensão, durante a qual a pessoa sente uma situação de grande agitação, sensações de aflição e de insegurança e manifestações somáticas físicas, que podem culminar na sensação de ameaça eminente à integridade física e psicológica (Araújo et al., 2009). E caracterizada também por respostas excessivas e desproporcionais em relação à situação que a despoletou, ocasionando muitas vezes um acentuado comprometimento funcional na vida profissional, familiar e social do indivíduo (Townsend, 2011).

As pessoas com ansiedade habitualmente manifestam emoções negativas, exageradas, persistentes e têm uma maior tendência a considerar as suas emoções como negativas e inconcebíveis (Campbell-Sills et al., 2006).

Ao longo do seu ciclo de vida, o ser humano em algum momento já experienciou estados de ansiedade, sendo uma emoção subjetiva que é vivenciada por cada pessoa de um modo particular, sendo o diagnóstico de enfermagem Ansiedade considerado como um dos mais difíceis de identificar e quantificar (Carvalho & Sequeira, 2005). Deste modo, as intervenções de enfermagem e a possibilidade de ganhos em saúde, estão

dependentes do rigor, clareza, exatidão e precisão de cada uma das etapas do processo de enfermagem, dado que “(...) se as informações reunidas durante a avaliação forem inexatas ou incompletas, então todos os passos seguintes têm a possibilidade de estar errados” (Alfaro-Lafevre, 1996, p. 75-76).

A ansiedade apresenta uma grande prevalência em Portugal e o EEESMP tem um papel fundamental contribuindo para que o cliente reconheça esse estado de ansiedade, as suas causas e em conjunto encontrarem estratégias de autocontrolo, apoiadas em abordagens não farmacológicas, de modo a intervir na sua redução.

Além da terapêutica farmacológica existem outras técnicas, nomeadamente as técnicas de relaxamento que podem ser benéficas para o tratamento da ansiedade. A psicoterapia também está indicada nestas perturbações, “sendo que a mais estudada e com melhores resultados terapêuticos alcançados é a terapia cognitivo-comportamental” (Figueira et al., 2014). A American Psychiatric Association (2014) mostra que as perturbações da ansiedade são as perturbações emocionais mais comuns, sendo que estas perturbações tendem a agravar-se quando não são detetadas precocemente e a evoluir para situações mais graves e patológicas.

A terapêutica farmacológica demonstra eficácia no tratamento sintomático da ansiedade, no entanto a sua administração deve ser restringida devido aos efeitos adversos. Assim é crucial propiciar outras formas de tratamento, como as intervenções não farmacológicas, que contemplam as intervenções do Enfermeiro Especialista a capacitar os clientes a gerir os seus sentimentos e promover a redução da ansiedade.

Assim a intervenção psicoterapêutica mediada por técnicas de relaxamento e a psicoeducação são fundamentais no tratamento da ansiedade, uma vez que apresentam resultados mais eficazes e prolongados comparativamente com a intervenção farmacológica, acautelando situações de recaídas e de não adesão terapêutica (Sampaio et al., 2018).

As intervenções especializadas do EEESMP devem facultar a resolução dos diagnósticos de Enfermagem, com base nos sinais ou sintomas de ansiedade e não a diagnósticos médicos, de modo que o cliente desenvolva estratégias eficazes para a redução da ansiedade. Estas intervenções visam a aplicação de técnicas de relaxamento, em que se obtém maior êxito em combinação com a psicoeducação de modo a prevenir

recaídas e reinternamentos, potenciando a recuperação dos utentes, assim como a qualidade de vida (Sampaio et al., 2018).

Segundo Kim e Kim (2018) a técnica de relaxamento reduz os sintomas de ansiedade, depressão, fobia ou pessoas que sofram elevados níveis de ansiedade.

Nas perturbações da ansiedade existem ainda outras opções possíveis: a intervenção psicodinâmica se for caso de alteração ao nível dos processos mentais inconscientes, ou com base na terapia cognitivo - comportamental se o défice for ao nível da disfuncionalidade dos pensamentos, emoções ou comportamentos (Sampaio et al., 2018).

### **1.3. Humor depressivo**

Segundo o ICN (2019, p.73) o humor depressivo é caracterizado por: “Emoção negativa: sentimentos de tristeza a melancolia, com diminuição da concentração, perda de apetite e insónia”. Pode estar presente em grau muito ligeiro, ligeiro, moderado, moderadamente grave, ou grave (Sequeira, 2006).

A pessoa depressiva considera-se num estado de solidão afetiva e com tendência a distorcer as informações do ambiente de forma pessimista (Araújo et al., 2009).

O diagnóstico de depressão é realizado quando a pessoa tem um período mínimo de duas semanas com humor depressivo, perda de interesse e de prazer associado aos seguintes sintomas que incluem: perda de peso, sono e atividade psicomotora, sentimento de inutilidade ou culpa, dificuldade em pensar, concentrar-se, tomar decisões e presença de pensamentos suicidas (American Psychiatric Association, 2014).

A depressão pode afetar pessoas de todas as idades, desde a infância à terceira idade, tendo uma duração variável, podendo os sintomas desaparecer em poucos dias ou prolongar-se por semanas, meses ou mesmo anos, se não for convenientemente tratada, podendo conduzir ao suicídio. Em 50% dos casos o primeiro episódio depressivo ocorre entre os 20 e os 50 anos, sendo a média de idades os 40 anos (Kaplan et al., 1997).

As intervenções de enfermagem que o ICN (2019, p.29) define para dar resposta ao diagnóstico são: “Ensinar Sobre Humor Depressivo; Executar Apoio Emocional; Executar Entrevista Motivacional; Executar Estimulação Cognitiva; Executar Intervenção Familiar; Executar Programa de Saúde Mental Positiva; Executar Reestruturação Cognitiva; Executar Relação de Ajuda - Treinar Competências Sociais; Vigiar Equilíbrio do Humor”.

## **1.4. Intervenções especializadas na redução da ansiedade**

O tratamento das perturbações da ansiedade passa pelo tratamento farmacológico, usualmente com antidepressivos e benzodiazepinas, mas também pelo tratamento não farmacológico com a psicoterapia com intervenções mediadas por técnicas de relaxamento e psicoeducação, que apresentam resultados eficazes na redução da ansiedade (Stein, 2010). A combinação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas tem resultados efetivos no tratamento da ansiedade, do que instituídas em separado.

Segundo a Lei de Saúde Mental (Decreto-Lei n.º 36/98, 1998, p.3544), a proteção da saúde mental “efetiva-se através de medidas que contribuam para assegurar ou restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, para favorecer o desenvolvimento das capacidades envolvidas na construção da personalidade e para promover a sua integração crítica no meio social em que vive”, sendo que as medidas “incluem ações de prevenção primária, secundária e terciária da doença mental, bem como as que contribuam para a promoção da saúde mental das populações”. Deste modo, uma intervenção precoce, evita complicações futuras e possibilita a recuperação.

De acordo com o Regulamento nº 515/2018 (OE, 2018), o EEESMP, desenvolve o trabalho no sentido de promover a saúde mental, tendo vários desafios na sua intervenção, detentor de conhecimento dos processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental da pessoa, bem como os envolvimento para o seu projeto de vida, potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais. Assim, o EEESMP, “(...) para além da mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, sócio terapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais” (OE, 2018, p. 21427).

Por conseguinte, na prática clínica em ESMP, as competências, permitem ao EEESMP desenvolver um juízo clínico singular, sendo, portanto, uma prática clínica em enfermagem distinta de todas as outras áreas de especialidade (OE, 2018).

### **1.4.1. Técnicas de Relaxamento**

A técnica de relaxamento é

Um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado: ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir a tensão muscular, a pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, ente outros benefícios para a saúde (OE, 2015a, p. 17040).

As primeiras publicações sobre técnicas de relaxamento datam de 1929 e 1932 com a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson e o relaxamento autogénico de Schultz, respetivamente.

O relaxamento como terapia pode ser concretizado através do relaxamento muscular progressivo de Jacobson, treino autogénico de Schultz, relaxamento aplicado, meditação e *mindfulness* (Kim & Kim, 2018).

O relaxamento progressivo é uma técnica de relaxamento desenvolvida por Edmund Jacobson em 1929, que proporciona um estado de relaxamento mediante a tensão e distensão repetida de determinados grupos musculares específicos em que o cliente é estimulado a reconhecer a tensão muscular e o relaxamento de modo a distinguir a diferença entre as sensações associadas a estes dois estados (Jacobson, 1938).

Edmund Jacobson afirmava que o seu método era uma competência a ser aprendida, ao contrário das restantes abordagens, salientando o facto desta técnica não incluir imaginação, força de vontade ou sugestões para alcançar os resultados (Jacobson, 1976).

O relaxamento está associado a duas grandes teorias, a fisiológica e a psicológica, em que a primeira se relaciona com os estados de stress, relaxamento do sistema nervoso autónomo, endócrino e músculo-esquelético, enquanto a segunda está associada às teorias cognitiva, comportamental e cognitivo-comportamental (Payne, 2003).

As técnicas de relaxamento consistem num conjunto de intervenções da área de atuação do EEESMP no âmbito da sua intervenção autónoma, visando adquirir competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados de intervenção psicoterapêutica, à pessoa com doença mental com o objetivo de reduzir a ansiedade e a otimização da saúde mental. As técnicas de relaxamento têm benefícios a nível físico e psicológico, objetivando benefícios terapêuticos com a redução dos estímulos e as perceções associadas ao sistema sensorial do corpo.

Segundo Deliberato (2002) e Lipp (2004) o relaxamento muscular reduz a ansiedade e a tensão muscular, por conseguinte melhora a saúde física e mental, promovendo benefícios motivacionais.

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

Lalande et al. (2017) corrobora os resultados referidos anteriormente, pois estudou os efeitos do relaxamento muscular progressivo de Jacobson em doentes com depressão e ansiedade e verificou existir uma diminuição significativa dos sintomas, levando a uma melhoria do bem-estar geral do cliente.

Com a aprendizagem das técnicas de relaxamento e respiração diafragmática, o cliente pode adquirir competências válidas na redução da ansiedade generalizada (Lucas & Freitas, 2017).

O relaxamento progressivo dos músculos diminui a pulsação, a tensão arterial e a frequência respiratória e quando atingido com êxito, tem o mesmo efeito que um ansiolítico (Davis et al., 2008).

O treino autogénico é uma técnica de relaxamento criada pelo médico psiquiatra alemão Johannes Heinrich Schultz no início do século XX (Schultz, 1932). O termo "autógeno" é oriundo das palavras gregas "*autos*" (si mesmo) e "*genos*" (gerar), sendo assim o relaxamento não é induzido, mas desenvolvido pelo próprio sujeito, estando associado à forma como a mente humana consegue influenciar o corpo no equilíbrio dos sistemas reguladores que controlam a circulação, a respiração, entre outros (Ajimsha et al., 2014).

A técnica é composta por um conjunto de seis exercícios, tendo como finalidade que o cliente relaxe gradualmente os diversos grupos musculares, conduzindo-o a experienciar um conjunto de cinestésias (sensação de peso e de calor), sentir a atividade cardíaca, a respiração, sensação de calor na zona abdominal e frio na cabeça (Shultz, 1932). Habitualmente a intervenção inicia-se no sentido céfalo-caudal, alternando 10 segundos de cinestésias com 10 segundos de relaxamento (Sequeira & Sampaio, 2020).

O objetivo do método visa permitir a tranquilização e o autocontrole, em que o cliente passa de um estado de excitação relacionado com a atividade simpática do sistema nervoso autónomo para um estado de relaxamento associado com a atividade parassimpática, tornando-se possível através de uma concentração passiva (Luthe & Schultz, 1969).

A utilização do treino autógeno é contraindicada em idosos, devido as alterações na função respiratória (Ajimsha et al., 2014). Por outro lado, esta técnica é uma boa escolha no tratamento de problemas relacionados com a ansiedade (Yurdakul et al., 2009).

A TIG espelha o uso de diversos sentidos como a visão, audição, paladar e tato, assim como a propriocevidade, todos estes sentidos produzem mudanças regenerativas na mente e no corpo (Apóstolo & Kolcaba, 2009).

O relaxamento por TIG tem como objetivo que o cliente utilize de forma intencional imagens mentais e atributos sensoriais, resultantes da sua imaginação ou memória, para atingir o efeito terapêutico desejado. Durante a TIG a vivência da experiência é tão intensa que o cérebro responde como se fosse uma experiência real, produzindo efeitos psicossomáticos benéficos (Apóstolo, 2010).

A TIG visa promover um estado de tranquilidade, conforto psicológico e fisiológico através do relaxamento muscular e de imagens mentais positivas e tem demonstrado resultados na redução de diversos desconfortos associados a perturbações do humor, como a depressão, sintomas relacionados com o stress, ansiedade, inabilidade para manter um trabalho e problemas de relação (Apóstolo & Kolcaba, 2009).

O relaxamento não apresenta contraindicações, exceto a técnica de imaginação guiada que não deve ser utilizada em estados psicóticos agudos e está indicado para perturbações da ansiedade, stress, perturbações psicomotoras, como os tiques, a gaguez, espasmos musculares, entre outros (Sequeira, 2006).

As intervenções em grupo envolvem um maior número de clientes, tendo como finalidade a partilha de sentimentos, emoções, ideias e experiências fomentando o crescimento mútuo e a relação de ajuda (Sampaio et al., 2018). Deste modo as intervenções de enfermagem em grupo na redução da ansiedade, permitem aos utentes a partilha de experiências e vivências, encorajando a expressão de ajuda mútua,

promovendo o desenvolvimento de estratégias de adaptação para lidar com as diversas situações do dia-a-dia.

#### **1.4.2. Psicoeducação**

A abordagem de ensino carece de ser aplicada de acordo com as necessidades do educando, como a narrativa (ensinar informações restritas), a participação (cliente envolve-se no processo de aprendizagem em parceria com o Enfermeiro), a confiança (o cliente gere os seus cuidados pessoais) e o reforço (estímulo para aumentar a probabilidade de uma resposta desejada) (Potter & Perry, 2006).

Segundo a OE (2015a, p. 20) a psicoeducação “É também uma maneira de desenvolver compreensão e aprender estratégias para lidar com a doença mental e os seus efeitos”.

De acordo com Anderson et al. (1986) pioneiro do conceito de psicoeducação que descreve como uma terapia comportamental fundamentalmente destinada ao doente e à sua família, sendo instituída pelos seguintes elementos: esclarecer o doente sobre a sua doença, desenvolver o treino para a resolução de problemas, de habilidades comunicacionais e de assertividade, tendo como finalidade a promoção da autogestão do processo de saúde/doença.

A psicoeducação surgiu nos anos 70, como uma técnica no tratamento adicional de fármacos, de modo a resolver a necessidade do tratamento farmacológico e do ensino aos utentes sobre os fatores que envolvem a doença (Menezes & Souza, 2012).

Sendo assim a psicoeducação ressalta a importância do papel do Enfermeiro na educação em saúde, auxiliando os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde e por conseguinte o bem-estar, através do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente ao longo do seu ciclo de vida.

De acordo com Ekhtiari et al. (2017) a psicoeducação consiste numa intervenção com transferência estruturada, sistemática e didática de conhecimentos sobre a doença e tratamento, que complementa aspetos emocionais e motivacionais, de forma a conceder a reação do cliente com a doença melhorando a sua adesão e eficácia ao tratamento.

A intervenção psicoeducacional é uma técnica que promove a divulgação de informação sistematizada à pessoa e à sua família, sobre a etiologia, os sintomas, o

tratamento e a evolução da doença, com o objetivo de aumentar os conhecimentos e deste modo, proporcionar uma alteração de comportamentos (Figueiredo et al., 2009).

A psicoeducação engloba o aconselhamento comportamental e educacional, em que o aconselhamento comportamental trabalha as emoções, as perceções, o enfrentamento, o relaxamento e o autocuidado, enquanto a componente educacional visa a transmissão do conhecimento sobre a condição física ou psicológica dos utentes (Cummings & Cummings, 2008).

A psicoeducação tem como objetivos promover informação sobre a patologia, os sinais e sintomas, o regime terapêutico, os sinais de recaída do cliente, as estratégias para lidar com as situações promotoras de ansiedade que surgem no quotidiano, instituições e profissionais a quem devem recorrer em caso de necessidade. Toda a informação é facultada ao cliente e/ou família de modo a promover uma redução da ansiedade por parte de ambos, proporcionar bem-estar ao cliente e melhorar a relação familiar e psicossocial.

A psicoeducação compreende o desenvolvimento emocional, comportamental e social do indivíduo e o profissional que intercede como promotor de mudanças, capacitando a pessoa de habilidades adquiridas e promovendo práticas com base no conhecimento científico (Lemes & Neto, 2017).

O EEESMP tem um papel fulcral na realização das intervenções psicoeducativas, pois estão em contato com os clientes e com a sua família, nos contextos clínicos e comunitários, nas diversas fases da doença mental, desde a fase aguda, ao processo de reabilitação e reintegração na sociedade. A psicoeducação em Enfermagem é um recurso importante, pois facilita aprendizagens direcionadas para a literacia em saúde, permitindo o desenvolvimento de habilidades pessoais que norteiam a saúde individual e comunitária (Maia et al., 2018).

A Psicoeducação representa o primeiro passo para aliviar a ansiedade e o processo de aprendizagem pode ser promovido com o fornecimento de informações em diversos formatos, verbalmente e/ou por escrito (Mah, 2011). E inicia-se através da divulgação de informação sobre as causas da ansiedade, as respostas físicas, cognitivas e comportamentais (Lucas & Freitas, 2017).

## 1.5. Referencial de Enfermagem: Modelo de Betty Neuman

A teoria de Enfermagem é essencial para “guiar o enfermeiro nos papéis de educador, pesquisador e assistencial, e também, para fortalecer a íntima relação entre esses múltiplos papéis” (Santos et al., 2004, p.114). Tendo em conta a problemática em estudo e as intervenções de Enfermagem inerentes, múltiplos referenciais teóricos podem fundamentar os cuidados de Enfermagem prestados, no entanto não existe nenhuma teoria que contemple na totalidade todas as situações vividas na prática clínica.

Deste modo, recorreu-se ao modelo de Betty Neuman, que melhor contribuiu para orientar a prática dos cuidados de Enfermagem ao longo dos estágios, entender a multidimensionalidade da pessoa de modo a identificar os fatores stressores, considerando os seus recursos, assim como fatores que intervêm no equilíbrio do seu sistema, apoiando e permitindo a prática de Enfermagem aos resultados pretendidos.

Este é um modelo dinâmico e flexível, em que a pessoa é vista no seu todo multidimensional, sendo que as partes se mantêm em interação com os fatores de stress (Neuman, 1995).

O sistema do cliente é constituído por cinco variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual, que simbolizam as características de sobrevivência do ser humano. A reação aos stressores depende pelas cinco variáveis anteriormente citadas, assim como o tempo de contacto, a natureza, a intensidade do agente, as experiências anteriores da pessoa, dos seus recursos e da sua própria perceção relativamente ao(s) agente(s) de stresse (Neuman & Fawcett, 2011).

O Modelo de Betty Neuman apresenta quatro pressupostos: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, em que a pessoa e o ambiente se encontram continuamente em interação, com uma abordagem aberta e dinâmica que salienta a pessoa como um todo, como um ser multidimensional (Neuman, 1995). Neste modelo a pessoa está inserida num sistema, sendo considerado um sistema aberto em permanente interação com o ambiente, com o objetivo de encontrar o estado de equilíbrio, no entanto ao longo do seu desenvolvimento é influenciado pela existência de stressores, causando-lhe desequilíbrio.

Ao longo da vida, o ser humano pode ser afetado por diversos stressores, que podem ser internos ou externos e que influenciam o seu equilíbrio e, quando sucede, as linhas entram em ação para proteger o sistema. Para Neuman a Enfermagem tem a

finalidade de facilitar a pessoa a identificar os seus recursos internos e externos, com o objetivo de colmatar os stressores, com a finalidade de alcançar o máximo bem-estar e saúde, reequilibrando-o (Neuman & Fawcett, 2011).

Assim o cliente com ansiedade (agente de stresse) apresenta debilidades nas variáveis do sistema, a nível físico, psicológico e social, colocando o equilíbrio do sistema em causa e deste modo as minhas intervenções vão de encontro a esse desequilíbrio, potenciando os recursos do cliente e família de modo que alcance novamente o reequilíbrio do seu sistema e também permitindo manter o equilíbrio por um período mais prolongado.

O EEESMP tem um papel fulcral na promoção de intervenções que permitam ao cliente manter, conservar e atingir o equilíbrio, atuando nos diferentes tipos de prevenção, sendo deste modo essencial a identificação dos fatores stressores fomentando assim a maximização da saúde e do bem-estar.

Para Neuman, o bem-estar e a saúde são o princípio do equilíbrio do sistema do cliente e com o objetivo de mantê-lo, recuperá-lo e reconstruí-lo identificou três níveis de intervenção de Enfermagem, a prevenção primária, secundária e terciária (Tomey & Alligood, 2004).

A intervenção do EEESMP inicialmente a nível da prevenção primária e secundária de modo a promover o bem-estar do cliente, reforçando as suas linhas de resistência e tratando os sintomas, de modo atingir o reequilíbrio. Após atingir o equilíbrio o EEESMP atua na prevenção terciária com o objetivo de identificar os fatores que desencadeiam a ansiedade, potencializando os recursos internos do cliente de modo reduzir o impacto dos stressores, evitar o reaparecimento dos sintomas exacerbados perante os fatores stressores, capacitando-o a autocontrolar a ansiedade através da identificação e aquisição de estratégias que permitam reduzir a ansiedade, mantendo a estabilidade e o equilíbrio do sistema.

Assim, quando o cliente apresenta sintomas exacerbados de ansiedade que colocam em causa o seu bem-estar, é necessário a intervenção do EEESMP para a realização do diagnóstico de situação, com a identificação dos fatores stressores, de modo as planear as intervenções adequadas a cada situação, potenciando os recursos da pessoa para promover e manter a estabilidade, evitando o reaparecimento daquele agente de stress.

## **2. CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO**

Ao longo deste capítulo serão caracterizados os contextos de internamento e comunitário onde decorreram os estágios. Ao longo dos estágios foram realizadas notas de campos, com reflexões diárias sobre cada dia no local de estágio de modo a reconhecer a perspetiva pessoal essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional, assim como partilhar e validar com os Enfermeiros Orientadores os meus sentimentos, emoções e comportamentos por forma a contribuir para o processo de tomada de consciência, começando pelo exercício do autoconhecimento.

### **2.1. Contexto internamento**

O primeiro estágio decorreu de 11 de outubro a 10 de dezembro de 2021, no serviço de internamento de Psiquiatria Agudos de um hospital na área metropolitana de Lisboa e Vale do Tejo com funções assistenciais, de ensino e investigação.

#### **2.1.1. Caraterização do serviço**

O serviço de internamento é constituído por 25 camas, com 10 quartos, dos quais 6 são triplos, 3 são duplos e um individual para isolamento, sendo que o serviço tem praticamente sempre a lotação máxima.

A equipa é constituída pelo Diretor de Serviço, Médicos Especialistas, Médicos internos de especialidade, Enfermeira Chefe, Enfermeiros Especialistas, Enfermeiros, Psicólogos, Terapeuta Ocupacional, Assistentes Sociais, Assistentes Técnicos e Operacionais.

Tem como missão contribuir para a prestação de cuidados de saúde mental à população da área assistencial, em cooperação com os Centros de Saúde e as diversas estruturas da comunidade; prestar cuidados integrados às pessoas com doenças mentais graves; assegurar apoio psiquiátrico aos doentes de outros serviços do hospital. O acesso ao serviço é feito por referência prévia pelos Médicos de Família de um dos Centros de Saúde da área assistencial, Psiquiatras do Serviço de Urgência do hospital e Médicos de outros Serviços do hospital, em regime de internamento voluntário ou compulsivo (sendo acionado o internamento compulsivo ao abrigo da Lei n.º 36/98, de 24/07).

Ao longo do estágio de observação achei desafiante a importância do EEESMP na avaliação da situação, na prevalência de clientes internados com o diagnóstico de Enfermagem de ansiedade e humor depressivo, sendo pertinente a aplicação deste projeto de modo implementar estratégias para diminuir a ansiedade de modo a

restabelecerem o bem-estar e tranquilidade e também promover o autocontrolo da ansiedade. Os diagnósticos médicos mais comuns eram a esquizofrenia, perturbação da ansiedade, perturbação depressiva e perturbação bipolar.

## **2.2. Contexto Comunitário - hospital de dia**

O segundo estágio foi realizado num Hospital de Dia (HD) de Psiquiatria na zona de Lisboa no período de 13 de dezembro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022.

### **2.2.1. Caraterização do serviço**

O serviço tem como objetivo oferecer tratamentos todos os dias úteis, em regime de internamento parcial no horário entre as 9:00h e as 16:00horas, admite clientes com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, com lotação máxima de vinte clientes, em frequência diária e regime de exclusividade, disponibilizando um programa intensivo de tratamento a clientes que ainda não se encontrem estáveis e/ou relativamente aos quais se acredita existir um significativo potencial de recuperação.

Para cada cliente é elaborado um plano terapêutico individualizado, que pressupõe que o cliente participe de forma assídua e pontual nas diferentes atividades propostas, tendo acesso a diversas intervenções em grupo de âmbito psicoeducacional, psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial com planeamento mensal.

A equipa técnica é constituída por dois EESMP, uma psiquiatra, dois internos de Psiquiatria, uma psicóloga, uma psicomotricista, uma assistente social e duas assistentes operacionais.

A referenciação é efetuada através da urgência, internamento ou da consulta externa, com os diagnósticos médicos mais comuns de perturbações de personalidade, perturbações de humor e perturbações psicóticas em que o tempo de permanência é preferencialmente de 12 meses e o tratamento é voluntário.

O modelo utilizado no serviço é um modelo psicodinâmico em que os EEESMP dinamizam vários grupos distribuídos na semana, que vão sendo adaptados consoante as necessidades e características individuais e do grupo, em que a equipa multidisciplinar reúne uma vez por semana para discutir as problemáticas relacionadas com os utentes e definir um plano terapêutico para cada um deles.

### **3. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS E INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS**

#### **3.1. Objetivos**

Ao longo do RE irei descrever e analisar as intervenções realizadas nos dois contextos de estágio, de modo a possibilitar perceber quais as intervenções do EEESMP que poderão dar resposta à questão de partida: Como podem o relaxamento e a psicoeducação contribuir para a redução da ansiedade no cliente com humor depressivo?

Para responder a esta questão formulei o seguinte objetivo geral: Executar intervenções de EEESMP que promovam a redução da ansiedade do cliente com humor depressivo e como objetivos específicos: Apresentar intervenções especializadas de grupo/ individual de modo a promover a redução da ansiedade no cliente com humor depressivo; Promover o bem-estar dos clientes, ajudando-os a adquirir estratégias para lidar com a ansiedade; Analisar a eficácia das intervenções de Enfermagem aplicadas através da avaliação verbal e escrita das sessões pelos clientes, notas de sessão e interação e análise dos dados obtidos através da escala aplicada e desenvolver as competências comuns e específicas do EEESMP.

#### **3.2. Contexto de Internamento**

Ao longo das primeiras semanas, fui-me integrando e identificando as necessidades do serviço e dos clientes internados, de modo a dar o meu contributo enquanto estudante da especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica (SMP), sempre com o apoio e em concordância com o Enfermeiro Orientador.

Aos clientes admitidos no serviço é sempre realizada a entrevista inicial e o exame do estado mental pelo Enfermeiro e em seguida é criado o espólio com a roupa e objetos que o cliente tenha consigo, de modo que não tenham consigo nenhum dos seus pertences, apresentado o serviço e as suas regras.

Segundo Neeb (2000), os Enfermeiros ao longo da etapa de colheita de dados/ avaliação inicial é quando se realiza a avaliação do estado de saúde mental, em que observa o funcionamento mental da pessoa e consegue obter os dados que lhe permite concluir, se é ou não portador de alguma patologia, avaliar o grau de comprometimento que a doença causa, assim como os aspetos saudáveis da sua personalidade. Assim é fundamental uma história detalhada e abrangente do cliente para a construção de um

diagnóstico correto e formulação de um plano de tratamento específico e eficaz (Kaplan et al., 1997).

No turno da manhã são realizados os cuidados de higiene, os produtos de higiene pessoal são guardados num armário na sala de enfermagem, devidamente identificados e fornecidos aos clientes sempre que solicitados em que aplicam os produtos na presença do Enfermeiro.

Às 9:30h é servido o pequeno-almoço e administrada a terapêutica presenciada no refeitório. Após o pequeno-almoço os clientes podem ter várias atividades, definidas pela equipa de Enfermagem, podem ficar na sala de convívio que possui televisão, livros, revistas e diversos jogos, podem também ter consulta médica.

As visitas são na parte da tarde a partir das 14h e tendo em conta que era período de pandemia era necessário agendar e só era permitida a presença de uma pessoa. As visitas não eram permitidas no quarto, só na sala de visitas.

Antes da ceia os clientes fumadores tinham de entregar aos Enfermeiros o tabaco e o isqueiro que tinha sido distribuído antes do pequeno-almoço, pois a sala para fumadores estava aberta no período das 9h às 22h. Alguns clientes com dificuldades na gestão do tabaco, iam solicitando aos Enfermeiros os cigarros ao longo do dia, de modo a não ficarem sem tabaco até à próxima visita dos familiares.

Para conseguir atingir os objetivos definidos para o estágio no contexto de internamento e desenvolver as competências do EEESMP, colaborei, planeei e conduzi diversas atividades.

Após esse debate foram definidas intervenções suscetíveis de serem aplicadas, planeadas e desenvolvidas tendo em consideração a duração do estágio e também indo de encontro aos objetivos definidos no projeto de estágio. Essas intervenções tiveram por base os pressupostos do modelo teórico de Betty Neuman e foram selecionados os clientes que poderiam integrar as atividades.

A minha integração na equipe multidisciplinar, nomeadamente a equipe de enfermagem, decorreu de forma muito gratificante para mim, pela forma como fui acolhida, pela disponibilidade e interesse, que contribuíram para a aplicação e desenvolvimento do meu projeto de estágio.

O plano de distribuição das atividades diárias é realizado semanalmente pelo Enfermeiro Especialista, Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional.

Colaborei na reunião multidisciplinar que é efetuada semanalmente às sextas-feiras, em que era estudado, analisado e discutido o caso clínico de cada cliente individualmente e as intercorrências na dinâmica do grupo e com os profissionais. Estas reuniões estimularam o meu pensamento crítico, a pesquisa de conhecimento de modo a formular o meu próprio raciocínio clínico, permitindo ter um papel mais ativo na equipa, manifestando os meus juízos de valor, assim como expor estratégias em relação aos clientes, permitindo-me consolidar o meu processo de aprendizagem e o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. Também apresentei o meu projeto de estágio para obter o consentimento das intervenções que tencionava realizar.

Por outro lado, tive oportunidade de assistir e participar nas reuniões de grupo de preparação para a alta com a família, dinamizadas pelo EEESMP em que são partilhadas as dificuldades, gestão da terapêutica, todos os sentimentos, emoções, angústias e frustrações vivenciadas pelos familiares.

A intervenção familiar realizada por um profissional de saúde evidencia um efeito positivo, visando um envolvimento ativo do cliente e da família nos cuidados de saúde, diminuição da sobrecarga do cuidador, capacitando a família a desenvolver estratégias de coping eficazes, permitindo melhoria no bem-estar e qualidade de vida (Caqueo-Urizar, 2014).

Frequentemente as famílias dispõem de pouca informação sobre as patologias psiquiátricas e os múltiplos estigmas associados, o que acaba por exacerbar a capacidade da família lidar perante o diagnóstico. Além disso, a incerteza relativamente à evolução da patologia, o tratamento e o prognóstico têm interferência na dinâmica familiar, desencadeando uma ambiguidade de sentimentos e emoções. Estes sentimentos englobam a dor e perda, choque, raiva, desespero, culpa, ansiedade e vergonha nos elementos da família (Marsh, 1998).

O papel ativo da família é primordial para o tratamento, reabilitação e reinserção social do seu familiar, no entanto a adaptação da família depende da intervenção do EEESMP, uma vez que muitas famílias necessitam de apoio, de forma a ultrapassar as dificuldades e os obstáculos que encontram. As famílias afetadas por esta situação, necessitam de adquirir conhecimentos sobre a doença, sinais e sintomas para prevenção de recaídas, desenvolvimento de estratégias para lidar com a sintomatologia e as suas repercussões no dia-a-dia (McFarlane et al., 2003).

A família é crucial no processo de gestão da doença, sendo uma fonte incalculável de apoio, uma vez que os familiares atentos e informados são habitualmente os primeiros a identificar os sintomas, as mudanças cognitivas ou comportamentais resultantes da doença, permitindo uma intervenção oportuna, menos recaídas, redução do número de internamentos e melhor adesão terapêutica.

Portanto, o EEESMP desempenha um papel fulcral, pois compreende os processos de saúde e doença mental e o modo como afetam a estrutura familiar, implicando a mobilização de si próprio, como recurso terapêutico para estabelecer uma relação de ajuda, favorecendo o bem-estar e a promoção da saúde mental de toda a família (Casaleiro et al., 2017).

Ao longo das reuniões constatei a sua importância e o suporte de apoio para os familiares pois permitiu expressar sentimentos e emoções relacionados com a patologia, combater o estigma, melhorar o conhecimento sobre a patologia e o reconhecimento de sinais de alarme, prevenção de recaídas, apoio emocional e a definição e identificação de estratégias para superar as adversidades, melhorando a qualidade de vida e bem-estar dos familiares.

Um das intervenções desenvolvidas foi a realização de uma sessão de psicoeducação sobre a Adesão ao Regime Terapêutico pelo facto de existirem diversos reinternamentos devido ao abandono da terapêutica, assim como a administração incorreta e a sessão teve como objetivo elucidar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico, os efeitos secundários, estratégias para diminuir os efeitos secundários, como evitar as recaídas e estratégias para evitar os esquecimentos.

Também desenvolvi uma sessão de psicoeducação "Respirar... sem tabaco!", devido ao facto de existirem vários clientes fumadores, com o objetivo de alertar os clientes para o risco do consumo de tabaco, as suas consequências e encorajar os clientes para a redução ou cessação tabágica.

Outra sessão de psicoeducação desenvolvida foi sobre a Ansiedade, com o objetivo de alertar sobre os sintomas físicos e psicológicos, causas e estímulos que podem desencadear a ansiedade e as estratégias para reduzir a ansiedade. Em todas as sessões de psicoeducação foi abordado cada cliente, explicado o objetivo das sessões e estiveram presentes os clientes que manifestaram interesse e vontade em participar.

Para complementar e dar suporte as sessões de psicoeducação foram realizados dois panfletos para os clientes sobre os temas Adesão ao Regime Terapêutico e sobre “Respirar... Sem Tabaco”.

Assim o EEESMP é o principal agente psicoeducativo, sendo crucial que desenvolva competências que possibilitem transmitir informação de forma perceptível e adequada, de modo a estimular a aprendizagem dos clientes a que se destina a intervenção.

O EEESMP tem um papel preponderante na capacitação do cliente para encontrar estratégias, habilidades, incentivos e motivações para melhorar a qualidade de vida, sendo fulcral que perceba a importância da intervenção.

Assim para desenvolver as minhas capacidades/competências de avaliação sistemática do cliente realizei um estudo de caso, que teve como objetivo compreender o estado de saúde/doença de uma cliente, elaborando um plano de cuidados individualizado.

O estudo de caso é utilizado na prática dos cuidados de Enfermagem, com a finalidade de efetuar um estudo pormenorizado das necessidades e problemas do cliente, família e comunidade, permitindo que o Enfermeiro defina as melhores estratégias para solucionar ou reverter os problemas identificados (Galdeano et al., 2003).

O estudo de caso clínico de Enfermagem permite obter uma recolha de dados aprofundada e pormenorizada, tentando abranger diversas fontes de informação pertinentes para a tomada de decisão clínica e todas as intervenções são planeadas de forma personalizada.

A proximidade com o cliente provocou em mim sentimentos de empatia, que permitiram ter a perceção do modo como a doença mental pode afetar a vida das pessoas, assim como a repercussão na família, amigos, no trabalho e na sociedade.

Deste modo o estudo de caso que irei relatar sucintamente pretende compreender a pessoa em estudo como um ser único, através da visão holística. A cliente H.A., género feminino, de 68 anos de idade, casada, empregada fabril no embalamento de fruta e com dois filhos adultos. Esta cliente foi admitida no internamento por quadro de humor depressivo desde há duas semanas, anergia, clinofilia marcada e ansiedade.

A intervenção foi desenvolvida com recurso à avaliação global do estado de saúde da cliente, à realização de entrevistas informais, à consulta de informação no processo clínico, avaliação do estado mental, ao exame físico, à avaliação psicossocial, à observação

da cliente no serviço, no contato com os outros clientes, profissionais de saúde e com a família.

Assim o estudo de caso permitiu-me desenvolver competências profissionais, interpessoais, comunicacionais, sistêmicas e instrumentais ao longo de todas as etapas da sua execução. O Enfermeiro tem um papel fundamental no diagnóstico da ansiedade e no controlo, e a colheita de dados deve contemplar as diversas dimensões do cliente, psicossocial, física e a adaptação ao stress, para seguidamente implementar a intervenção adequada, sendo que o relaxamento pelas suas características será uma possibilidade (Rosa, 2013).

Os diagnósticos identificados foram os seguintes: ansiedade relacionada com a mudança no estado de saúde manifestado por sintomas somáticos e vegetativos, Regulação do humor comprometida (Humor depressivo) ansiedade e transtorno psiquiátrico (Perturbação Afetiva Bipolar) afeto triste e mudança no comportamento verbal e não verbal, Insónia (Inicial) relacionado com ansiedade e barreira ambiental manifestado por dificuldade em iniciar o sono e insatisfação com o sono, Risco de não adesão terapêutica devido ao incumprimento terapêutico nos cinco dias antes do internamento, Comportamento interativo comprometido, relacionado com a doença e com o afastamento da família, dos amigos, vizinhos manifestado por isolamento social.

Os resultados das intervenções foram avaliados com base nos indicadores NOC, salientando que a cliente H.A. manifestou por diversas vezes “já me sinto melhor, mais calma, já não sinto aquela vontade de fugir das pessoas, de não ver ninguém e aquela tristeza já se está a ir embora” (sic) referindo “os exercícios que faço aqui tem-me feito muito bem, deixam-me a cabeça ocupada, parece que me sinto mais leve”, demonstrando sempre disponibilidade e interesse em participar nas atividades programadas pela estudante da especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo também visível um aumento progressivo da interação social “já me apetece falar com as pessoas, que antes só queria fugir delas” (sic).

A aceitação do regime farmacológico e não farmacológico, reconhecendo como sendo uma mais-valia para a estabilização “os medicamentos e o relaxamento tem-me ajudado muito, sinto-me muito melhor. Não queria ficar internada, mas foi melhor para mim” (sic). Boa rede de apoio familiar, com a presença de pessoa significativa (marido, filho ou filha) quando tiver alta e voltar à sua rotina habitual.

Ao longo das diversas entrevistas de ajuda informal, constatei que a cliente H.A. teve gradualmente uma evolução positiva, manifestando esperança na sua recuperação, na importância de cumprir o plano terapêutico, demonstrando satisfação com o seu emprego e em mantê-lo, definindo objetivos para o futuro.

A identificação do diagnóstico de Ansiedade está de acordo com o planejamento do meu projeto de estágio, em que realizei três sessões individuais de relaxamento muscular progressivo de Jacobson à cliente H.A. e a cliente também participou em cinco sessões de grupo.

Ao longo do estágio foram realizadas cinco sessões de relaxamento em grupo com o relaxamento muscular progressivo de Jacobson, com frequência de uma vez por semana, com duração de 60 min., em que na primeira e na última sessão são avaliados os resultados NOC para a ansiedade e autocontrole da ansiedade.

### **3.2. Contexto de HD**

Para o desenvolvimento das competências do EEESMP e para atingir os objetivos definidos de acordo com a implementação do projeto de estágio, dinamizei e participei em várias atividades que irei abordar em seguida.

Particpei na reunião multifamiliar realizada quinzenalmente às quintas-feiras com os clientes, equipa multidisciplinar e familiares. Esta atividade terapêutica destinada à partilha e estabelecer uma proximidade entre os clientes, os seus familiares e a equipa técnica. Trata-se de um espaço aberto para esclarecimento de dúvidas, onde partilhavam todas as dificuldades sentidas com o seu familiar, orientação relativamente à patologia e à terapêutica, onde eram abordados assuntos sobre a dinâmica do serviço e sugestões de melhoria.

Frequentemente as dúvidas, incertezas e dificuldades dos familiares, assim como as experiências vivenciadas, eram comuns aos restantes familiares, atuando como suporte de apoio, de modo a terem esperança e confiança na estabilidade dos seus familiares.

Ao longo das reuniões os familiares manifestaram dificuldade na gestão do regime terapêutico, falta de suporte, dificuldades financeiras e de emprego e o estigma. Inicialmente apresentei uma postura observadora, contudo progressivamente fui participando ativamente nas reuniões, com parecer positivo do Enfermeiro Orientador e percebi a importância do papel do EEESMP na perceção dos processos de saúde e doença

mental, o modo como afetam as famílias e as suas reais dificuldades, mobilizando-se como instrumento terapêutico quer com o cliente, quer com a família.

Particpei nas reuniões multidisciplinares realizadas todas as sextas-feiras, em que era analisado cada cliente individualmente, avaliado o trabalho realizado ao longo da semana e era definido o plano de atividades para a semana seguinte. Além disso era abordada a dinâmica de grupo, alguma intercorrência ou problema, que eventualmente tenha ocorrido, que também permitiram alicerçar o meu processo de aprendizagem. A relação que ia estabelecendo com os elementos da equipa permitiram o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais, tendo um papel ativo na equipa, possibilitando expressar os meus juízos de valor.

Ao longo do estágio outra atividade efetuada foi o passeio terapêutico, com todos os clientes e o Enfermeiro Orientador, que visou promover a interação social, incentivar a expressão de sentimentos e emoções, identificar e desbloquear os fatores *stressores* através da abstração, do contacto com a cidade, o jardim, a natureza, evocando os sentidos, promover o exercício físico, permitindo também favorecer uma relação de confiança entre os clientes e o Enfermeiro.

Esta atividade baseia-se nos princípios de abordagem da Terapia *Milieu*, centrando-se numa relação de confiança, o respeito mútuo e o crescimento pessoal em que foi possível observar o comportamento dos clientes em grupo, as interações com os vários elementos do grupo, as dificuldades manifestadas no contexto das relações estabelecidas com os familiares, sociais ou outras, permitindo a otimização da Saúde Mental e reintegração na sociedade. O EEESMP desempenha um papel ressocializador, pela relação de proximidade e compreensão da linguagem verbal e não verbal e os seus significados.

Também assisti a duas entrevistas de admissão com o cliente e os seus familiares, em que se averiguava a motivação para a adesão ao programa terapêutico, a história clínica, percurso de vida, fomentando a implicação do cliente e familiares neste projeto terapêutico, que também era um momento fulcral para estabelecer uma aliança terapêutica. Ao longo da entrevista eram fornecidas todas as informações sobre o programa terapêutico e duração máxima de 8 a 12 meses.

Ao longo do estágio participei ativamente em intervenções dinamizadas pelos Enfermeiros Especialistas, Psiquiatras e Terapeuta Ocupacional, que irei citar

sumariamente. A expressão plástica com a utilização dos mediadores expressivos, favorecendo as capacidades comunicativas, partilha de pensamentos, emoções e sentimentos, promovendo o desenvolvimento psíquico dos clientes, a individualidade e a socialização.

A cineterapia, com a visualização de filmes com conteúdos pertinentes, promovendo um processo de autoanálise, a reflexão, expressão de sentimentos e pensamentos, identificação de comportamentos visualizados nos filmes e a promoção de comportamentos sociais mais adequados, favorecendo uma melhor compreensão de si próprio e inspiração para a mudança. A realização de diferentes jogos terapêuticos como ferramenta para relaxar, expressar sentimentos, estimulando a cognição e a socialização.

Também eram promovidos debates e discussão sobre as notícias da atualidade, estimulando a reflexão e impulsionando a expressão de pensamentos, ideias e sentimentos. A confeção de bolos contribuindo para relaxar, o despertar de sentimentos, criatividade e a socialização.

Na dinamização de grupos, os profissionais e os clientes estão sentados em cadeiras dispostas em círculo para que seja possível o contacto visual entre todos.

Os grupos terapêuticos constituíram momentos de grande aprendizagem, tanto com os clientes, como também no desenvolvimento do autoconhecimento, com reflexões sobre mim mediante as partilhas que iam sendo feitas pelos clientes, permitindo-me aprofundar o conhecimento que tinha sobre mim, os meus pensamentos, comportamentos e recursos, assim como os momentos de reflexão com os Enfermeiros Orientadores revelaram-se valiosos.

A minha participação nos grupos terapêuticos proporcionou a mobilização de conhecimentos, o desenvolvimento de competências comunicacionais, aprender a gerir situações imprevistas ao longo das sessões, assim como o acompanhamento da evolução dos clientes.

As reflexões exprimem o meu desenvolvimento ao longo dos estágios, pois no primeiro contexto centrava-me mais em mim própria, nas minhas inseguranças, preocupações e o desafio de estabelecer relação com os clientes, no entanto ao longo do tempo desenvolvi estratégias para colmatar estas dificuldades e já com o desenvolvimento pessoal em curso concentrei-me em definir intervenções.

Também foram realizadas duas sessões psicoeducativas em grupo sobre a Adesão ao Regime Terapêutico e sobre a Ansiedade, face à necessidade sentida no serviço. Em todas as sessões foram convidados os clientes, explicado o objetivo e a autorização dos clientes para participar.

As intervenções psicoeducativas sobre a Adesão ao Regime Terapêutico visaram elucidar sobre a importância de cumprir rigorosamente a prescrição terapêutica, contribuindo assim para a redução das recaídas, assim como dos internamentos ou reinternamentos, permitindo um aumento do insight relativo à necessidade de tratamento e as estratégias para evitar os esquecimentos.

Na sessão de psicoeducação sobre a Ansiedade após a exposição teórica, debateu-se o modo como a ansiedade afetava a vida dos clientes, as manifestações da ansiedade, estratégias para a redução da ansiedade através da identificação de estratégias terapêuticas de modo a gerir a sua ansiedade, estimulando o seu autocontrolo e incentivando as técnicas de relaxamento.

O objetivo do projeto visa contribuir para a redução da ansiedade nos clientes com humor depressivo, gestão da ansiedade mediante um aumento do conhecimento sobre as patologias e tomada de decisão consciente no processo terapêutico, identificação de estratégias terapêuticas que permitam identificar e gerir a ansiedade, fomentar o autocontrolo da ansiedade, recorrendo as técnicas de respiração e de relaxamento.

O programa de relaxamento contemplou cinco sessões, com frequência de uma vez por semana, às terças-feiras, com duração de 60 min., em que na primeira e na última sessão são avaliados os resultados NOC para a ansiedade (Anexo I) e autocontrolo da ansiedade (Anexo II) validados para a população portuguesa e solicitada a autorização ao autor para a sua aplicação.

Ao longo do estágio foram realizadas duas sessões de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, uma sessão de TIG no campo, uma sessão de TIG na praia e uma sessão de treino autogénico de Schultz.

A concretização deste projeto teve uma avaliação positiva pelos resultados obtidos, que serão apresentados no próximo capítulo permitindo aos clientes desenvolver novas estratégias para fazer face aos episódios de ansiedade, aumentando a sua capacidade de adaptação e consequentemente o seu bem-estar.

## 4. METODOLOGIA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a concretização deste projeto foram realizadas cinco sessões de relaxamento no internamento e no HD, com frequência de uma por semana.

Assim definiu-se como população alvo os clientes que apresentavam diagnóstico de enfermagem de ansiedade (ICN,2019) e humor depressivo (ICN, 2019), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos, que saibam ler, escrever e compreendiam a língua portuguesa, com capacidade e interesse de participação em dinâmicas de grupo e individuais.

Os critérios de exclusão estipulados, clientes com défice cognitivo, com agitação psicomotora, atividade alucinatória e/ou delirante exacerbada, estado confusional, acuidade auditiva reduzida, com incapacidade de participar em dinâmicas de grupo, ou que não respeitem as normas e regras do grupo (Sequeira & Sampaio, 2020).

O grupo no internamento foi constituído por dois clientes e no HD por quatro clientes, que cumprem os critérios definidos e participaram na totalidade das sessões.

A todos os clientes foi questionado sobre o interesse em participar nas sessões de relaxamento, em que foi realizada uma entrevista inicial para apresentar o tema, explicar as atividades que se iriam realizar, de modo a obter o consentimento de participarem neste grupo. Em todas as entrevistas foi realizado o exame do estado mental individual.

Esta intervenção teve uma avaliação positiva, justificada em seguida com apresentação da análise e reflexão dos resultados obtidos, recorrendo aos resultados NOC para o nível de ansiedade (Anexo I) e autocontrolo da ansiedade (Anexo II), realizada a avaliação dos sinais vitais (tensão arterial sistólica (TAs), Tensão arterial diastólica (TAd), frequência cardíaca (Fc), respiratória (Fr)) e a escala visual analógica adaptada da escala de avaliação da dor antes e após cada sessão para posteriormente serem comparados. A escala é composta por 6 itens que permitem avaliar os diferentes estados de relaxamento, desde muito relaxado (0), relaxado (1), pouco relaxado (2), alguma tensão (3), muito tenso (4), extremamente tenso (5).

Após cada sessão realizava-se a avaliação da sessão com recurso à partilha em grupo das dificuldades, sentimentos, emoções, ideias, experiências ou outros constrangimentos e solicitado o registo do sentimento predominante.

#### 4.1. Contexto de Internamento

Na tabela 1 é apresentada a avaliação dos resultados NOC para o nível de ansiedade para os dois clientes que participaram nas sessões, avaliada na primeira e na última sessão de relaxamento.

**Tabela 1.** Avaliação dos resultados NOC para o Nível de Ansiedade - Internamento

Indicadores	Clientes			
	H.A.		B.S.	
	Antes	Após	Antes	Após
1. Nervosismo	3	4	2	4
2. Irritabilidade	3	4	4	5
3. Agitação	3	4	4	5
4. Ansiedade verbalizada	2	4	2	4
5. Introspeção	2	4	2	3
6. Preocupação exagerada sobre acontecimentos de vida	3	4	2	4
7. Indecisão	2	3	2	3
8. Desconforto	3	4	2	3
9. Repentes de fúria	4	5	5	5
10. Andar de um lado para o outro	3	4	3	4
11. Dificuldade de aprendizagem	3	4	2	3
12. Dificuldades de concentração	2	3	2	2
13. Dificuldades para resolver problemas	2	3	2	3
14. Tontura	5	5	5	5
15. Tensão facial	4	5	3	4
16. Tensão muscular	3	5	2	4

**Legenda:** 1- Grave, 2- Substancial, 3- Moderado, 4- Leve, 5- Nenhum

Observando os resultados NOC para o nível de ansiedade constata-se uma melhoria relativamente aos sintomas de ansiedade psicomotora (itens 1 a 10), somática (14 a 16) e componente de resolução de problemas (14 a 16).

Os clientes H.A. e B.S. mencionaram uma melhoria considerável ao nível da ansiedade após a realização das sessões de relaxamento, confirmando-se assim uma evolução favorável.

Relativamente ao item 12, dificuldades de concentração, o cliente B.S., manteve-se inalterável, o que poderá estar relacionado com os efeitos secundários da terapêutica, pois referiu o seguinte “faço um grande esforço para me concentrar, mas não consigo, tenho muito sono” (sic), sendo que comuniquei a situação ao psiquiatra do cliente para uma possível revisão da terapêutica. Ambos os clientes demonstraram uma melhoria ligeira da ansiedade, sendo manifestada por sintomas psicomotores e somáticos, analisados com os resultados NOC para o nível de ansiedade, contudo comprovou-se uma melhoria quanto à identificação de alguns sinais e sintomas e execução de técnicas de relaxamento.

Para finalizar a avaliação dos clientes e após a implementação das intervenções, apliquei os resultados NOC para o autocontrolo da ansiedade, como se pode verificar em seguida na tabela 2.

**Tabela 2.** Avaliação dos resultados NOC para o Autocontrolo da Ansiedade - Internamento

Indicadores	Clientes			
	H.A.		B.S.	
	Antes	Depois	Antes	Depois
1. Monitorização dos episódios	3	4	2	3
2. Monitorização da duração do tempo entre episódios	3	4	2	3
3. Monitorização das manifestações comportamentais	3	4	2	3
4. Monitorização das manifestações físicas	3	4	2	3
5. Monitorização da intensidade da ansiedade	3	4	2	3
6. Manutenção das relações sociais	2	4	3	4
7. Controlo da reação à ansiedade	3	4	3	4
8. Eliminação dos precursores da ansiedade	3	4	3	4
9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	3	4	2	3

**Legenda:** 1- Nunca demonstra, 2- Demonstra raramente, 3- Demonstra algumas vezes, 4- Demonstra frequentemente, 5- Demonstra sempre.

Após a análise verifica-se que os resultados comprovam as conclusões obtidas anteriormente pelos resultados NOC de nível de ansiedade. Os clientes H.A. e B.S. manifestaram bastante satisfação e eficácia das sessões de relaxamento na redução da ansiedade, assim como as estratégias sobre o autocontrolo da ansiedade.

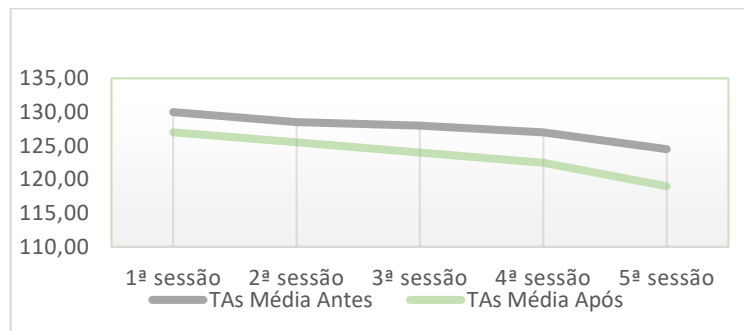
Antes e após cada sessão foi solicitado aos clientes para descreverem numa palavra como se sentiam, referindo no final da sessão “calmo”, “satisfação”, “tranquilo”, “relaxado”, “descontraído”.

Para concretizar a confrontação dos resultados obtidos, utilizou-se a análise estatística baseada em medidas de estatística descritiva (média, desvio padrão e variância ( $\Delta V$ )) refletindo os valores da amostra, comparando os valores médios antes e após as sessões. Também foi calculado o nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $\alpha \leq 0,05$ . Por uma questão de gestão de páginas neste capítulo serão apresentados apenas os gráficos e as tabelas encontram-se em apêndice (Apêndice I).

#### a) Tensão arterial sistólica - Internamento

Observando em seguida o gráfico 1, a média da TAs antes e após a realização das sessões, com os clientes a registarem um decréscimo do valor da TAs no final das sessões.

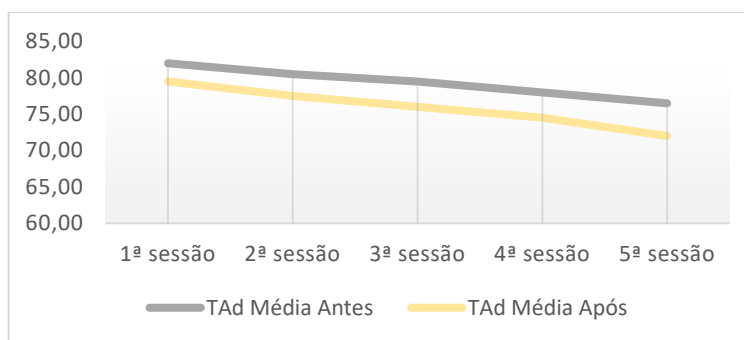
**Gráfico 1. Avaliação da Tensão Arterial Sistólica - Internamento**



**b) Tensão arterial diastólica - Internamento**

Como se pode verificar pelo gráfico 2, a avaliação da TAd antes e após cada sessão de relaxamento, com os clientes apresentarem valores inferiores no final das sessões.

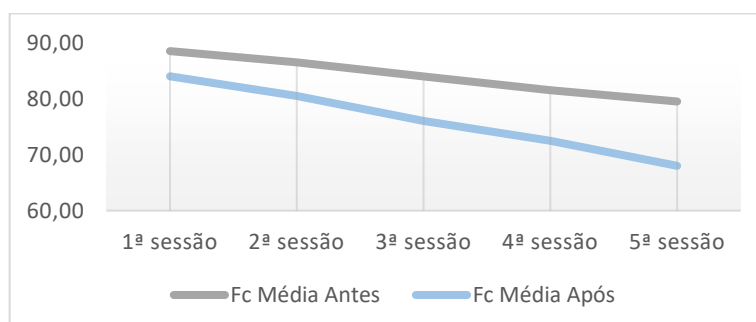
**Gráfico 2. Avaliação Tensão Arterial Diastólica - Internamento**



**c) Frequência cardíaca - Internamento**

Como se pode constatar pelo gráfico 3, a avaliação da Fc antes e após cada sessão de relaxamento, com os clientes apresentarem valores mais baixos no final das sessões.

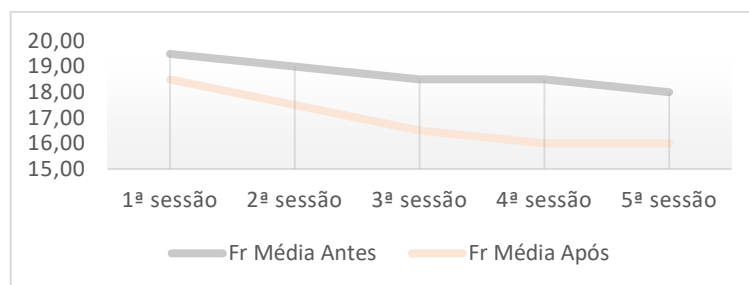
**Gráfico 3. Avaliação da Frequência Cardíaca - Internamento**



**d) Frequência respiratória - Internamento**

Observando o gráfico 4, pode-se verificar que a avaliação da Fr antes e após cada sessão de relaxamento, com os clientes apresentarem valores mais baixos no final das sessões.

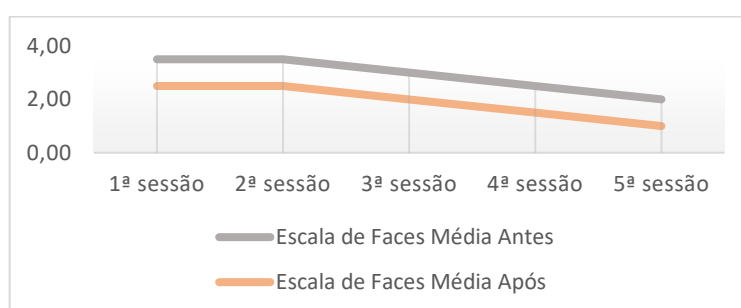
**Gráfico 4. Avaliação da Frequência Respiratória - Internamento**



**e) Avaliação da Escala visual analógica - Internamento**

Pela visualização do gráfico 5, os resultados demonstram uma diferença entre a primeira e a última sessão, com os clientes mais relaxados na última sessão.

**Gráfico 5. Avaliação da Escala Visual Analógica - Internamento**



**4.2. Contexto de HD**

Na tabela 3 é apresentada a avaliação dos resultados NOC para o nível de ansiedade, antes da primeira e na última sessão de relaxamento, dos quatro clientes que participaram, num total de cinco sessões.

**Tabela 3. Avaliação dos resultados NOC para nível de Ansiedade - HD**

Indicadores	Clientes							
	C.P.		C.F		S.D.		I.S.	
	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
1. Nervosismo	3	4	2	3	3	4	2	3
2. Irritabilidade	4	5	3	4	4	4	3	4
3. Agitação	4	4	3	4	3	4	4	4
4. Ansiedade verbalizada	2	4	3	4	2	4	3	4
5. Introspeção	2	3	2	3	2	3	2	3
6. Preocupação exagerada sobre acontecimentos de vida	3	4	2	3	3	4	2	3
7. Indecisão	3	4	2	3	3	4	2	3
8. Desconforto	3	4	2	3	3	4	2	3
9. Repentes de fúria	4	5	3	4	4	4	3	4
10. Andar de um lado para o outro	4	5	3	4	4	4	3	4
11. Dificuldade de aprendizagem	3	4	3	3	3	3	3	3
12. Dificuldades de concentração	2	3	2	2	2	3	2	3
13. Dificuldades para resolver problemas	2	3	2	2	2	2	2	2
14. Tontura	4	5	4	4	5	5	3	4
15. Tensão facial	4	5	3	4	3	4	2	3
16. Tensão muscular	3	5	3	4	3	4	2	3

**Legenda:** 1 - Grave, 2 - Substancial, 3 - Moderado, 4 - Leve, 5 - Nenhum, NA - Não Aplicável

Após a análise dos resultados NOC para o nível de ansiedade, constatou-se uma melhoria dos sintomas relativos aos itens de 1 a 10, que é relativo à ansiedade psicomotora e somática (14 a 16).

Relativamente à componente de resolução de problemas (11 a 13), no item 11 (dificuldade de aprendizagem) apenas na cliente C.P. se verificou uma evolução positiva de moderado para leve, nos restantes clientes não se verificou alteração. Nos clientes C.P. e S.D. confirma-se uma evolução favorável no item 12, dificuldade de concentração de substancial para moderado, sendo que as dificuldades de concentração do cliente C.F. pode estar associada com os efeitos secundários da terapêutica, pois referiu o seguinte “ultimamente tenho-me sentido mais cansado e com sono, chego a casa só quero dormir, nem quero comer. Isto acontece desde a última consulta, que do Doutor mudou a minha medicação” (sic). A situação referida pelo cliente C.F. foi comunicada ao seu psiquiatra para ser reavaliado. Em relação ao item 13 (dificuldades para resolver problemas) não se verificou nenhuma mudança nos clientes C.F., S.D. e I.S.

Ao longo das sessões os clientes foram manifestando os seus pensamentos e foi abordado várias vezes o tema do estigma internalizado, o cliente C.P. refere “sinto que no trabalho não me pedem para fazer todas as tarefas, só algumas, não me valorizam!” (sic).

Enquanto o cliente C.F. conta “afastei-me dos meus amigos, porque sempre que me encontrava com eles começavam a mandar bocas... Vem aí o maluco! O que me deixava triste e ainda mais ansioso, porque eu não sou maluco, tenho problemas de ansiedade e as pessoas não entendem” (sic). O cliente S.D. comenta “já tive vários internamentos na psiquiatria, as pessoas sabem e pensam que sou maluco e isso deixa-me ainda mais ansioso. Pedia sempre à minha mãe para não contar a ninguém quando ficava internado, se perguntassem por mim para dizer que tinha ido uns dias para a terra dos meus avós. E as discussões com o meu irmão também me deixam muito ansioso”. O cliente I.S. menciona “na minha família olham todos para mim de lado, eu sinto isso, como já tive dois internamentos, pensam que sou maluco” (sic).

Os comentários dos clientes no final das sessões, foram muito gratificantes, pois todos interagiram entre eles, sendo também um dos objetivos.

De modo a complementar a avaliação dos clientes procedeu-se à avaliação dos resultados NOC para o autocontrolo da ansiedade, analisado em seguida na tabela 4.

**Tabela 4.** Avaliação dos resultados NOC para o Autocontrolo da Ansiedade - HD

Indicadores	Clientes							
	C.P.		C.F.		S.D.		I.S.	
	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após	Antes	Após
1. Monitorização dos episódios	3	4	2	3	3	4	3	4
2. Monitorização da duração do tempo entre episódios	3	4	2	3	3	4	3	4
3. Monitorização das manifestações comportamentais	3	4	2	3	3	4	2	3
4. Monitorização das manifestações físicas	3	4	2	3	3	4	2	3
5. Monitorização da intensidade da ansiedade	3	4	2	3	3	4	3	4
6. Manutenção das relações sociais	3	4	2	3	4	4	3	4
7. Controlo da reação à ansiedade	3	4	2	3	3	4	3	4
8. Eliminação dos precursores da ansiedade	3	4	2	3	3	4	3	4
9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	3	4	2	3	3	4	3	4

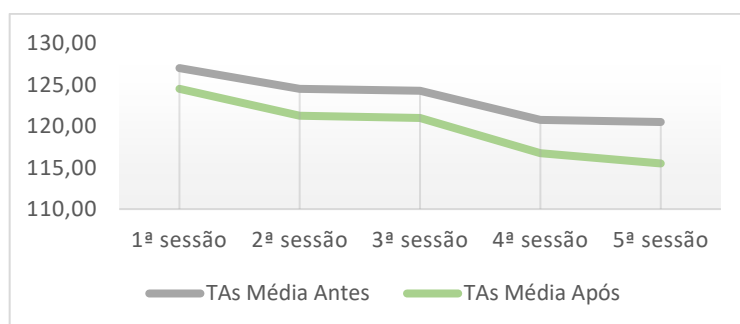
**Legenda:** 1- Nunca demonstra, 2- Demonstra raramente, 3- Demonstra algumas vezes, 4- Demonstra frequentemente, 5- Demonstra sempre.

Face aos resultados expostos anteriormente, corroboram as conclusões obtidas pelos resultados NOC de nível de ansiedade, com uma melhoria favorável em todos os itens.

#### a) Tensão arterial sistólica - HD

No gráfico 6 é apresentado a média da TAs antes e após a realização das sessões, com os clientes a registarem um decréscimo do valor da TAs no final das sessões.

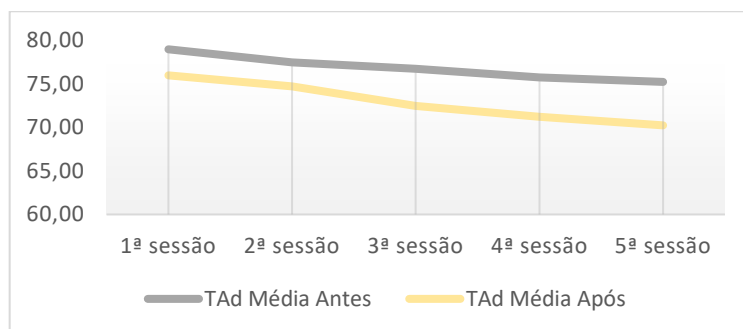
**Gráfico 6.** Avaliação da Tensão Arterial Sistólica - HD



#### b) Tensão arterial diastólica - HD

Como se pode verificar pelo gráfico 7, a avaliação da TAd antes e após cada sessão de relaxamento, com os clientes apresentarem valores inferiores no final das sessões.

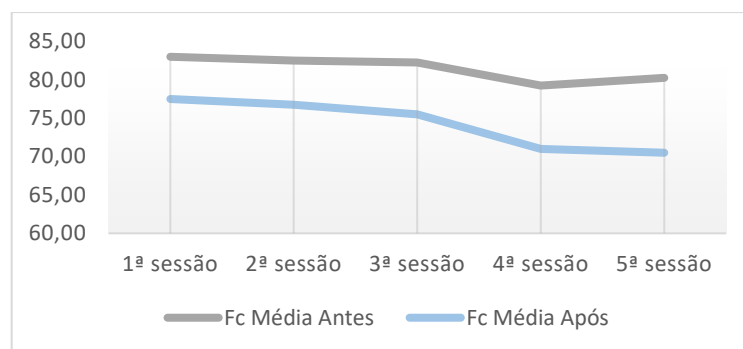
**Gráfico 7. Avaliação Tensão Arterial Diastólica - HD**



**c) Frequência cardíaca - HD**

Como se pode constatar pelo gráfico 8, a avaliação da Fc antes e após cada sessão de relaxamento, com os clientes apresentarem valores mais baixos no final das sessões.

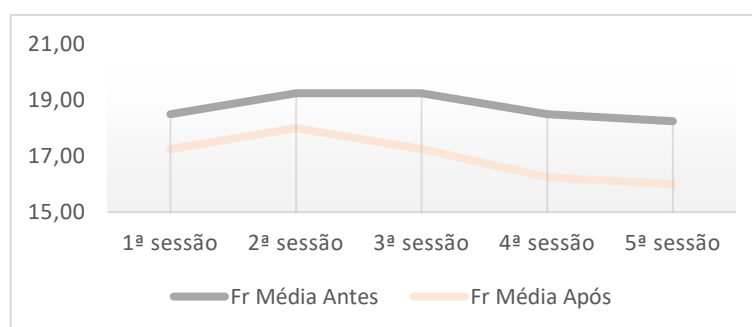
**Gráfico 8. Avaliação da Frequência Cardíaca - HD**



**d) Frequência respiratória - HD**

Como é possível comprovar pelo gráfico 9, a avaliação da Fr antes e após cada sessão de relaxamento, com os clientes apresentarem valores inferiores no final das sessões.

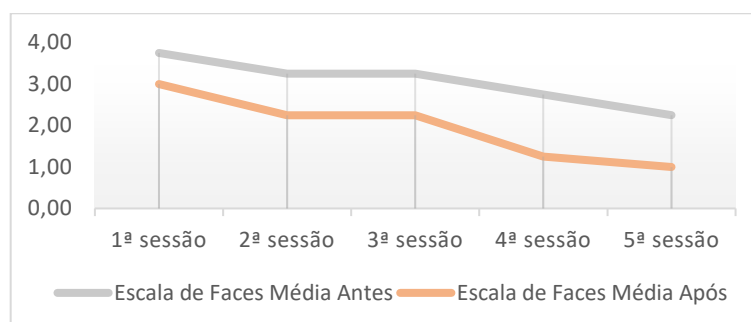
**Gráfico 9. Avaliação da Frequência Respiratória - HD**



**e) Avaliação da Escala Visual Analógica - HD**

Como se pode observar pelo gráfico 10, os clientes no final das sessões encontravam-se mais relaxados.

**Gráfico 10.** Avaliação da Escala Visual Analógica - HD



Ao longo das sessões de relaxamento verificou-se uma diminuição dos sinais vitais após cada sessão tanto no internamento, como no HD, o que permite corroborar os resultados do estudo quantitativo de Yu-Fen (2015) e de Georgiev et al. (2012) com uma redução da ansiedade, assim como dos valores dos sinais vitais (TAs, TAd, Fc e Fr). Os resultados obtidos também corroboram os estudos de Kim e Kim (2018) e Lalande et al. (2017) sobre a eficácia das técnicas de relaxamento na redução da ansiedade.

No final das sessões todos os clientes manifestaram agrado e satisfação, realçando os benefícios destas técnicas e a sua prática regular e dois clientes revelaram que em momentos de maior ansiedade e stress costumam realizar estas técnicas no domicílio com o auxílio da internet, referindo, no entanto, ser mais fácil com um dinamizador, que conduz a sessão. As palavras que caracterizaram como os clientes se sentiam no final das sessões “calmo”, “tranquilo”, “leve”, “relaxado”, “nas nuvens”, “paz interior”.

No que se refere à postura observada, inicialmente apresentavam uma postura de tensão, no entanto ia-se dissipando ao longo da sessão em todos os participantes e no final mostravam uma postura corporal serena e tranquila.

As sessões de relaxamento, superaram as minhas expectativas, pois inicialmente tive algum receio uma vez que era a primeira vez que executava, no entanto ao longo da sessão foi-se dissipando, sentindo-me à vontade.

Relativamente aos sentimentos que emergiram em mim ao longo das sessões foram muito diferentes. Antes da sessão estava concentrada na sua elaboração e organização e em reunir a documentação necessária, para que tudo corresse o melhor possível. Senti medo, receio em falhar em alguma parte, enganar-me a proferir o guião, não ter um tom de voz agradável ou ficar com a voz trémula, de não conseguir transmitir calma, o medo/ receio perante algumas situações não planeadas ou novas para mim. O

apoio e reforço positivo do Enfermeiro Orientador foram cruciais naquele momento para me acalmar e acreditar que tudo iria correr bem.

Ao longo da técnica o medo e receio foram-se dissipando ao ver o momento agradável e aprazível que estava a proporcionar aos clientes, recorrendo à observação direta. Enquanto falava ia-me sentindo mais tranquila e a falar mais pausadamente e no final senti-me calma e em paz, tal como descrevem os clientes no final.

Em relação à sessão de psicoeducação sobre a ansiedade demonstraram satisfação, sendo capazes de indicar os sinais e sintomas, o ensino sobre o autocontrolo da ansiedade, que serão uma mais-valia para no futuro conseguirem gerir a ansiedade autonomamente, sem recorrer de imediato a terapêutica ansiolítica.

Relativamente à avaliação final das sessões de psicoeducação (adesão ao regime terapêutico e tabaco), os clientes manifestaram verbalmente e através do questionário satisfação com as sessões. E no final foi aplicado um questionário de avaliação, em que foi possível reforçar a informação transmitida e esclarecer dúvidas.

Na sessão de psicoeducação sobre a Adesão ao regime terapêutico, três clientes apontam os efeitos secundários, a não aceitação da patologia, considerando os sintomas sem gravidade, como as principais causas de não adesão ao regime terapêutico, enquanto os restantes permanecem em silêncio. É referido pela maioria dos clientes como efeitos secundários o aumento de peso, sonolência e discurso arrastado e a maioria sabe os efeitos terapêuticos da medicação que toma e os seus benefícios.

Em relação à sessão de psicoeducação “Respirar... sem Tabaco”, todos os clientes reconhecem os malefícios do tabaco, no entanto revelam muita dificuldade na cessação tabágica e algumas tentativas de cessação sem sucesso. Sendo reforçado as orientações para a cessação tabágica, assim como os seus benefícios.

Ao longo das sessões de psicoeducação, foi importante a utilização de linguagem simples e clara na transmissão da informação, a fim de garantir a compreensão dos clientes sobre o seu processo de saúde, de modo a capacitá-los a fazer parte integrante do mesmo.

Após análise dos questionários de avaliação final das respetivas sessões de psicoeducação e tudo o que foi verbalizado pelos clientes considera-se uma intervenção positiva, verificando-se um aumento dos conhecimentos, tendo como mote a promoção da saúde e prevenção da doença.

## 5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

A profissão de Enfermagem rege-se por direitos e deveres presentes no Código Deontológico do Enfermeiro, fundamentado nos princípios éticos e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Assim segundo o Estatuto da OE, no que se refere aos deveres deontológicos do Enfermeiro, este deve “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega (...)” (OE, 2015b, p.75).

Segundo o REPE, Capítulo IV, Artigo 8.º determina que no âmbito do exercício profissional dos Enfermeiros, “(...) os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015d, p.101).

Os princípios éticos no contexto dos cuidados de saúde são os seguintes, autonomia, beneficência, não-maleficência, vulnerabilidade, justiça, fidelidade, veracidade e confidencialidade.

Portanto ao implementar o projeto de estágio e na prestação de cuidados ao longo dos estágios tive sempre em consideração os princípios éticos. Assim, o projeto de estágio foi apresentado e debatido com os Enfermeiros Orientadores, equipa de Enfermagem e Equipa multidisciplinar em ambos os locais de estágio.

Foi solicitado o consentimento livre e esclarecido aos clientes para participar nas atividades/ intervenções, sendo a informação fornecida verbalmente, explicado os objetivos e metodologia, esclarecidas todas as dúvidas, eram livres de aceitar ou declinar, informando que poderiam desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer comprometimento para o seu atendimento/ tratamento. Também foi respeitada a confidencialidade e privacidade de todos os clientes, salvaguardando toda a informação, sendo apenas partilhada com a equipa multidisciplinar e garantido o sigilo sobre as identidades dos clientes nos trabalhos académicos, sendo ao longo deste relatório utilizadas apenas as iniciais dos nomes, que são meramente fictícios para preservar a identidade. Ao longo deste relatório é assegurado o anonimato das instituições onde realizei os estágios, assim como os Enfermeiros Orientadores.

Relativamente ao princípio da Autonomia diz respeito ao direito de os clientes decidirem sobre as questões relacionadas com o seu corpo e a sua vida, sendo o detentor das suas tomadas de decisão, porém se a pessoa apresentar incapacidade por

agudização da doença mental, a responsabilidade é partilhada. O princípio da Beneficência maximiza o benefício, fazer o bem de modo a ajudar o cliente, pois a sua cooperação visa a melhoria na prestação de cuidados.

O princípio da Não Maleficência refere-se a não causar dano ou prejudicar o cliente, sendo que ao participar, não tinham qualquer prejuízo e poderiam desistir a qualquer momento.

Vulnerabilidade exige o respeito pela dignidade humana, garantindo a dignidade e integridade do cliente, pois solicita o meu cuidado e proteção.

Segundo o princípio da Justiça expressa agir com imparcialidade e equidade, todos os clientes foram abordados da mesma forma, de acordo com as especificidades de cada um. O princípio da Fidelidade visa estabelecer confiança entre o Enfermeiro e o cliente que participa no estudo, sendo o Enfermeiro sempre fiel ao cliente, de modo a estabelecer a relação de empatia, que influencia positivamente o tratamento, melhorando a qualidade de vida e potenciando a independência do cliente.

Em relação à Veracidade, este princípio ético requer dizer a verdade, informando o cliente sobre todos os prós e contras. Está relacionado com o consentimento informado e com a autonomia do cliente em tomar decisões, assim os clientes ao participarem nas intervenções tiveram o consentimento informado para decidirem livremente e com conhecimento.

Os princípios supracitados orientaram a minha prestação ao longo dos estágios, em que o respeito pela dignidade humana e os seus direitos devem orientar a intervenção dos Enfermeiros.

Os programas de intervenção na redução da ansiedade demonstram benefícios comprovados pela evidência científica e a aplicação do projeto de estágio também demonstrou, no entanto surgiram algumas limitações, como o limite temporal, que não permitiu um maior número de sessões realizadas e a avaliação dos resultados apenas foi possível após a intervenção, demonstrando os resultados apenas a curto prazo e a falta de assiduidade dos clientes, que impossibilitou uma amostra maior, pode ter influenciado os resultados obtidos. Realizou-se um pedido através de e-mail ao Professor Doutor Francisco Sampaio, a solicitar autorização para a utilização dos Resultados NOC para o nível de Ansiedade (Anexo I) e Autocontrolo da Ansiedade (Anexo II).

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Ao longo desta caminhada foram desenvolvidas e adquiridas, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, assim como as competências do EEESMP. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (OE, 2019), estão estipulados quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que em seguida serão desenvolvidos.

### 6.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de Enfermagem presentemente são mais exigentes a nível técnico e científico, constatando a relevância da especialização e incutindo ao Enfermeiro “uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2015c, p. 10089).

Assim a aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), em que o primeiro domínio **Responsabilidade profissional, ética e legal**, foi desenvolvido ao proceder de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, agindo com privacidade, confidencialidade, dignidade e respeito pelos direitos humanos.

Ao longo dos estágios procurei desenvolver uma prática profissional consciente, com a realização do processo de tomada de decisão que espelhe os valores, sentimentos e crenças do cliente, refletindo-se nesta decisão as intervenções a implementar e a avaliação contínua. A capacidade de reflexão, análise e crítica sobre a tomada de decisão são cruciais para o desenvolvimento de uma prática responsável.

A prestação de cuidados assente na relação terapêutica, com respeito pelos valores, crenças, direitos, costumes individuais, protegendo a dignidade humana e as suas vulnerabilidades, zelando assim pela qualidade e segurança dos cuidados.

Os registos de Enfermagem e as passagens de turno foram realizados respeitando a segurança da informação, a confidencialidade, privacidade do cliente, grupo e família de modo a promover a continuidade de cuidados. De modo a respeitar a confidencialidade e o sigilo profissional, sempre que necessário foi aplicado o

consentimento informado, considerando as normas éticas, deontológicas, legais e também esclarecendo todas as dúvidas, caso surgissem.

Em relação ao domínio da **Melhoria contínua da qualidade**, os registos de Enfermagem foram realizados no processo individual de cada cliente, tendo em conta a confidencialidade da informação e a continuidade dos cuidados.

A participação nas reuniões multidisciplinares semanais, onde era abordada a evolução do cliente ao longo da semana e decididas medidas relativas ao processo de recuperação. As reuniões com os familiares no sentido de prestar apoio e informação sobre o cliente, gestão da terapêutica, desenvolvimento de estratégias de literacia em saúde que permitam reconhecer episódios de descompensação, uma vez que a família assume um papel preponderante no apoio aos seus familiares.

As passagens de turno promoveram o debate sobre os diversos casos clínicos, que permitiram também o planeamento e validação das intervenções adequadas as necessidades identificadas, assim como o esclarecimento de dúvidas. Toda a dinâmica possibilitou-me ter um papel ativo no processo de tomada de decisão dentro da equipa multidisciplinar.

A melhoria da qualidade dos cuidados foi sendo alcançada na prestação de cuidados e aplicação de intervenções, promovendo um ambiente terapêutico seguro, manifestando disponibilidade para ajudar ao longo de todo o processo de recuperação da sua saúde mental.

As intervenções definidas e implementadas foram desenvolvidas tendo por base a pesquisa bibliográfica, baseada em evidência científica, uma vez que a prática profissional deve incluir as mais recentes evidências de investigação, tendo em conta os resultados de investigação.

No domínio da **gestão dos cuidados**, desenvolvi esta competência estabelecendo prioridades na prestação de cuidados, de acordo com as necessidades do cliente e do grupo, a criação da relação terapêutica e de apoio baseada na empatia, confiança, respeito e gestão do ambiente terapêutico garantindo o bem-estar dos clientes.

Também me integrei e colaborei com a equipa multidisciplinar, enquanto aluna da Especialidade de Saúde Mental e Psiquiátrica, participando ativamente nas atividades, permitindo a adaptação, adesão dos clientes aos cuidados prestados e participação nas intervenções.

As intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas foram integradas na dinâmica do serviço em ambos os estágios em que antecipadamente foram debatidas em equipa e com os Enfermeiros Orientadores para avaliar a pertinência e eficácia das mesmas. Neste domínio o trabalho em equipa é fundamental para a partilha de informação pertinente sobre os clientes para a continuidade de cuidados.

A realização de um estudo de caso também possibilitou o desenvolvimento desta competência da gestão dos cuidados.

No que concerne ao domínio do **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, relativamente ao desenvolvimento do autoconhecimento e consciência de mim, será explanado posteriormente nas Competências Específicas do EEESMP, porém é de salientar que foi sendo desenvolvido ao longo dos estágios, permitindo a identificação de fatores pessoais que poderiam interferir na relação terapêutica, a consciencialização dos limites individuais que poderiam influenciar na relação com os clientes e com a equipa multidisciplinar, a identificação e gestão de mecanismos de transferência e contratransferência.

O percurso formativo e prático foi complementado com a reflexão da prática diária, de modo a permitir o desenvolvimento do autoconhecimento, possibilitando-me a consciência de um processo contínuo ao longo da vida, que me tem proporcionando crescimento tanto profissional, como pessoal.

Na avaliação das necessidades foi fundamental a pesquisa bibliográfica, baseada na evidência científica para que o processo de tomada de decisão e as intervenções fossem atuais, a utilização de instrumentos de colheita de dados adequados, como os resultados NOC na definição dos diagnósticos e elaboração dos registos.

## **6.2. Competências específicas do EEESMP**

A longo da caminhada como Enfermeira, procurámos delinear um trajeto no sentido de adquirir novas competências, assim como melhorar as adquiridas, tendo todo o percurso como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença mental, integrada na família e na comunidade. A concretização deste projeto e a sua operacionalização concedeu o princípio do desenvolvimento de competências como EEESMP.

O Enfermeiro Especialista centra-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou

desadaptadas aos processos de transição, causadoras de sofrimento, alteração ou doença mental (OE, 2018).

Relativamente às competências específicas do EEESMP, em que o primeiro domínio é referente ao autoconhecimento, em que **“detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê das vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”** (OE, 2018, p. 21428).

O autoconhecimento envolveu olhar para dentro de mim, voltar-me para o meu interior, confesso que foi um grande desafio, um trilha difícil, parar para pensar sobre os meus pensamentos, sentimentos, atitudes e comportamentos recorrendo à autorreflexão e à introspeção e será um caminho inacabado que se prolongará para a vida.

Considero que o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal são fulcrais e tiveram o seu desenvolvimento e consolidação nos dois estágios, tornando-se uma base estruturante para todo o desempenho como EEESMP, para o estabelecimento de uma relação terapêutica e elaboração de intervenções de enfermagem especializadas.

O desenvolvimento desta competência é fundamental na prestação de cuidados à pessoa com doença mental, permitindo estar em relação terapêutica com o cliente.

No percurso académico e também profissional tenho-me permitido refletir sobre a prática, intervenções realizadas, a minha postura, as minhas crenças, identificando e reconhecendo os meus sentimentos, emoções, inquietações, olhar atentamente para o meu interior, concedendo-me a tomada de consciência de mim.

A partilha das minhas dificuldades, turbilhão de sentimentos e perceções com os Enfermeiros Orientadores nos diferentes campos de estágio e o contacto permanente com os clientes e os seus familiares permitiram o desbloquear de algumas inibições iniciais, proporcionando-me abertura para a mudança e a desconstrução de ideias.

No papel de EEESMP, senti-me como parte integrante a ajudar os clientes nos problemas de saúde mental e emocionais, promovendo a compreensão e a lidar com questões como a ansiedade e depressão, estabelecendo uma relação de ajuda, baseada na empatia. Também identifiquei processos de transferência e contratransferência, estando ciente da minha contratransferência, em que trabalhei no sentido de gerir as minhas emoções, sentimentos, comunicação verbal e não verbal.

Ao longo dos estágios esta competência foi a mais desenvolvida e notável, conseguida através de múltiplos momentos de introspeção, reflexão conjunta com os Enfermeiros Orientadores, que possibilitaram modificar e/ou adequar na procura do melhor agir profissional, concederam-me estratégias de relação interpessoal individual e em grupo, que me permitiram alcançar maior segurança, calma, tranquilidade e capacidade de coordenar as minhas emoções, estimulando a empatia.

Julgo que todo o percurso académico foi bastante frutífero relativamente ao processo de tomada de consciência de mim e será um desafio contínuo e permanente enquanto pessoa e Enfermeira.

Relativamente ao segundo domínio **“assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”** (OE, 2018, p. 21428), esta competência também foi desenvolvida ao longo de todo o meu percurso prático, recolhendo toda a informação necessária para a compreensão do estado de saúde mental dos clientes, começando pela consulta do processo clínico, acolhimento, entrevistas, colheita de dados, o seu contexto individual, familiar e social, mobilizando aptidões de comunicação, observação do comportamento, definir diagnósticos, identificar os resultados esperados e programar um plano de cuidados de “forma a promover e proteger a saúde mental, prevenir a perturbação mental, minimizar o desenvolvimento de complicações, promover a funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, tomando em consideração o ciclo vital e centrando a atenção nas respostas do cliente a problemas de saúde, reais ou potenciais” (OE, 2018, p.21428) utilizando a gestão de caso para coordenar cuidados de saúde e assegurar a continuidade dos mesmos.

A família é uma fonte de apoio e habitualmente são os primeiros a reconhecer alterações cognitivas e/ou comportamentais inerentes à doença, sendo crucial a sua integração no processo de cuidados.

Ao longo dos dois estágios, procurei identificar as necessidades de intervenção especializada, de modo a planear, encaminhar, implementar e avaliar os cuidados individualizados, consoante as necessidades e preferências de cada cliente e da sua família para construir o plano de intervenção. Tentei sempre estabelecer uma relação terapêutica com os clientes e a suas famílias, expressando empatia, compreensão, escuta ativa, promoção da sua autonomia, favorecendo um clima de confiança, demonstrando apoio perante a reação emocional do cliente.

Também desenvolvi um projeto individualizado nos clientes com ansiedade e humor depressivo, onde foi implementado um programa psicoterapêutico e psicoeducativo com o objetivo de reduzir a ansiedade em clientes com humor depressivo, onde planeei cuidados dirigidos e avaliação das intervenções. O acompanhamento dos clientes permitiu-me ter a percepção das consequências da ansiedade, a forma como influencia os clientes e as suas famílias, a forma como lidam com a ansiedade, permitindo-me o desenvolvimento de competências, planeamento de cuidados especializados e estratégias de modo a promover a qualidade dos cuidados e contribuir para o bem-estar do cliente e da sua família.

Esta competência proporcionou a otimização do raciocínio clínico, conhecendo o cliente, a sua família e o meio envolvente, de modo a identificar as suas necessidades, de modo a atuar na promoção da Saúde Mental.

Assim desenvolvi simultaneamente competências do terceiro domínio **“ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto”** (OE, 2018, p. 21428), em que identifiquei as necessidades de intervenção especializada, planeando, implementando e avaliando os cuidados personalizados em conformidade com as necessidades e preferências de cada cliente e a da sua família.

O meu projeto de estágio incidiu sobre a ansiedade em clientes com humor depressivo, em que planeei os cuidados especializados e efetuei a avaliação das intervenções, promovendo a sua autonomia e estabilização.

Esta competência diz respeito também aos cuidados baseados na evidência no contexto da promoção, proteção da saúde mental, da prevenção da perturbação mental, promovendo a autonomia e qualidade de vida dos clientes.

A realização do Estudo de Caso e as intervenções individuais também permitiram a aquisição desta competência, pelo suporte à cliente no contexto de ansiedade e humor depressivo. Assim estudo de caso concedeu obter uma colheita de dados extensa e pormenorizada, com um acompanhamento contínuo identificando as suas necessidades e a elaboração de um plano de cuidados personalizado, permitindo desenvolver competências profissionais, interpessoais, comunicacionais e instrumentais ao longo de todas as etapas da sua execução.

A participação nas reuniões multidisciplinares possibilitaram expandir a minha visão sobre o trabalho desenvolvido nos dois contextos de estágio e por outro lado desenvolver confiança e à vontade ao comunicar com os diferentes profissionais.

Considero que esta competência foi sendo otimizada em múltiplos momentos ao longo dos estágios, através de intervenções planejadas e implementadas de modo individual, mediante o esclarecimento de dúvidas sobre a patologia, terapêutica, alimentação, ansiedade, autoestima, autoconceito, entre outros.

A 4ª competência **“presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”** (OE, 2018, p. 21430), o desenvolvimento desta competência foi sendo aperfeiçoado ao longo dos estágios, conforme fui sendo capaz de implementar intervenções para dar resposta as necessidades de saúde dos clientes e da sua família.

Esta competência foi também desenvolvida com a aplicação do projeto de estágio, em que foram realizadas intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas, encorajando os clientes a verbalizar os seus sentimentos, identificando situações causadoras/potencializadoras de ansiedade, capacitando para o reconhecimento das causas, sinais e sintomas de ansiedade e desenvolvimento de estratégias de autocontrolo.

As atividades foram planejadas e desenvolvidas tendo em consideração a necessidade do cliente, do grupo e os contextos de estágio e ainda identificadas oportunidades e estratégias de melhoria.

A dinamização de atividades de grupo permitiram a mobilização de técnicas que aprendi ao longo das Unidades Curriculares e tive oportunidade de experienciar as dificuldades e os desafios inerentes, assim como a capacitação de trabalhar em grupo, com todos os desafios e dificuldades, mobilizando conhecimentos no âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico.

Todos os cuidados propiciaram estabelecer uma relação de confiança com os clientes, permitindo aumentar o seu insight sobre os problemas, mas também capacitá-los na resolução dos mesmos. O estabelecimento da relação terapêutica com o cliente e a família permitiu desenvolver intervenções com o objetivo de promover a saúde, prevenir a doença, diminuição do estigma e discriminação associada à pessoa com

doença mental, promover a adesão ao regime terapêutico, conhecimento da doença, potenciando conhecimentos e estratégias de coping.

As constantes pesquisas bibliográficas em bases de dados, com conhecimentos baseados na evidência científica, permitiram o aprofundamento de conhecimentos, assim como o planeamento das intervenções e implementação dos cuidados.

Ao longo desta caminhada com múltiplas aprendizagens, que motivaram o crescimento pessoal e profissional, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, a atitude terapêutica e a reflexão foram bastante otimizadas, permitindo também um aprofundamento do processo de autoconhecimento e o desenvolvimento e aquisição das competências do EEESMP. Todo o percurso foi um constante desafio, enriquecedor e profícuo, por não ter experiência nesta área, mas vivenciado com impetuosidade e uma grande satisfação pela sua conclusão.

### **6.3. Competências de Mestre**

Para a obtenção do Grau de Mestre o estudante deve obter uma especialização de componente académica com recurso à investigação, inovação ou aprofundamento de competências profissionais. Incidindo sobre as competências relacionadas com o grau de Mestre, verifico que todas se interrelacionam, pois, a existência de cada uma predispõe a aquisição da outra. Além da obtenção de competências comuns do EE, de competências específicas do EEESMP, a aquisição das competências de Mestre descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018, capítulo III, artigo 15º (MEC, 2018, p. 4162), que visam os cinco domínios, Competências de autoaprendizagem, Conhecimento e capacidade de compreensão, Realização de Julgamento/ tomada de decisões, Aplicação de conhecimentos e compreensão e Comunicação.

Ao longo do Curso de Mestrado foram adquiridos conhecimentos no âmbito das Unidades Curriculares de Investigação em Enfermagem, Enfermagem Avançada e Supervisão Clínica que foram fulcrais para o desenvolvimento destas competências. Assim ao longo da realização dos estágios, permitiu a articulação e a consolidação do conhecimento teórico adquirido ao longo das unidades curriculares para a aquisição de competências comuns do EE, competências específicas do EEESMP e as competências do grau académico de Mestre, recorrendo também à pesquisa bibliográfica constante com a finalidade de aprofundar e consolidar conhecimentos e realizar uma prática baseada na evidência.

A execução de uma RIL, permitiu o desenvolvimento de competências de investigação para responder à questão de partida: Como podem o relaxamento e a psicoeducação contribuir para a redução da ansiedade no cliente com humor depressivo? Que decorreram em bases de dados recomendadas na área e seguindo as *guidelines* PRISMA, de modo a assegurar o rigor na sua concretização.

O desenvolvimento, aperfeiçoamento e aquisição de conhecimentos foi alcançado através da frequência em congressos e formações na área de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Por fim, a participação em eventos científicos no XIII Congresso Internacional da ASPESM em outubro de 2022, com a elaboração em grupo de uma RIL e apresentação de um póster, subordinado ao tema “O Relaxamento como técnica de redução da ansiedade da pessoa com doença mental: revisão integrativa da literatura”, objetivando a transferência do conhecimento, uma vez que este só é frutífero quando partilhado de modo a poder contribuir para a melhoria na prestação de cuidados.

Apesar de não exercer funções num serviço da minha área de especialização, foi um desafio contínuo, muito gratificante e proveitoso, vivenciando cada momento com grande intensidade, tornando-me mais completa como pessoa e profissional.

Analisando todo o percurso ao longo dos estágios e avaliação de competências comuns, específicas do EEESMP e de mestre considero que foi um desafio contínuo, experienciado com grande satisfação, em que evoluí de forma positiva, completando-me como pessoa e profissional.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A concretização deste relatório de estágio foi benéfica, pois representou um momento de reflexão sobre todo o trabalho desenvolvido ao longo dos estágios, no contato com as diferentes realidades e permitiu a construção da minha identidade como futura Enfermeira Especialista e também graças a todo o conhecimento transmitido por todos os que me acompanharam ao longo deste percurso, os Enfermeiros Orientadores e o Professor Orientador.

A temática da ansiedade em clientes com humor depressivo foi desenvolvida em ambos os contextos de estágios, onde foi possível perceber o papel do Enfermeiro Especialista, as suas competências e a sua participação ativa na identificação, planeamento, implementação e avaliação dos resultados para a redução da ansiedade e por conseguinte a diminuição dos sintomas.

Assim para responder à questão “Como podem o relaxamento e a psicoeducação contribuir para a redução da ansiedade no cliente com humor depressivo?”, foi possível verificar pela concretização deste projeto o resultado comprovado na redução da ansiedade e autocontrolo da ansiedade, como se pode verificar pelos resultados obtidos na avaliação dos resultados NOC para o nível de ansiedade e autocontrolo da ansiedade e a análise estatística dos sinais vitais (TAs, TAd, Fc, Fr e escala visual analógica), indo de encontro ao que a evidência científica indica, apesar da amostra ser reduzida, em termos estatísticos tem pouca relevância.

A implementação das sessões de relaxamento, as sessões de psicoeducação e a avaliação dos resultados obtidos teve impacto comprovado na redução dos níveis de ansiedade dos participantes, promovendo a participação ativa no seu processo terapêutico, a mobilização de estratégias e técnicas para lidar com situações de ansiedade e proporcionando também momentos de reflexão e partilha sobre a problemática.

O desenvolvimento deste projeto teve alguns constrangimentos, como o reduzido número de participantes, o curto espaço de tempo para desenvolver as intervenções e a necessidade de as atividades desenvolvidas respeitarem o distanciamento social consequência da pandemia Covid-19.

Foi muito gratificante o investimento na área da ansiedade, pelos resultados alcançados com os clientes na melhoria do estado de saúde, o que representa ganhos em

saúde para os mesmos. Os ganhos foram notáveis na maioria dos elementos do grupo, com identificação dos sintomas da ansiedade, na procura de auxílio e autocontrolo da ansiedade.

É com grande satisfação que investi numa área tão interessante, atualmente com registos de um aumento da prevalência da ansiedade e depressão. Para além da ansiedade e humor depressivo, foram identificados e trabalhados com os clientes outros diagnósticos, com intervenções individualizadas e em grupo, que me permitiram desenvolver competências ao trabalhar em grupo.

Devido ao facto de não ter experiência na área de Saúde Mental e Psiquiátrica tornou-se um grande desafio, mas por outro lado uma vontade imensa de aprender, uma área que tanto me fascina, proporcionando-me a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, permitindo-me desenvolver capacidades e competências comunicacionais, pois no início senti algum constrangimento na abordagem e comunicação com os clientes e o facto de trabalhar com grupos.

As dificuldades foram-se dissipando com a partilha com os Enfermeiros Orientadores que estimularam a reflexão perante as diferentes situações com que me deparei, os conhecimentos partilhados e as relações estabelecidas.

Destaco o desenvolvimento da primeira competência que está relacionada com todas as outras, como sendo a pedra basilar, a que mais tentei esmiuçar e com a qual mais me surpreendi, proporcionando-me um grande conhecimento acerca de mim mesma e o desenvolvimento pessoal e profissional.

Na área de ESMP, o Enfermeiro constitui um instrumento terapêutico, em que o processo de autoconhecimento e autoconsciencialização são um meio fundamental para ajudar o cliente. Pois segundo Chalifour (2007), a intervenção de ajuda de um profissional é muito mais do que a aplicação de técnicas e conhecimentos.

Desempenho funções numa área distinta, onde reina a correria, com disponibilidade limitada para estabelecer uma relação de confiança, onde reconheço a falta de tempo pelo excesso de trabalho e em que muitas vezes me focava na execução das técnicas e o contato com esta área permitiu-me refletir e ter ainda mais a perceção da importância da disponibilidade de tempo para estabelecer uma relação terapêutica com o cliente, que necessita ser ajudado a reduzir as emoções negativas causadas pelo processo de adaptação à doença, internamento e tratamentos.

Acredito que irei agir como agente de mudança na minha prática profissional, por todo o enriquecimento que esta caminhada que proporcionou, cujo resultado será a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo de todo o percurso procurei apreender os conhecimentos adquiridos em contexto profissional, acadêmico e na evidência científica disponível.

A realização deste relatório permitiu analisar todo o meu percurso, as experiências vivenciadas, refletir sobre situações significantes de cuidados que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, mas também a consciencialização da necessidade de formação continua a fim de melhorar o meu desempenho e promover melhores cuidados de Enfermagem.

Na elaboração do Relatório de Estágio senti dificuldade em resumir todo o trabalho desenvolvido, em transpor para o papel todas as vivências e experiências, assim como todas as temáticas abordadas direta ou indiretamente.

A minha capacidade de adaptação e confiança foi crescendo gradualmente com o passar do tempo, assim como a minha prestação relativamente às intervenções ao cliente, nas minhas competências científicas, relacionais e técnicas.

Considero que tive uma evolução positiva ao longo dos estágios, as intervenções desenvolvidas, permitiram adquirir e desenvolver competências na redução da ansiedade, proporcionando bem-estar em clientes com humor depressivo com a implementação de sessões de relaxamento individuais e em grupo, com as sessões de psicoeducação, permitindo através da observação das sessões e da avaliação realizada resultados favoráveis.

Existe a necessidade desta área em todos os contextos da prática profissional e enquanto futura Enfermeira Especialista tenciono continuar a prática especializada no local onde desempenho funções, estimulando a capacidade crítica e reflexiva da equipa de enfermagem e multidisciplinar, de modo a contribuir para a saúde mental.

Enquanto futura EEESMP, tenciono que o meu progresso pessoal e profissional tenha uma repercussão positiva na prestação de cuidados especializados, possuindo agora as ferramentas necessárias à intervenção em que anseio num futuro próximo desenvolver o meu conhecimento num serviço de psiquiatria, mas enquanto tal não for possível no meu local de trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajimsha, M., Majeed, N., Chonnavan, E. & Thulasyammal, R. (2014). *Effectiveness of Autogenic Training in improving motor performances in Parkinson's disease*. *Complementary Therapies in Medicine*. pp. 419-425. DOI: [10.1016/j.ctim.2014.03.013](https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.03.013)
- Alfaro-Lafevre, R. (1996). *Pensamento Crítico em Enfermagem: Um Enfoque Prático*. Porto Alegre: Artes Médicas. pp. 75-76.
- Almeida, J. M. C., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-5* (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association [APA] (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide of the APA style American Psychological Association*. (7ªed.). <https://psycnet.apa.org/record/2019-59141-000>
- Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. (1986). *Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach*. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.  
<https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/6/3/490/1908411?login=false>
- Apóstolo, J. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stress*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Apóstolo, J.L.A. & Kolcaba, K. (2009). *The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatientes with depressive disorders*. *Archives of Psychiatric Nursing*, volume 23, Issue 6. pp. 403-411.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.12.003>

- Araújo, F. A. F. M., Nakano, T. C., & Gouveia, M. L. A. (2009). *Avaliação Psicológica. Prevalência de Depressão e Ansiedade em Detentos*, volume 8, n.º3, Ribeirão Preto – Brasil. Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica pp. 381-390.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). *Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders*. *Emotion*; p. 587-595. Doi: [10.1037/1528-3542.6.4.587](https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587)
- Carvalho, J. C., & Sequeira, C. (2005). *Ansiedade: Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem*. *Nursing*, Ano 16 (197), pp. 12-15.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S.-L., Ramírez Pérez, M., & Mascayano Tapia, F. (2014). *An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients*. *Psicothema*, 26(2), 235–43. Doi: [10.7334/psicothema2013.86](https://doi.org/10.7334/psicothema2013.86).
- Casaleiro, T., Seabra, P., & Caldeira, S. (2017). *Eficácia das intervenções de enfermagem na sobrecarga da família da pessoa com esquizofrenia: Revisão da Literatura*. *CuidArte Enfermagem*, 11(2), 287–292 <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1027764>
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Vol. I. 1ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica, Estratégias de Intervenção*. Vol. II. 1ª edição. Loures: Lusodidacta.
- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2008). *Psychoeducation in conjunction with psychotherapy. Evidence-Based Adjunctive Treatments. Practical Resources for the Mental Health Professional*, pp. 41-59. <https://doi.org/10.1016/B978-012088520-6.50004-4>

Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *The Relaxation & Stress Reduction Workbook*. In (5 ed.): New Harbinger Publications.

Decreto-Lei n.º 36/98 (1998). *Lei de Saúde Mental*. Diário da República n.º 169/1998, Série I-A de 1998-04-24. P. 3544-3550.  
<https://data.dre.pt/eli/lei/36/1998/07/24/p/dre/pt/html>

Deliberato, P. C. P. (2002). *Fisioterapia preventiva. Fundamentos e aplicações*. São Paulo: Manole.

Ekhtiari H., Rezapour T., Aupperle R.L., & Paulus M.P. (2017). *Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective*, Progress In Brain Research, Vol. 235, pp. 239–264. Doi: <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2017.08.013>

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

Figueiredo, Â. L., Souza, L., Dell'Áglio J. C., & Argimon, I. I. L. (2009). *O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar*. Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva, volume 1, n.º 1, pp. 15-24. [O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar \(bvsalud.org\)](https://bvsalud.org)

Galdeano L.E., Rossi L.A., & Zago M.M.F. (2003). *Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico*. Revista Latino-Americana de Enfermagem. maio-junho; 11(3):371-5.  
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/kf4CHLgXQYjw96KZkFWrsbQ/abstract/?lang=pt>

Georgiev, A., Porbst, A., Hert S., Genova, V., Tonkova, & Vamcampfort, D. (2012). *Acute effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in chronic Bulgarian patients with schizophrenia*. Volume 24, n.º 4, pp. 367-372 Psychiatria Danubina. <https://hrcak.srce.hr/file/156554>

Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação*. 2018-2020 (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- International Council of Nurses. [ICN] (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPÉ®) Versão 2019/2020. Genebra: International Council of Nurses
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, E. (1976). *Relax - Como vencer as tensões*. São Paulo: Editora Cultrix Ltda.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Kim H.S., & Kim J. (2018). *Effects of relaxation therapy on anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis*. Archives of Psychiatric Nursing; Vol. 32 (2), pp. 278-284. Doi: 10.1016/j.apnu.2017.11.015.
- Lalande, L.; King, R.; Bambling, M. & Schweitzer R. (2017). *An uncontrolled clinical trial of guided respiration mindfulness therapy (GRMT) in the treatment of depression and anxiety*. Journal of Contemporary Psychotherapy 47 (4) 251-258. [An Uncontrolled Clinical Trial of Guided Respiration Mindfulness Therapy \(GRMT\) in the Treatment of Depression and Anxiety | SpringerLink](#)
- Lemes, C.; & Neto, J. (2017). *Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde*. Trends in Psychology, 25, 17-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lipp, M. (2004). *Stress no Brasil: pesquisas avançadas*. Campinas: Papyrus.
- Lucas, C., & Freitas, C. (2017). *Ansiedade e Pânico Guia prático de intervenção*. Porto: Livpsic Editora.
- Luthe W., & Schultz H. (1969). *Autogenic Therapy. 1: Autogenic Methods*. Grune & Stratton, New York.
- Mah, B. (2011). *Depression and Anxiety*. Palliative Care (2ª ed.). pp. 145-161. Doi: <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1619-1.00010-X>
- Maia, R. S., Araújo, T. C. S., & Maia, E. M. C. (2018). *Aplicação Da Psicoeducação Na Saúde: Revisão Integrativa*. Revista Brasileira de Psicoterapia, 20(3). pp. 53-63 [Aplicação da](#)

[psicoeducação na saúde: revisão integrativa | Rev. Bras. Psicoter. \(Online\);20\(2\): 53-63, Maio-Ago 2018. | LILACS | INDEXPSI \(bvsalud.org\)](#)

Marsh, D. (1998). *Serious mental illness and the family*. New York: John Wiley & Sons

McFarlane, W., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). *Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature* [Versão eletrónica]. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2), 223-245.

Menezes, S. L.; Souza, M. C. B. M. (2012). Implicações de um grupo de Psicoeducação no cotidiano de portadores de Transtorno Afetivo Bipolar. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 46(1), 124-131. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000100017>

Ministério da Educação e Ciência [MEC] (2018). Decreto-Lei n.º 65/2018. Alteração ao regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República, I Série* (Nº 157 de 16-08-2018), 4147- 4182

Montgomery, S. A. (1993). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi Editores

Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ªEd.). East Norwalk: Appleton & Lange.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5th Ed.), Boston: Pearson.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2019). *Saúde: Um Direito Humano*. Relatório de Primavera 2019. <https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/relatorio-primavera-saude-mental-2019.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015a). Regulamento n.º 356/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental, *Diário da República*. II Série (Nº 122 de 25-06-2015). 17034 - 17041.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015b). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015c). Regulamento 190/2015. Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República. 2.<sup>a</sup> série (N.º 79 – 23-04-2015), p. 10087-10090.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_190\\_2015\\_Regulamento\\_do\\_Profil\\_de\\_Competicencias\\_Enfermeiro\\_Cuidados\\_Gerais.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2015d). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Tadinense - Artes Gráficas.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento n.º 515/2018. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Diário da República, II Série, Anexo I, (Nº 151 de 7-8-2018), 21427 - 21430.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º 140/2019. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, II Série, Anexo I, (Nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2022). *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact*. OMS.  
[https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1)

Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Loures: Lusociência.

- Pinheiro, A. L. P. (2018). *Intervenções não-farmacológicas na redução da ansiedade em enfermagem de saúde mental*. [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29985/1/Relat%3b3rio%20Est%3%a1gio%20Ana%20Lu%3%adsa%20Pinheiro%20n%2%ba7759.pdf>
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., & Oliveira, A. (2015). *Ansiedade, depressão e Stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16 (2), pp. 148-163.
- Potter, P. A, & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem*. Loures: 5ª edição.
- Rosa, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros: Os Enfermeiros como beneficiários de cuidados*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Institucional do Instituto Politécnico de Setúbal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4721/1/tese%20mestrado.%20Marta%20Rosa.pdf>
- Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria* (11ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sampaio, F. M. C., Araújo, O., Sequeira, C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). A randomized controlled trial of a nursing psychotherapeutic intervention for anxiety in adult psychiatric outpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1114-1126. <https://doi.org/10.1111/jan.13520>.
- Santos, Z., Oliveira, V., & Pagliuca, L. (2004). *Teoria de Peplau – Análise crítica de sua aplicação no cuidado de uma pessoa com o diagnóstico de ansiedade*. *Revista RENE*. 5 (2), 110-117. [Dialnet-TeoriaDePeplauAnaliseCriticaDeSuaAplicacaoNoCuidad-8848481.pdf](http://www.dialnet.org/revista/revista.asp?lang=es&cod=11&codart=8848481)
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto.

- Sequeira, C., & Sampaio, F. (Coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnóstico e Intervenções*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Shultz, H. (1932). *Das Autogene Training*. Leipzig.
- Stein, D. (2010). Manual de perturbações da ansiedade. Cartaxo: Press Care, Edições Médicas, Lda.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). *Ansiedade e depressão em Medicina – Modelos teóricos e avaliação*. Acta Médica Portuguesa, 22 (1), 89-98.  
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1680>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.). Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Vianna, R. B., Campos, A. A., & Landeira-Fernandez, J. (2010). *Histórico, diagnóstico e epidemiologia da ansiedade infanto-juvenil*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, vol.6, n.2, pp. 37-57.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872010000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872010000200003)
- Yalom, I. (2006). *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Yu-Fen Chen, Xuan-Yi Huang et al. (2017). *The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety*. *Perspect Psychiatric Care* 53(4):329-336.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27553981/>
- Yurdakul, L., Holttum, Y. H., Bowden, C. H., & Cgeng, F. J., (2009). *Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: A grounded theory study*. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 403-419. doi: 10.1348/147608309X444749

**ANEXOS**

## Anexo I - Resultados NOC para Nível de Ansiedade

Ansiidade	Sentimento vago de desconforto e temor, acompanhado por uma resposta automática (a fonte/origem é frequentemente para a pessoa), como um sentimento de apreensão causado pela antecipação de um perigo.					
	Grave 1	Substancial 2	Moderado 3	Leve 4	Nenhum 5	
1. Nervosismo	1	2	3	4	5	NA
2. Irritabilidade	1	2	3	4	5	NA
3. Agitação	1	2	3	4	5	NA
4. Ansiidade verbalizada	1	2	3	4	5	NA
5. Introspeção	1	2	3	4	5	NA
6. Preocupação exagerada sobre acontecimentos de vida	1	2	3	4	5	NA
7. Indecisão	1	2	3	4	5	NA
8. Desconforto	1	2	3	4	5	NA
9. Repentes de fúria	1	2	3	4	5	NA
10. Andar de um lado para o outro	1	2	3	4	5	NA
11. Dificuldades de aprendizagem	1	2	3	4	5	NA
12. Dificuldades de concentração	1	2	3	4	5	NA
13. Dificuldades para resolver problemas	1	2	3	4	5	NA
14. Tontura	1	2	3	4	5	NA
15. Tensão facial	1	2	3	4	5	NA
16. Tensão muscular	1	2	3	4	5	NA

Ansiidade Psicomotora- Itens de 1-10

Resolução de problemas- Itens 11-13

Ansiidade Somática- Itens 14-16

Ansiidade Patológica se Score total  $\leq$  47

### Referência Bibliográfica

Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. da C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). *Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes "Anxiety Level" and "Anxiety Self-Control" in a Portuguese Outpatient Sample. International Journal of Nursing Knowledge, 29(3)*, 184–191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>.

## Anexo II - Resultados NOC para Autocontrolo da Ansiedade

Autocontrolo da Ansiedade	Capacidade para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão resultantes de fonte identificadas.				
Indicadores	Nunca Demonstra 1	Demonstra Raramente 2	Demonstra Algumas Vezes 3	Demonstra Frequentemente 4	Demonstra Sempre 5
1. Monitorização dos episódios	1	2	3	4	5
2. Monitorização da duração do tempo entre episódios	1	2	3	4	5
3. Monitorização das manifestações comportamentais	1	2	3	4	5
4. Monitorização das manifestações físicas de ansiedade	1	2	3	4	5
5. Monitorização da intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5
6. Manutenção das relações sociais	1	2	3	4	5
7. Controlo da reação à ansiedade	1	2	3	4	5
8. Eliminação de precursores da ansiedade	1	2	3	4	5
9. Uso de estratégias eficientes de enfrentamento	1	2	3	4	5

Autocontrolo da Ansiedade- Itens 1-5

Gestão da Ansiedade- Itens 6-9

### Referência Bibliográfica

Sampaio, F. M. C., Araújo, O. S. S. L., Sequeira, C. A. da C., Lluch Canut, M. T., & Martins, T. (2018). *Evaluation of the Psychometric Properties of NOC Outcomes "Anxiety Level" and "Anxiety Self-Control" in a Portuguese Outpatient Sample. International Journal of Nursing Knowledge, 29(3)*, 184-191. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12169>.

**APÊNDICES**

## **Apêndice I - Avaliação das sessões de relaxamento**

## Avaliação das sessões de relaxamento (Internamento)

### a) Tensão Arterial Sistólica - Internamento

Tabela 1. Avaliação da Tensão Arterial Sistólica – Internamento

Sessões	TAs				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	ΔV (%)
1ª sessão	130,00	2,83	127,00	1,41	2,31
2ª sessão	128,50	0,71	125,50	2,12	2,33
3ª sessão	128,00	2,83	124,00	2,83	3,13
4ª sessão	127,00	2,83	122,50	3,54	3,54
5ª sessão	124,50	4,95	119,00	5,66	4,42

Legenda: DP - Desvio padrão; ΔV (%) - Taxa Variação = (Valor inicial - Valor final) / Valor inicial x 100.

### b) Tensão Arterial Diastólica - Internamento

Tabela 2. Avaliação da Tensão Arterial Diastólica – Internamento

Sessões	TAd				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	ΔV (%)
1ª sessão	82,00	1,41	79,50	0,71	3,05
2ª sessão	80,50	0,71	77,50	0,71	3,73
3ª sessão	79,50	0,71	76,00	0,00	4,40
4ª sessão	78,00	0,00	74,50	0,71	4,49
5ª sessão	76,50	2,12	72,00	2,83	5,88

Legenda: DP - Desvio padrão; ΔV (%) - Taxa Variação = (Valor inicial - Valor final) / Valor inicial x 100.

### c) Frequência Cardíaca - Internamento

Tabela 3. Avaliação Frequência Cardíaca – Internamento

Sessões	Fc				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	ΔV (%)
1ª sessão	88,50	0,71	84,00	1,41	5,08
2ª sessão	86,50	2,12	80,50	0,71	6,94
3ª sessão	84,00	1,41	76,00	2,83	9,52
4ª sessão	81,50	0,71	72,50	0,71	11,04
5ª sessão	79,50	3,54	68,00	4,24	14,47

Legenda: DP - Desvio padrão; ΔV (%) - Taxa Variação = (Valor inicial - Valor final) / Valor inicial x 100.

d) Frequência Respiratória - Internamento

Tabela 4. Avaliação da Frequência Respiratória – Internamento

Sessões	Fr				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	ΔV (%)
1ª sessão	19,50	0,71	18,50	0,71	5,13
2ª sessão	19,00	0,00	17,50	0,71	7,89
3ª sessão	18,50	0,71	16,50	0,71	10,81
4ª sessão	18,50	0,71	16,00	1,41	13,51
5ª sessão	18,00	0,00	16,00	0,00	11,11

Legenda: DP - Desvio padrão; ΔV (%) - Taxa Variação = (Valor inicial - Valor final) / Valor inicial x 100.

e) Avaliação da Escala Visual Analógica - Internamento

Tabela 5. Avaliação da Escala Visual Analógica - Internamento

Sessões	Escala de Faces				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	ΔV (%)
1ª sessão	3,50	0,71	2,50	0,71	28,57
2ª sessão	3,50	0,71	2,50	0,71	28,57
3ª sessão	3,00	0,00	2,00	0,00	33,33
4ª sessão	2,50	0,71	1,50	0,71	40,00
5ª sessão	2,00	0,00	1,00	0,00	50,00

Legenda: muito relaxado (0), relaxado (1), pouco relaxado (2), alguma tensão (3), muito tenso (4), extremamente tenso (5)

Tabela 6. Sentimentos no final das sessões de relaxamento - Internamento

Sessões	Sentimentos no final das sessões de relaxamento	
	H.A.	B.S.
1ª sessão	Tranquilidade	Calmo
2ª sessão	Satisfação	Confiante
3ª sessão	Serenidade	Leve
4ª sessão	Calmo	Relaxado
5ª sessão	Tranquilo	Descontraído

## Avaliação das sessões de relaxamento (Hospital de Dia)

### f) Tensão Arterial Sistólica - HD

Tabela 7. Avaliação da Tensão Arterial Sistólica - HD

Sessões	TAs				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	$\Delta V$ (%)
1ª sessão	127,00	14,58	124,50	13,63	1,97
2ª sessão	124,50	14,06	121,25	13,84	2,61
3ª sessão	124,25	12,63	121,00	13,52	2,62
4ª sessão	120,75	16,13	116,75	16,46	3,31
5ª sessão	120,50	13,92	115,50	13,50	4,15

Legenda: DP - Desvio padrão;  $\Delta V$  (%) - Taxa Variação = (Valor inicial - Valor final) / Valor inicial x 100.

### g) Tensão Arterial Diastólica - HD

Tabela 8. Avaliação da Tensão Arterial Diastólica - HD

Sessões	TAd				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	$\Delta V$ (%)
1ª sessão	79,00	4,08	76,00	3,56	3,80
2ª sessão	77,50	4,12	74,75	3,20	3,55
3ª sessão	76,75	4,19	72,50	3,11	5,54
4ª sessão	75,75	3,86	71,25	3,30	5,94
5ª sessão	75,25	4,50	70,25	4,57	6,64

Legenda: DP - Desvio padrão;  $\Delta V$  (%) - Taxa Variação = (Valor inicial - Valor final) / Valor inicial x 100.

### h) Frequência Cardíaca - HD

Tabela 9. Avaliação Frequência Cardíaca - HD

Sessões	Fc				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	$\Delta V$ (%)
1ª sessão	83,00	5,42	77,50	5,00	6,63
2ª sessão	82,50	4,93	76,75	6,02	6,97
3ª sessão	82,25	5,32	75,50	5,00	8,21
4ª sessão	79,25	1,89	71,00	1,41	10,41
5ª sessão	80,25	3,95	70,50	1,29	12,15

Legenda: DP - Desvio padrão;  $\Delta V$  (%) - Taxa Variação = (Valor inicial - Valor final) / Valor inicial x 100.

i) **Frequência Respiratória - HD**

**Tabela 10.** Avaliação da Frequência Respiratória - HD

Sessões	Fr				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	ΔV (%)
1ª sessão	18,50	0,58	17,25	0,50	6,76
2ª sessão	19,25	0,50	18,00	0,82	6,49
3ª sessão	19,25	0,50	17,25	0,50	10,39
4ª sessão	18,50	0,58	16,25	0,50	12,16
5ª sessão	18,25	0,50	16,00	0,00	12,33

Legenda: DP - Desvio padrão; ΔV (%) - Taxa Variação = (Valor inicial - Valor final) / Valor inicial x 100.

j) **Avaliação da Escala Visual Analógica - HD**

**Tabela 11.** Avaliação da Escala Visual Analógica - HD

Sessões	Escala de Faces				
	Média Antes	DP	Média Após	DP	ΔV (%)
1ª sessão	3,75	0,58	3,00	0,58	20,00
2ª sessão	3,25	0,00	2,25	0,58	30,77
3ª sessão	3,25	0,00	2,25	0,00	30,77
4ª sessão	2,75	0,58	1,25	0,00	54,55
5ª sessão	2,25	0,58	1,00	0,00	55,56

Legenda: muito relaxado (0), relaxado (1), pouco relaxado (2), alguma tensão (3), muito tenso (4), extremamente tenso (5)

**Tabela 12.** Sentimentos no final da sessão de relaxamento - HD

Sessões	Sentimentos no final das sessões de relaxamento			
	C.P.	C.F	S.D.	I.S.
1ª sessão	Calmo	Sereno	Tranquilo	Bem-disposto
2ª sessão	Tranquilo	Leve	Calmo	Relaxado
3ª sessão	Relaxado	Tranquilidade	Em paz	Serenidade
4ª sessão	Paz	Confiante	Zen	Paz interior
5ª sessão	Relaxado	Nas nuvens	Relaxado	Calmo